



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

**VI SEMINARIO DE GRADUACIÓN**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**

**“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD, EN EL HOSPITAL BÁSICO PELILEO DEL ÁREA N° 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 DE JUNIO A 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”.**

Requisito previo para optar por el título de Licenciada en Enfermería

**AUTORA:** Perrazo Villegas, Marcia Dalila

**TUTORA:** Lcda.Mg. Chasillacta Amores, Fabiola Beatriz

**Ambato- Ecuador**

**Enero, 2014**

## **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 HOSPITAL BÁSICO PELILEO DEL ÁREA N•5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 DE JUNIO A 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”** de Marcia Dalila Perrazo Villegas estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Octubre del 2013.

**Tutora**

.....

Lcda. Mg. Fabiola Chasillacta

## **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 HOSPITAL BÁSICO PELILEO DEL ÁREA N°5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, DE LA PROVINCIA TUNGURAHUA**", como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Enero 2014.

### **LA AUTORA**

.....

Marcia Dalila Perrazo Villegas

## **DERECHOS DE AUTOR**

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

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

Ambato, Octubre 2013.

## **LA AUTORA**

.....

Marcia Dalila Perrazo Villegas

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los Miembros del Tribunal del 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 HOSPITAL BÁSICO PELILEO DEL ÁREA N-5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA TUNGURAHUHA”**, de Marcia Dalila Perrazo Villegas, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Enero del 2014

Para constancia firman

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
1er VOCAL

.....  
2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

Dedico este proyecto de tesis a mi Dios y a mi Virgencita del Cisne quiénes supieron guiarme por el buen camino, y darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy, para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia, para conseguir mis objetivos.

A mis queridos hermanos por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar. A mis sobrinos queridos por llenar mi vida de alegrías y amor cuando más lo he necesitado.

Marcia Dalila

## **AGRADECIMIENTO**

La presente tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la Universidad Técnica de Ambato por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

A mi tutora de tesis, Lcda.Mg. Fabiola Chasillacta por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

Marcia Dalila

**ÍNDICE GENERAL**  
**ÍNDICE DE CONTENIDOS**

Portada.....	i
Aprobación del tutor.....	ii
Autoría del Trabajo de Grado.....	iii
Derechos del Autor.....	iv
Aprobación del Jurado Examinador.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice General de Contenidos.....	viii
Índice de Tablas.....	xii
Índice de Gráficos.....	xiv
Resumen.....	xvii
Introducción.....	xxi

**CAPÍTULO I**

**EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.2. Planteamiento del Problema.....	1
1.2.1. Contextualización.....	1

1.2.2. Análisis Crítico.....	7
1.2.3. Prognosis.....	8
1.2.4. Formulación del Problema.....	9
1.2.5. Preguntas Directrices.....	9
1.2.6. Delimitación del Problema.....	10
1.3. Justificación.....	10
1.4. Objetivos.....	12
1.4.1 Objetivo General.....	12
1.4.2 Objetivos Específico.....	12

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes Investigativos.....	13
2.2. Fundamentación Filosófica.....	15
2.3 Fundamentación Legal.....	15
2.4 Categorías Fundamentales.....	18
2.4.1. Adolescencia.....	19
2.4.2. Relaciones Sexuales Tempranas.....	25
2.4.3. Embarazo en la Adolescencia.....	33
2.4.4. Madre Adolescente.....	36

2.4.5. Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo del niño.....	41
2.4.6. Crecimiento y Desarrollo del niño.....	48
2.4.7. Salud Materno-Infantil.....	75
2.4.8. Salud Pública.....	76
2.5. Hipótesis.....	83
2.6. Señalamiento de Variables.....	84

### **CAPÍTULO III**

#### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. Enfoque.....	85
3.2. Modalidad Básica de la Investigación.....	85
3.3. Nivel o Tipo de la Investigación.....	86
3.4. Población y Muestra.....	86
3.5. Operacionalización de las Variables.....	87
3.6. Recolección de la Información.....	89
3.7. Procesamiento de la Información.....	89
3.8. Criterios Éticos.....	89

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

4.1. Análisis e Interpretación de Resultados.....	91
4.1.1. Análisis de Resultados de las Madres Adolescentes.....	91
4.1.2. Análisis de Resultados de los hijos.....	102
4.2. Comprobación de Hipótesis.....	108

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1. Conclusiones.....	119
5.2. Recomendaciones.....	120

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA DE SOLUCIÓN**

TEMA.....	122
6.1. Datos Informativos.....	122

6.2. Antecedentes de la Propuesta.....	123
6.3. Justificación.....	124
6.4. Objetivos.....	124
6.5. Análisis de Factibilidad.....	125
6.6. Fundamentación Científica Técnico.....	126
6.7. Modelo operativo.....	135
6.8. Administración de la Propuesta.....	137
6.9. Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta.....	137
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>140</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>145</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1.Variable independiente: madre adolescente.....	87
Tabla N°2.Variable dependiente: alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6meses de edad.....	88
Tabla N°1.Incidencia de madres adolescentes por grupo etario “Hospital Básico Pelileo”.....	92
Tabla N°2. Estado civil de las madres adolescentes “H.B.P”.....	93
Tabla N°3. Nivel económico de las madres adolescentes “H.B.P”.....	94
Tabla N°4. Ocupación de las madres adolescentes “H.B.P”.....	95
Tabla N°5. Nivel de educación de las madres adolescentes “H.B.P”.....	96

Tabla N·6.Madres adolescentes de acuerdo a la edad que tuvieron su primera relación sexual “H.B.P” .....	97
Tabla N·7.Madres adolescentes de acuerdo al Número de controles prenatales ”H.B.P” .....	98
Tabla N·8. Madres adolescentes de acuerdo a las complicaciones que presentaron durante el embarazo ”H.B.P” .....	99
Tabla N·9.Madres adolescentes de acuerdo al tipo de parto “H.B.P” .....	100
Tabla N·10.Madres adolescentes de acuerdo al lugar donde se produjo el parto “H.B.P” .....	101
Tabla N·11.Hijos de madres adolescentes de acuerdo a su edad en meses “H.B.P” .....	102
Tabla N·12.Hijos de madres adolescentes de acuerdo a las complicaciones postnatales “H.B.P” .....	103
Tabla N·13.APGAR al nacimiento de los hijos de madres adolescentes “H.B.P” .....	104
Tabla N·14.Hijos de madres adolescentes de acuerdo a su alimentación con lactancia materna y su suspensión “H.B.P” .....	105
Tabla N·15.Inicio de alimentación complementaria a los hijos de madres adolescentes “H.B.P” .....	106
Tabla N·16.Hijos de madres adolescentes de acuerdo a las enfermedades prevalentes de la infancia “H.B.P” .....	107
Tabla N·17.Hijos de madres adolescentes de acuerdo a las inmunizaciones recibidas “H.B.P” .....	108
Tabla N·18. Hijos de madres adolescentes de acuerdo al número de controles que recibieron en el “H.B.P” .....	109
Tabla N·19.Distribución del estado nutricional Peso/Edad “H.B.P” .....	110
Tabla N·20. Distribución de la longitud corporal Talla/Edad .....	112

“H.B.P” .....	
Tabla N·21.Distribución de la circunferencia craneana: Perímetro cefálico/Edad “H.B.P” .....	114
Tabla N·22.Características del desarrollo “H.B.P” .....	116
Tabla N·23.Modelo Operativo.....	135
Tabla N·24.Cronograma del Plan Operativo.....	138
Tabla N·26.Programa de Actividades.....	139

## ÍNDICE DE GRAFICOS

Grafico N°1 Categoría Fundamentales.....	18
Grafico N°1. Incidencia de madres adolescentes por grupo etario “HospitalBásico Pelileo” .....	92
Grafico N°2. Estado civil de las madres adolescentes “H.B.P” .....	93
Grafico N°3. Nivel económico de las madres adolescentes “H.B.P” .....	94
Grafico N°4. Ocupación de las madres adolescentes “H.B.P” .....	95
Grafico N°5. Nivel de educación de las madres adolescentes “H.B.P” .....	96
Grafico N·6.Madres adolescentes de acuerdo a la edad que tuvieron su primera relación sexual “H.B.P” .....	97
Grafico N·7.Madres adolescentes de acuerdo al Número de controles	98

prenatales”H.B.P”.....	
Grafico N·8. Madres adolescentes de acuerdo a las complicaciones que presentaron durante el embarazo ”H.B.P” .....	99
Grafico N·9.Madres adolescentes de acuerdo al tipo de parto “H.B.P” .....	100
Grafico N·10.Madres adolescentes de acuerdo donde se produjo el parto “H.B.P” .....	101
Grafico N·11.Hijos de madres adolescentes de acuerdo a edad en meses “H.B.P” .....	102
Grafico N·12.Hijos de madres adolescentes de acuerdo a las complicaciones postnatales.....	103
Grafico N·13.APGAR al nacimiento de los hijos de madres adolescentes “H.B.P” .....	104
Grafico N·14.Hijos de madres adolescentes de acuerdo a su alimentación con lactancia materna y su suspensión “H.B.P” .....	105
Grafico N·15.Inicio de alimentación complementaria a hijos de madres adolescentes “H.B.P”.....	106
Grafico N·16.Hijos de madres adolescentes de acuerdo a enfermedades prevalentes de la infancia “H.B,P” .....	107
Grafico N·17.Hijos de madres adolescentes de acuerdo a la inmunizaciones recibidas “H.B.P” .....	108
Grafico N·18. Hijos de madres adolescentes de acuerdo al número de controles que recibieron en el “H.B.P” .....	109

Grafico N·19.Distribución del estado nutricional Peso/Edad “H.B.P” .....	111
Gráfico N·20.Distribución de la longitud corporal Talla/Edad “H.B.P” .....	113
Gráfico N·21.Distribución de la circunferencia craneana: Perímetro cefálico/Edad “H.B.P” .....	115
	117
Grafico N·26.Características del desarrollo.....	

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE 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 HOSPITAL BÁSICO PELILEO DEL ÁREA N°5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA TUNGURAHUA”**

**Autora: Perrazo Villegas, Marcia Dalila**

**Tutora: Lcda. Fabiola Beatriz Chasillacta Amores**

**Fecha: Octubre del 2013**

**RESUMEN**

**La presente investigación descriptiva, retrospectiva transversal, se realizó con el objetivo de establecerla manera que influye el ser madre adolescente en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Hospital Básico Pelileo, Al iniciar precozmente su vida sexual activa podemos apreciar que empiezan a los 14 y 16 años que dio lugar a la maternidad en la adolescencia. Una de las causas principales para el embarazo precoz fue el desconocimiento sobre los métodos de planificación familiar. Cabe indicar que la mayor parte de los hijos son deseados así no hayan planificado ser madres a temprana edad. De acuerdo al estado civil se pudo observar que el 67% de las madres adolescentes son solteras y su situación económica es baja en un 83%**

**relacionada con el nivel de educación primaria que es 67%, la mayoría de las madres adolescentes se dedican a la confección del jeans en un 50%. En los niños de 0 a 6 meses de edad no se evidencio diferencia significativa de los valores antropométricos ya que se encuentran dentro de los parámetros normales. En lo referente al desarrollo la mayoría de los niños han cumplido con las destrezas para su edad, en cuanto a la lactancia materna, la reciben, la misma que es suspendida precozmente dando lugar a una alimentación complementaria temprana que tiene como consecuencia las Enfermedades Infecciosas ya que el sistema enzimático y digestivo no se encuentra completamente desarrollado.**

**PALABRAS CLAVES: EMBARAZO, ADOLESCENCIA, ALTERACIONES, CRECIMIENTO, DESARROLLO, NIÑO.**

**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 THE HOSPITAL AREA BASIC PELILEO N° 5 OF MINISTRY PUBLIC HEALTH TUNGURAHUA PROVINCE”**

**Autor: Perrazo Villegas Marcia Dalila**

**Tutor: Atty. Chasillacta Amores Beatriz Fabiola**

**Date: October 2013**

## **SUMMARY**

**This descriptive, retrospective cross was performed with the aim to establish so that teenage pregnancy influences the growth and development of children from 0-2 years 6 months Pelileo Basic Hospital, Al started his sex life early we see active starting at 14 and 16 years that led to teenage motherhood. One of the main reasons for early pregnancy was the lack of knowledge about family planning methods. It should be noted that most of the children are wanted and**

have not planned to become mothers at an early age. According to marital status was observed that 67 % of teenage mothers are unmarried and economic situation is low by 83 % related to the level of primary education is 67 % , most teenage mothers are engaged preparation of jeans by 50 % . In children aged 0-6 months evidenced no significant difference in the anthropometric and that are within normal parameters. In terms of development most children have completed the skills for their age , in terms of breastfeeding, are the same that is suspended early resulting in early complementary feeding which results in Infectious Diseases and the enzyme and digestive system is not fully developed .

**KEY WORDS: PREGNANCY, ADOLESCENT, ALTERATIONS, GROWTH, DEVELOPMENT, CHILD.**

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se basa en el estudio de las madres adolescentes y sus hijos del Hospital Básico Pelileo para determinar si existe relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad en el período comprendido entre 23 de Junio a 23 de Noviembre del 2012.

La incidencia de complicaciones obstétricas son frecuentes por su inmadurez biológica de la adolescente por tal motivo el cuidado que se debe brindar a las madres es de vital importancia, ya que de ello depende el crecimiento y desarrollo del niño en el vientre y al nacer.

El ser madre adolescente tiene consecuencias no solo en su vida sino en su familia, economía y sociedad. Muchas adolescentes no pueden continuar con sus estudios perdiendo así la oportunidad de superarse y así quedado dependiendo de terceras personas, que muchas veces las maltratan física y psicológicamente.

Según el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPEA, 2008) más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas, con diferencias significativas según nivel de instrucción, etnia e ingresos.

El embarazo en las adolescentes afecta en mayor medida a las mujeres pobres, rurales y aquellas con bajo nivel educativo, ya que continúa siendo una de las grandes preocupaciones nacionales, sino también por trastornos psicoemocionales, social, económico afectando el desarrollo personal de las madres adolescentes y su familia.

Los diferentes estudios científicos previos del tema, los cuales sirvieron de base para la investigación, se habla también de la investigación filosófica, legal en donde se ha

citado artículos dados por la Constitución de la República, El Código de la Niñez y la Adolescencia, se realiza también el desarrollo de cada una de las variables en donde se habla sobre la madre adolescente, sexualidad, embarazo en las adolescentes y el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, control de niño sano, salud infantil y salud pública, finalmente se plantea la hipótesis con el señalamiento de las respectivas variables.

El tipo de investigación, modalidad, población y muestra, operacionalización de las variables en donde se da a conocer las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de la información.

El análisis e interpretación de resultados obtenidos mediante fichas de observación aplicadas a las madres adolescentes y sus hijos, así como cuadros y gráficos y la posterior comprobación de hipótesis que resultado de la investigación fue afirmada y se contempla las conclusiones y recomendaciones que se dan en base a los resultados obtenidos del análisis y la interpretación de resultados del capítulo IV.

Una vez culminado el trabajo investigativo se da a conocer la propuesta en base a soluciones con el fin de disminuir las complicaciones en el crecimiento y desarrollo de los hijos de madres adolescentes y así mejorar su estilo de vida.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1.-TEMA**

MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD, EN EL HOSPITAL BÁSICO PELILEO DEL ÁREA N•5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 DE JUNIO A 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012.

#### **1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN**

La hondureña Marcela Suazo, directora regional del Fondo de Población de Naciones Unidas, insiste en la necesidad de fortalecer las políticas públicas con miras a frenar el embarazo adolescente, no solo para evitar que se sigan frustrando proyectos de vida sino para poder romper con los círculos de pobreza del continente.

Europa tiene menos embarazos de adolescentes porque adoptan un enfoque diferente con respecto a la educación sexual y facilitan el acceso a la planificación familiar, dice Bryant. En los Países Bajos, que posee una de las tasas más bajas de Europa de embarazos en adolescentes, de cuatro partos en adolescentes por 1.000 mujeres, la educación sexual comienza en la escuela primaria.

Medellín fue la sede de una cumbre regional en la que seis países andinos (Colombia, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela) hicieron un corte de cuentas a sus planes de prevención del embarazo adolescente y plantearon los desafíos para contrarrestar este problema. (Septiembre 2011)

En el Ecuador, las cifras de embarazos precoces registrados en niñas y adolescentes de 10 a 14 años son preocupantes, tanto para padres de familia como para autoridades y organizaciones sociales e internacionales. De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda, realizado en 2010, en el país hay 346 700 niñas, de las cuales 280 ya han sido madres. Debido al elevado número de casos, el Gobierno Ecuatoriano ha puesto en marcha la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enipla).(El hoy.com.ec)

En ella, los Ministerios de Salud, Educación, Inclusión Económica y Social (MIES) y Coordinador de Desarrollo Social y la Secretaria del Migrante han formado un frente para trabajar sobre planificación familiar acceso a información, educación en salud sexual y reproductiva y sexualidad en general, según explicó Doris Solís, ministra coordinadora de Desarrollo Social.

Alrededor de 222 millones de mujeres de países en desarrollo no tienen acceso a planificación familiar, según un informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) difundido el 1/09/20011 en Quito. En América Latina, un 22% de mujeres que desean hacer planificación familiar no accede a este derecho, es decir, una de cada cinco, explicó Marcela Suazo, directora regional para América Latina y el Caribe de UNFPA, en rueda de prensa efectuada en Quito.

En el 2012 hubo unos 80 millones de embarazos no deseados debido a que las mujeres no acceden a métodos anticonceptivos modernos, de acuerdo a UNFPA. La ministra de Salud, Carina Vance, indicó que durante el 2012 en el país se han entregado más de siete millones de métodos anticonceptivos y señaló que el 100% de

unidades de salud cuentan con dispensadores de preservativos femeninos y masculinos. También indicó que se han realizado charlas sobre planificación.

La Enipla se ha planteado como metas reducir hasta 2013 en 25% la fecundidad no deseada, en especial en los sectores con mayor pobreza y menor educación; prevenir el embarazo en adolescentes en 25% y evitar la violencia sexual y el embarazo como directa consecuencia. (El hoy.com.ec 27/Febrero/2012)

En Ecuador, el 17% de las madres son adolescentes, es decir que aproximadamente 120.000 mujeres jóvenes ya tienen un hijo. De estos cuatro de cada 10 nacimientos fueron no planificados. Otro dato indica que las mujeres que tuvieron un hijo en la adolescencia tiene un segundo hijo en un periodo menor que las mujeres que no tuvieron un hijo en la adolescencia. (La hora.com.ec)

Este es un problema social cada vez más frecuente a nivel mundial. Los adolescentes inician su vida sexual a temprana edad trayendo diversas consecuencias como un embarazo no deseado. Este evento produce riesgos a nivel social como lo son familias con mayor número de hijos, mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, altas tasas de hijos ilegítimos. Lo que repercute en la salud de la madre y el recién nacido, aumentando el riesgo de morbimortalidad de ambos, y más aún cuando el embarazo se produce en cercanías de la menarquía. (EL UNIVERSO MAR\_ 23, 2008)

El embarazo en las adolescentes, especialmente en Tungurahua, permanece en un ocho por ciento de la población existente, esto de acuerdo a las estadísticas que lleva adelante la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua. 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 hora.com.ec)

En la provincia de Tungurahua podemos apreciar una alta incidencia de madres adolescentes en el sector rural el índice de pobreza extrema va en aumento así como el analfabetismo, siendo esto un detonante para que el 8% de la población adolescente existente este en periodo de gestación o lo haya culminado algunos con éxito y otros partos culminen con complicaciones tales como: hemorragias, partos prematuros, enfermedades obstétricas entre otras esto según las estadísticas de la Dirección de Salud del 2009. (El universo 2007)

Las adolescentes embarazadas en la provincia de Tungurahua alcanzan el 39%, lo que supera la medida nacional del 26., En el evento, efectuado y organizado por Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (CNNA), se reveló que el porcentaje de desnutrición en infantes menores a cinco años en el cantón Pelileo ha llegado al 47,25% .El taller busca promover la implementación de la Estrategia de Intervención Nutricional (INTI) en la provincia. (El universo.com)

Además se conoce que el embarazo en los adolescentes se da entre los 10 a 19 años, experimentando los hijos de ellas, problemas de conducta y desarrollo intelectual disminuido, así como también suelen padecer de abuso físico y psicológico.(INEC 2010)

Desde el 2012 se registra un promedio de 2.000 jóvenes embarazadas de entre 10 y 19 años en Tungurahua. Esto según la Estrategia Nacional de Planificación Familiar para Adolescentes (Enipla). A la par, el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia (CCNA) detectó en el 2010 que en los colegios Ambato, hispano y Natalia Vaca un promedio de entre 30 y 50 embarazos en cada uno. “Sin embargo, no hay discriminación. Las jóvenes pueden amamantar en los recreos y aconsejan a sus compañeras para que se cuiden”, dice Teresa Hidalgo, Rectora del Hispano América.

En este contexto social, el tema de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE) se trató mucho en los medios locales con la participación de médicos, representantes de

organizaciones y padres de familia. Las opiniones se dividieron, pero todos admitieron que hay problemas con los embarazos prematuros y las enfermedades venéreas. No todos los adolescentes están confundidos sobre la píldora del día después. De hecho, el 15 de abril del 2011 se organizó una reunión de planificación para delinear compromisos y charlas con los jóvenes sobre métodos anticonceptivos y acciones urgentes para enfrentar los embarazos en adolescentes. Participarán representantes de los consejos estudiantiles de los colegios Ambato, Hispano América, Natalia Vaca, Guayaquil y Bolívar.

Además, Trabajadoras Sociales, Médicos, Técnicos del CCNA, Fundaciones y funcionarios de diversos Ministerios. “El mensaje no está llegando a los jóvenes y eso nos preocupa. La píldora ya se distribuye en las unidades operativas, pero es importante precisar conceptos y conocimientos”, explicó Pilar García, secretaria ejecutiva del CCNA. Allí acuden mujeres, niños y adolescentes que han sido víctimas de maltrato familiar.

“Las cifras ubican al país en primer lugar de embarazos de adolescentes en Latinoamérica, en consecuencia, este es un problema de Salud Pública porque afecta al desarrollo biológico y sociológico de los jóvenes”, precisó María Fernanda Andrade, coordinadora de la Enipla en la región. Este tema ha sido abordado de diferentes maneras en los colegios femeninos y mixtos. En el Colegio Ambato, los funcionarios de Consejería Estudiantil dijeron que aún no tenían una disposición oficial para tratar el asunto de la PAE. En el Colegio Hispano, en cambio, 35 alumnas integran un grupo que se encarga de dar charlas sobre educación sexual. Esta brigada recibe capacitación de médicos de esta institución y dos profesoras que interactúan con las alumnas durante los recreos. Para la coordinadora de esta brigada en Ambato, Isabel Núñez, los embarazos ocurren por tres factores: escasa comunicación entre padres e hijos, falta de valores y desorganización familiar causada por la migración. (El Comercio.com.ec) 11/04/2013)

El embarazo en las adolescentes, especialmente en Tungurahua, permanece en un ocho por ciento de la población existente, esto de acuerdo a las estadísticas que lleva adelante la Dirección Provincial de Salud. 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.

Los embarazos en la adolescencia tienen riesgos adicionales de salud tanto para la madre como para el niño. 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 bajo peso al nacer.

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

“Están trabajando con los jóvenes para que sepan que no es dable tener que cambiar una maleta llena de sueño por una pañalera llena de responsabilidad a tan temprana edad”, manifestó Lourdes Silva, médica y responsable del Programa de Adolescentes de la provincia de Tungurahua.(La hora .com.ec)01/09/2011

El Hospital Básico Pelileo está ubicado en la Avenida Antonio Clavijo y Juan Benigno Vela, Barrio Joaquín Arias del Cantón Pelileo su población es artesana, agrícola, y ganadera. En esta ciudad la mayor parte de sus habitantes tienen un nivel de escolaridad incompleta, por problemas económicos, se dedican a la agricultura y parte de ellas se dedican a la confección del Jeans, lo que contribuye al incremento de embarazo adolescente por no utilizar planificación familiar.

En el Hospital Básico Pelileo por observación directa y dialogo con el personal de salud de dicho establecimiento, conocen que existe un promedio del 4% al 5% de embarazos adolescentes entre 14 y 16 años de edad, las cuales en su mayoría presentaron riesgo de preeclampsia, partos prematuros, anemia, amenaza de abortos, infección de vías urinarias, partos prematuros entre otras. Este incremento se debe, a la falta de comunicación entre padres e hijos, y educación sexual en instituciones educativas.

A través de las estadísticas del 2012 en los registros diarios de preparación del Hospital Pelileo se pudo constatar que al control prenatal por primera vez asisten 329 embarazadas adolescentes que acuden al control prenatal, mientras que 100 terminaron con su embarazo, en dicho establecimiento ya que solo 30 madres permanecen al centro de Pelileo y las otras pertenecen a los caseríos aledaños ,ya que en la mayoría de los casos los niños de madres adolescentes presentan bajo peso para su edad gestacional. Estos problemas de salud son reflejados en las madres adolescentes y en los niños, es por ello que se ve la necesidad de forma inmediata de solucionar el problema de objeto de estudio.. (Carnet prenatal y del recién nacido).

### **1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO**

En el Ecuador el embarazo adolescente es una realidad, que se vive porque hay un alto porcentaje de Madres Adolescentes y así lo muestran las estadísticas, por lo cual debemos realizar acciones inmediatas para disminuir el embarazo en adolescentes, que inician su actividad sexual a partir de los 12 años sin protección incrementando así la probabilidad de un embarazo, ya que muy pocas son las que tienen conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

La edad psicológica de las adolescentes ha conllevado una serie de complicaciones maternas – infantiles así como la falta de comunicación por parte de los padres hacia los hijos es motivo principal para que ellos inicien su vida sexual con conocimientos

errados, también lo hacen por curiosidad, malas amistades, buscan refugio en brazos de otras personas, cariño y comprensión que no recibieron en su casa. Las adolescentes no saben cómo protegerse durante la relación sexual, lo poco que conocen, muchas veces, son conceptos equivocados terminando en los embarazos no deseados.

Las adolescentes no se encuentran preparadas para ser madres porque anatómicamente no están desarrollados todos sus órganos, ahí comienza los problemas, no quieren al niño, muchas veces las abuelas se hacen cargo del niño porque la adolescente no se halla preparada para cuidarlo, conllevando a una serie de enfermedades prevalentes en la infancia, por lo que tiene un déficit de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna durante los primeros dos años de vida.

Una vez que el niño ha nacido, la adolescente no está preparada para cuidarlo, alimentarlo y realizar los controles adecuados del crecimiento y desarrollo tanto psicomotriz, cognitivo y del lenguaje, muchas veces desconocen los aspectos básicos como por ejemplo la importancia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad etc. Si una madre no cumple con dichos aspectos mencionados las consecuencias a futuro pueden ser graves.

Por ello es prioritario que todo el personal de salud, de manera especial al personal de enfermería, que está preparada en todos los ámbitos como el, hospitalario y más en sentido de afectividad y empatía con las madres adolescentes de esta población realicemos actividades de fomento, protección y promoción de la salud materna infantil.

### **1.2.3. PROGNOSIS**

El embarazo en la adolescente es un motivo de gran preocupación tanto para la sociedad como para el vínculo familiar ya que si no se proporciona eventos

preventivos mediante medios de comunicación, como videos para así concientizar, a las adolescentes en instituciones privadas, particulares y en el hogar sobre relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos. Al no darse una atención oportuna se aumentará el porcentaje de madres adolescentes, las complicaciones en el parto así como también problemas de salud en sus hijos.

Los hijos de ciertas madres adolescentes, que no han tenido la suficiente preparación tanto para concebir un niño, ni para cuidarlo dentro del vínculo familiar, así como también en el ámbito social, ya que el cuidado del niño debe estar acorde con la prevención de ciertas enfermedades gastrointestinales, ya pues un 50 % de ellos son producto de un embarazo no planificado, según datos estadísticos del 2012 del Hospital Básico Pelileo, presentan también problemas como: Bajo peso al nacer, retraso en el crecimiento y desarrollo del niño.

#### **1.2.4. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Qué relación existe entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en el Hospital Básico Pelileo perteneciente al Área de Salud N°5 del Ministerio de Salud Pública del Cantón Pelileo de la Provincia de Tungurahua en el periodo 23 de Junio - 23 de Noviembre del 2012. ?

#### **1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES**

- ¿Cuántas madres adolescentes de 10 a 19 años son atendidas por embarazo y/o parto en el Hospital Básico Pelileo?
- ¿Cuáles fueron las medidas antropométricas (peso, talla, perímetro cefálico) de los hijos de madres adolescentes al nacimiento?
- ¿Existe alteraciones en el peso, talla y perímetro cefálico de los niños de acuerdo a los estándares establecido por la Organización Mundial de Salud?

- ¿Qué actividades se puede desarrollar en el área de trabajo del Hospital Básico Pelileo para disminuir la incidencia de los embarazos en las adolescentes y mejorar la calidad de vida de los niños investigados a fin de promover, mejorar y potenciar la salud, el crecimiento y desarrollo de los niños investigados?

#### **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 el 23 Junio a 23 Noviembre del 2012.

##### **1.2.6.2 Delimitación Espacial:**

La investigación se realizara en el Hospital Básico Pelileo perteneciente al Área de Salud N.5 del Ministerio de Salud Pública del Cantón Pelileo de la Provincia de Tungurahua.

#### **1.3.- Justificación**

El motivo principal por investigarse fue como día a día se han incrementado el porcentaje de adolescentes embarazadas, que se presentaron en un 50%, según datos estadísticos en el Hospital Básico Pelileo del 2012, por lo cual es de mucho interés que se realice investigaciones que especifiquen causas de esta realidad, que sobre pasa la tasa de adolescentes embarazadas, siendo la razón de haber, seleccionado este problema.

Es importante conocer que la maternidad es propia de la edad adulta y que cuando se da en una adolescente causa muchos cambios físicos, psicológicos, socioeconómicos y sociales, muchas de estas quedan aisladas con sus hijos que no están bien cuidadas por falta de conocimiento o recursos económicos dando como resultado retardo notable en el crecimiento y desarrollo.

Es de gran utilidad por que ayuda a la investigación que existe a nivel nacional un Comité Juvenil de Prevención de Embarazo en Adolescentes que ha venido participando en la elaboración y diseño de varias iniciativas relacionadas, incluyendo la Estrategia de Planificación Familiar, política nacional reciente. En el ámbito local se cuentan el posicionamiento de la Prevención de EA en las agendas de diferentes organizaciones políticas, ambientalistas, comunicación.

Causa impacto en la sociedad por el alto índice de embarazos en adolescentes y que al respecto se hace caso omiso de nuevas propuestas o estrategias que por falta de recursos muchos de estos no son apoyados y no llegan a concretarse con resultados favorables para la población actual que va en aumento.

Este estudio es viable porque se cuenta con información necesaria para llevar a cabo este trabajo de investigación siendo los resultados que se obtengan la base para futuros trabajos. Este proyecto es de orden social, educativo, preventivo y debe ser tratado por un equipo integral de salud, dentro del cual el papel de la enfermera es prioritario ya que podemos relacionarnos con esta población enfatizando con ellas, identificando problemas de salud en sus hijos y proporcionando una información clara.

La investigación que se propone realizar, es original en cuanto que los trabajos a nivel nacional se enfocan en la prevención de embarazos, métodos anticonceptivos, etc., pero no se han realizado un seguimiento al hijo de madres adolescentes buscando identificar alteraciones dentro de su crecimiento y desarrollo que permita crear

propuestas de promoción e intervención tendientes a mejorar la calidad de vida de esta población.

Es factible ya que contamos con el apoyo del personal que trabaja en el Hospital Básico Pelileo que nos facilitara la información necesaria para trabajar con las madres adolescentes y sus hijos aportando con datos reales sobre el desarrollo y crecimiento de los mismos, es original por lo que se trabajara con las realidades de las madres permitiendo así disminuir el embarazo en la adolescencia.

## **1.4.- OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Establecer la relación que existe entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en el Hospital Básico Pelileo perteneciente al Área de Salud N°5 del Ministerio de Salud Pública del Cantón Pelileo de la Provincia de Tungurahua en el período 23 de Junio al 23 Noviembre del 2012.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la incidencia de madres adolescentes de entre 10 - 19 años que han sido atendidas por embarazo y/o parto en el Hospital Básico Pelileo en el periodo 23 de Junio a 23 de Noviembre del 2012, así como el número de hijos que tiene cada una de ellas.
- Valorar el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses, hijos de las madres adolescentes a fin de detectar posibles alteraciones.
- Elaborar propuestas de acuerdo a resultados obtenidos en dicho Hospital.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

Burrows, R. (2010) en la revista chilena de pediatría, en su artículo sobre crecimiento y desarrollo de hijos de adolescentes de clase media concluye:

“El promedio estatural a los 30 meses de edad, fue significativamente menor en los hijos de adolescentes tanto varones como mujeres) en Chile. El ritmo de crecimiento también fue menor en hijos de adolescentes durante 30 meses de vida y en el último año, al compararlos con los hijos de mujeres adultas”.

Peláez Mendoza, Jorge. En su trabajo Adolescente embarazada: características y riesgos concluye que:

“Los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, tales como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, etcétera, determinan elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29.”

MENA, W (2012), en su trabajo sobre “El Embarazo precoz” concluye que:

“El Embarazo en la adolescencia constituye un problema social, económico y de

Salud pública de considerable magnitud, los riesgos a que está sometida esta adolescente son de variado índole tanto biológicos, psicológicos, sociales, especialmente en comunidades deprimidas debido a su alto riesgo de morbilidad: bajo peso al nacer, prematuridad y un alto riesgo de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil.”

Dr. Riscarle Manrique y otros, en la revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, concluyen que:

“El embarazo adolescente es un problema de Salud Pública que genera cambios bio-sico-sociales en la joven, modificando su proyecto, entorno y estilo de vida, debiendo además considerar las diferentes complicaciones que pueden presentarse en el transcurso de éste, tales como: aborto, parto pre término, patologías hipertensivas, rotura prematura de membranas, infección urinaria, patologías placentarias, recién nacido de bajo peso, entre otras”

Sánchez Campo, Marianella en su tesis hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas concluye que:

“Hay mayor prevalencia de pequeños para edad gestacional y bajo peso al nacer en los neonatos de madres adolescentes en comparación con los recién nacidos de mujeres adultas. Las complicaciones neonatales se presentan con mayor frecuencia en el grupo de neonatos de madres adolescentes constituyendo la adolescencia un factor de riesgo para el desarrollo del niño”

Zambrano (2009), realizó una tesis de grado titulada "Aspectos legales, educativos y proyectos de vida de las madres adolescentes". Concluye que:

“Las adolescentes provenientes de los sectores marginales a lo expuesto precisó que el embarazo a temprana edad es como una patología social, los cuales permitieron

concluir que en la actualidad la mayoría de las mujeres adultas controlan su maternidad, lo que refleja una baja en la tasa de fecundidad, mientras que en las adolescentes ocurre lo contrario, en ellas existe un incremento del embarazo, lo cual constituye un problema social en la región de Mérida.”

## **2. 2.- FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

La investigación se enmarca en el paradigma Crítico-Propositivo. Crítico porque los problemas parten de situaciones reales para transformar la realidad, el 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 que busca plantear soluciones al problema investigado.

## **2. 3.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

**La investigación se apoyará en el Código de la Niñez y Adolescencia en el Capítulo II Título III: Derechos de Supervivencia en el que nos da a conocer:**

**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.

**Código de la Niñez y Adolescencia de la República del Ecuador Codificación No. 2002-100. R.O. 737 de 3 de Enero del 2003, en el que nos da a conocer:**

**Art.25.-Atención al Embarazo y al Parto.-** El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearan 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 2.500gr.(Constitución- 2008).

**Art.27.-Derecho a la Salud.-** Los niño, niña y adolescente tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

- Asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y la rehabilitación de su salud.
- Promover la lactancia materna.
- Combatir la desnutrición mediante la promoción de una alimentación adecuada.
- Fomentar los programas de vacunación.
- Ofrecer atención pre y post natal a las madres, de conformidad con lo establecido en esta ley.
- Atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y del VIH/SIDA, impulsando programas de prevención e información sobre ellas.
- Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.  
(Constitución- 2008)

### **Derecho en la Mujer Embarazada Alimentos**

**Art. 148.- Contenido.-** La mujer embarazada tiene derecho, desde el momento de la concepción, a alimentos para la atención de sus necesidades de alimentación, salud, vestuario, vivienda, atención delParto, puerperio, y durante el período de lactancia

por un tiempo de doce meses contados desde el nacimiento del hijo o hija; si la criatura muere en el vientre materno, o el niño o niña fallece luego del parto, la protección a la madre subsistirá hasta por un periodo no mayor a doce meses contados desde que se produjo la muerte fetal o del niño o niña.

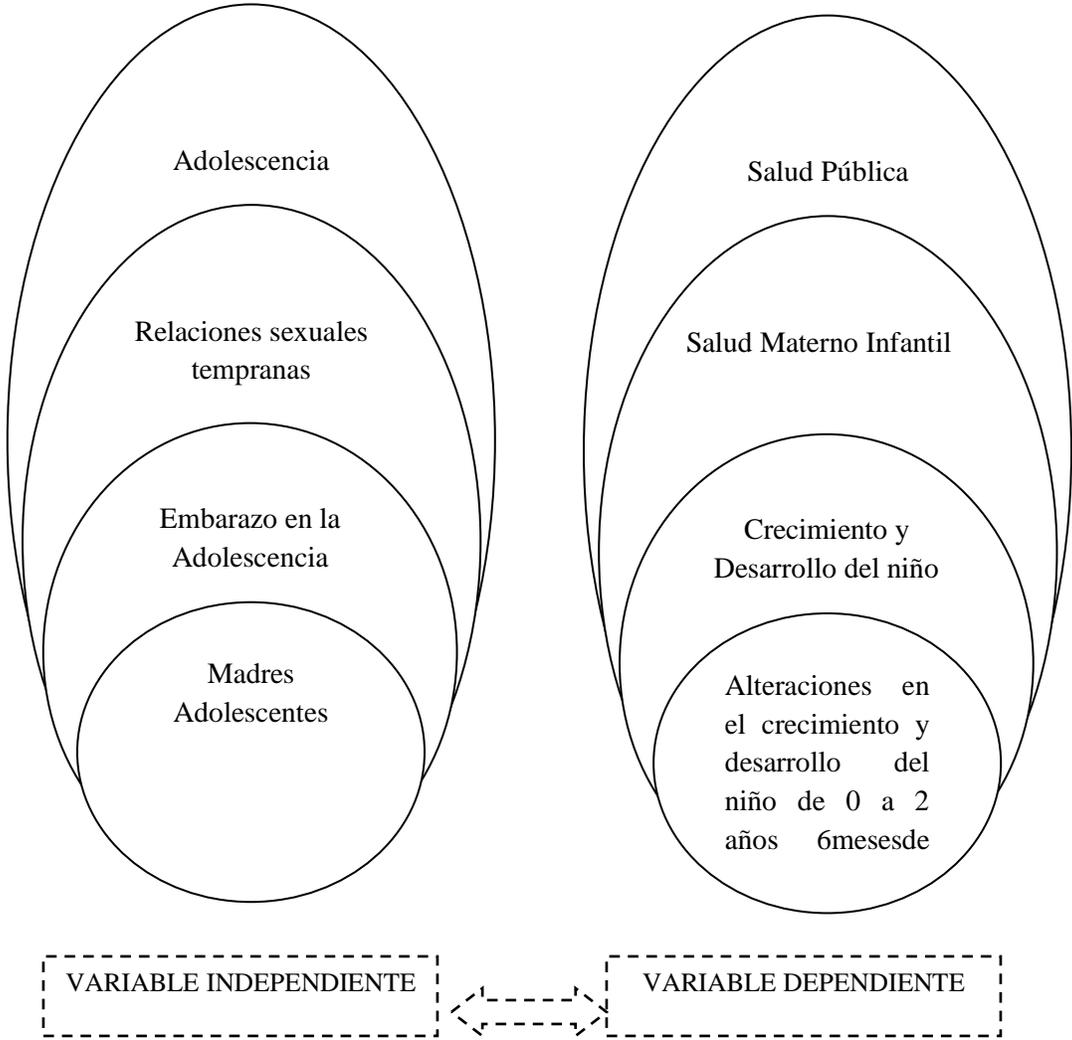
**En la constitución de la República del Ecuador, en la sección quinta al tratarse de Niñas, niños y adolescentes del Art. 44 nos da a conocer:**

El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, es decir en todo su proceso de crecimiento, maduración, aspiraciones en su entorno familiar, escolar, social y comunitario.

**Artículo 44.-**Protección de la maternidad: El estado debe proteger la maternidad. A tal efecto debe garantizar a todas las mujeres servicios y programas de atención, gratuito y de la más alta calidad, durante el embarazo, el parto y la fase postnatal. Adicionalmente debe asegurar programas de atención dirigidos específicamente a la orientación y protección del vínculo materno-filial de todas las niñas y adolescentes embarazadas o madres. (Constitución- 2008)

**2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES**

**Grafico N. 1**



Fuente: Problemática relacionada al tema de investigación.  
Elaborado por: Marcia Dalila Perrazo Villegas

### 2.4.1. Adolescencia

**Definición.**-La Organización Mundial de la Salud, define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, en donde se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.<sup>7</sup>

La maduración física se pone en marcha como consecuencia del aumento de la secreción endocrina por la hipófisis. Las acciones combinadas de estrógeno y progesterona en la mujer y testosterona en el hombre inducen diversos cambios corporales. (Asistencia de Enfermería materno infantil)

Esta es la etapa de la vida que separa la niñez de la adultez, que sufre grandes cambios tanto biológicos, psicológicos y sociales. Esta madurez psicológica ocurre entre los 10 y 19 años. En esta etapa ocurre un proceso que se llama Pubertad que no es más que los cambios físicos (aparición de vellos en el pubis y en las axilas, acné juvenil, la menstruación)

Esta última es el inicio de la adolescencia en las muchachas, lo cual no significa que esta activamente lista para tener relaciones sexuales y que con esta no quede embarazada.

Otro tabú en esta etapa es la aparición de los sueños húmedos, masturbación que es una manera natural de satisfacer el deseo sexual esta es más intensa en los jóvenes varones en las edades de 13 a 15 años.

Esta etapa es desafíos por eso es muy importante la relación hogar, escuela ya que estos son los encargados de permitir una al adolescente a meditar y tomar decisiones

en tener una vida sexual sin preocupaciones de las ETS, Embarazo precoz, del VIH, SIDA y de Orientación Sexual.

**Pubertad.-** Etapa de cambios a nivel físico que señalan el paso de la niñez y la vida adulta. El inicio de la primera Menarquía y de la primera emisión de semen.

**Tetrarquía prematura.-** Es el crecimiento uní o bilateral del tejido mamario, de carácter benigno, sin otros signos de desarrollo sexual, que ocurre en niñas entre 6 meses y 8 años de edad.

**Menarquía:** Primera menstruación.

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

**Embarazo precoz:** Aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia en decir entre los 10 y 19 años de edad.

VIH: (Virus de la Inmunodeficiencia Humana): Virus causante del SIDA. Debilita el sistema inmunológico o sistema de sistema de defensa natural del cuerpo, destruyéndolo lentamente, ataca las células CD4.

SIDA: (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida): Manifestación más avanzada de la infección por VIH, su etapa final quedando vulnerables a una cantidad de infecciones y enfermedades potencialmente mortales.

### **Factores Predisponentes**

Entre estas Infecciones están:

- Sífilis
- Gonorrea
- Clamidia
- Herpes Genital
- Trichomonas

## **Factores Determinantes**

### **El VIH/SIDA**

La transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se trasmite a través de la sangre de un paciente infectado: tras funciones de sangre, agujas infestadas.

Los primeros síntomas de la enfermedad pueden aparecer alrededor de las 6 semanas desde que la persona se infecta con la enfermedad. (www.Sexualidad en la Adolescencia)

## **Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes**

### **Factores Socioeconómicos**

La pobreza constituye un factor de riesgo destacado de embarazo en adolescentes. Las gestaciones en adolescentes no casados se da en familias pobres o de rentas bajas, estas adolescentes no suelen abortar y crían a sus hijos. Por lo general, las adolescentes de familias con un nivel socioeconómico bajo no asisten a actividades extracurriculares supervisadas por adultos.

### **Factores Culturales**

Los principios y las experiencias familiares influyen en las tasas de embarazo en adolescentes. El riesgo de actividad sexual y por tanto, embarazo es más elevado en adolescentes cuyas madres o hermanas tuvieron hijos al principio de la adolescencia. La probabilidad de un segundo embarazo en la adolescencia aumenta cuanto menor haya sido la edad de la joven en la primera gestación.

## **Factores Educativos**

Las adolescentes con un nivel educativo bajo presentan un riesgo mayor de embarazo. Las jóvenes con objetivos académicos ambiciosos (universidad, carrera profesional) suelen utilizar más a menudo métodos anticonceptivos.

## **Factores Psicológicos**

La autoestima baja repercute en la probabilidad de embarazo en la adolescencia, algunas adolescentes planifican el embarazo de manera consciente o inconsciente. Puede tratar de castigar a sus padres, escapar de casa o tener a alguien a quien amar y que les ame .El embarazo intencionado puede ser una llamada de atención. ( [www.Sexualidad en la Adolescencia](http://www.Sexualidad en la Adolescencia))

### **2.4.1.2 Etapas de la Adolescencia**

#### **Adolescencia Inicial o Temprana. 10 a 13 años**

Es propio de esta etapa un aumento de la estatura, del peso corporal y de la fuerza muscular. Aparecen los caracteres sexuales secundarios. En el caso de la mujer el primer signo del comienzo de la pubertad es el desarrollo incipiente de las mamas, a esta le sigue muy de cerca el crecimiento del vello pubiano.

#### **Adolescencia Media. (14 a 16 años).**

Desde el punto de vista puberal, en la mujer aparece la menarquia que da inicio a la etapa de desarrollo.

Los adolescentes sienten más preocupación por la apariencia y desean aumentar el poder de atracción. Aparecen manifestaciones egocéntricas y hay una búsqueda de su propia identidad. En esta etapa se inicia el pensamiento abstracto.

### **Adolescencia Tardía. (17 a 19 años)**

En ambos sexos el desarrollo puberal alcanza las características del adulto. Se logra un mejor control de los impulsos y los cambios emocionales son menos intensos. El adolescente establece una identidad personal y social que pone fin a la etapa. Los retos que debe afrontar el adolescente son los siguientes:

1. Adaptación a los cambios anatómicos y fisiológicos.
2. Integración de la madurez sexual al modelo personal de comportamiento.
3. Separación del tutelaje familiar.

### **Cambios Físicos.**

Los cambios son muy notables, entre ellos tenemos: la forma de pensar y sentir, las niñas y los niños se convierten en hombres y mujeres adultos, en ocasiones se puede sentir vergüenza, tristeza, coraje o temor ante estas situaciones que antes no afectaban o que para otros parecen normales

### **Cambios Fisiológicos.**

La pubertad consiste en una serie de cambios fisiológicos y orgánicos que se manifiestan con el desarrollo de los órganos sexuales secundarios. Los órganos de la reproducción se hacen funcionalmente activos.

No hay que olvidar que al estar completamente sometidos a la influencia de las hormonas que funcionan a toda velocidad, el comportamiento de los chicos y chicas es de lo más extraño y variado.

### **En la Mujer**

Encontraremos Cambios en la voz, en la piel, ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis.

Desarrollo Mamario.- Cuando se inicia la secreción estrogénica por parte del ovario, la mama se eleva debido a un aumento del tejido celular subcutáneo.

Aumento de Talla.- Se reconoce como estirón. El máximo crecimiento en talla tiene lugar durante el año que precede a la menarquía. Concluyen su crecimiento dos años antes, en crecimiento de los chicos.

Aumento del Vello.- El crecimiento diferencial del vello en el pubis y la axila es debido a diferentes niveles locales de respuesta al estímulo hormonal. El vello corporal aumenta de densidad y longitud.

Menarquía.- Las primeras menstruaciones suelen ser cortas (2 o 3 días) con largos intervalos en medio (40 o 60 días). Es frecuente en los primeros años después de la menarquía que los ciclos sean irregulares. También es frecuente la anovulación.

Ensanchamiento de las caderas por acumulo de grasa y las nalgas y los muslos toman una forma más redondeada.

Ovarios.-son glándulas sexuales femeninas desempeñan un doble papel en la vida. Por un lado hacen posible, por medio de la secreción de las hormonas, que todo el cuerpo cambie y, por otro lado, permiten la reproducción.

El útero está listo para recibir al ovulo fecundado y forma una membrana para recibirlo; allí se adhiere y crece un nuevo ser.

### **En el Varón**

Cambia la voz, que adquiere un timbre profundo

Aumento de Talla.- Además del estirón se presenta un desarrollo de la musculatura (fuerza).

Maduración Sexual.-Tienen la capacidad de procrear y los órganos sexuales siguen una secuencia: El aumento de volumen testicular, como expresión del desarrollo de los conductos seminíferos y se da la primera eyaculación.

Aparición del Vello.- Primero el axilar y unos dos años después de la aparición del vello púbico y el vello facial y en el resto del cuerpo. (MSP.CAMBIOS DEL ADOLESCENTE 2010)

#### **2.4.1.5 Relaciones Sexuales Tempranas**

En la adolescencia, las relaciones sexuales tempranas suelen presentarse sin planificación y casi nunca buscan concebir un bebé, sin embargo se producen una gran cantidad de casos de embarazos no deseados y un buen número termina en abortos provocados. No hay nada ilícito en las relaciones sexuales, si dos adolescentes se aman de verdad.

Se hace necesario también enfocar las consecuencias negativas de las relaciones sexuales tempranas sin protección, así por ejemplo, un embarazo no deseado, abortos, enfermedades de transmisión sexual, madres solteras, etc.

La primera experiencia sexual por lo general, no se disfruta tanto como se imagina, debido a que existe inexperiencia, temor y vergüenza, por lo general los adolescentes se llevan una gran decepción pues no experimentaron todo lo que, según comentarios, debieron experimentar.

Superadas las primeras experiencias, el adolescente dominará mejor sus impulsos y procederá a vivencias esa experiencia de forma más satisfactoria.

Algunos jóvenes ante su impulso sexual y frente a una sociedad que tiene una doble moral al respecto, decide manifestar su sexualidad recurriendo a una trabajadora sexual. También es muy frecuente que los amigos, padres o familiares presionen a los adolescentes para acudir a una trabajadora e iniciar su vida sexual de esta manera. Si un adolescente decide acudir a una trabajadora sexual, por lo menos debería protegerse de enfermedades de transmisión sexual. (El Libro 2009)

### **Consecuencias**

- Enfermedades de Transmisión Sexual
- Alteraciones Emocionales
- Frustraciones
- Baja Autoestima
- Inseguridad
- Embarazo Adolescente

### **2.4.2 Sexualidad**

La sexualidad humana es heterogénea y compleja, pues va mucho más allá de la mera reproducción y el coito. El comportamiento sexual humano se dirige a la satisfacción de pulsiones sexuales, a la obtención de placer y a una necesidad de relación íntima. Abarca todas las edades del desarrollo y permanece hasta la vejez, y constituye un

ámbito fundamental de realización y satisfacción para las personas en el encuentro con otros y consigo mismo.

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

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

La reproductividad es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye efectivamente los sentimientos de maternidad y paternidad, las actitudes de paternaje y maternaje, además de las actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de otros seres.

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

Desde el punto de vista psicológico, la sexualidad es la manera de vivir la propia situación. Es un concepto amplio que abarca todo lo relacionado con la realidad sexual. Cada persona tiene su propio modo de vivir el hecho de ser mujer u hombre, su propia manera de situarse en el mundo, mostrándose tal y como es. La sexualidad incluye la identidad sexual y de género que constituyen la conciencia de ser una persona sexuada, con el significado que cada persona dé a este hecho. La sexualidad se manifiesta a través de los roles genéricos que, a su vez, son la expresión de la propia identidad sexual y de género.

### **Etapas en el Desarrollo Social y Sexual**

#### **De 0 a 1 año**

La sexualidad en un niño recién nacido está íntimamente vinculada a la relación con sus padres, su vivencia a través de los cuidados y las caricias de sus progenitores. A través de ellos se crean lazos afectivos que serán necesarios para el desarrollo social y sexual de los niños.

#### **De 1 a 3 años 6 meses**

En la segunda etapa, el niño tiene un estrecho vínculo con su familia, lo que hace que su pensamiento se vaya enriqueciendo. En esta etapa se oponen a las reglas que imponen sus padres, como una forma de afianzar su independencia. En esta etapa se experimentan más sensaciones de placer al controlar los esfínteres y a evacuar, con lo que empiezan a conocer su cuerpo, lo que necesitan y lo que les produce placer.

#### **De 3 años a 6 años**

La tercera etapa se caracteriza por la exploración del mundo, tanto a nivel físico como social, con lo que refuerzan los vínculos con su familia y amigos. Por ello, comienzan a descubrir su sexualidad, y surge aquí el primer periodo de enamoramiento hacia el progenitor del sexo opuesto o en algunos casos incluso hacia el del mismo sexo

(complejo de Edipo y complejo de Electra). Por otro lado, aprenden a relacionarse con otros y a ensayar sus roles sociales, así como a identificar su propio sexo.

### **De 6 años a 9 años**

En la etapa cuarta comienza el crecimiento físico, que se equilibra con el desarrollo afectivo y permite que surja el interés por conocer y saber sobre el mundo y sus fenómenos. De la misma manera, es fundamental el reconocimiento de las personas de su entorno hacia ellos, y cómo afecta esto a la concepción de su propia imagen.

### **Juventud - de 10 años a 24 años**

La juventud, según la OMS, se extiende desde los 10 a los 19 años e incluye la pubertad, la adolescencia inicial o pre adolescencia (de los 10 a los 13 años), la adolescencia media o tardía (de los 14 a los 16) y la juventud plena (de los 17 a los 19 años).

### **Pubertad**

Las hormonas sexuales se activan en esta etapa y determinarán los cambios físicos y psicológicos. Al principio, el cuerpo sufre un crecimiento acelerado. Después surgen una serie de cambios en las formas del cuerpo: a las chicas les crecen las caderas y los pechos, les sale vello en la pelvis, y a los chicos les cambia la voz, les crecen los genitales y les sale vello en el pubis.

### **Adolescencia inicial o pre adolescencia**

Hay cambios en la apariencia, pero psicológicamente aún no han madurado. Las niñas se desarrollan antes que los niños -aproximadamente un año. Es la etapa de la rebeldía con los padres.

En esta etapa se alcanza la madurez biológica, pero aún no está completada generalmente la madurez psicológica y social. En este periodo se experimentan

emociones contradictorias. Por una parte, aún no se han abandonado ciertos caracteres de la niñez, y a la vez comienzan a experimentar sensaciones propias del adulto. (Wikipedia.org/wiki/Educación sexual)

### **Sexualidad en la Adolescencia**

Algunos padres no salen de su asombro cuando se enteran de que las leyes recogen en España y en otros muchos países que la edad de consentimiento (edad a partir de la cual no hay acción penal por tener relaciones sexuales) se establece a partir de los ¡13 años! Lo cierto es que, pese a los esfuerzos de los centros educativos de enseñar la biología y naturaleza de las relaciones humanas, los adolescentes tienen un alto desconocimiento de los riesgos a los que se enfrentan cuando se inician en sus primeras relaciones sexuales. Los padres adoptan una posición pasiva, tardía o torpe y los hijos se suelen cerrar hacia cualquier observación, indicación o consejo de los padres... Lo cierto es que nuestros hijos generalmente no suelen estar preparados cuando afrontan su primera relación sexual.

### **Los Riesgos de la Sexualidad en Adolescentes**

Las estadísticas muestran que los riesgos son altos y confirman que nuestros hijos no suelen ir bien preparados. Entre los riesgos más destacados:

- Embarazo.
- Enfermedades de transmisión sexual (SIDA, etc.).
- Experiencias adversas que conllevan actitudes negativas hacia su autoestima, seguridad, confianza, e incluso, hacia su futura vida sexual. Algunas de estas experiencias se realizan sin preparación alguna, bajo los efectos del alcohol, drogas, etc. acentuando los efectos negativos. (Wikipedia.org/wiki/Educación sexual)

### 2.4.3 Educación Sexual

'Educación sexual en la familia' .En los hogares de nuestra sociedad, la mayoría de padres no hablan directamente sobre sexualidad con sus hijos o, si lo hacen, la información es limitada a la menstruación y a vagas formas de expresar expectativas sociales ("cuidaraste", "haraste hombre"). Por ejemplo, la mayoría de niñas reciben información sexual de sus madres, quienes topan principalmente el tema de la menstruación. Desafortunadamente, esta información suele ser dada con un tono de secretismo, vergüenza, y como "algo que tenemos que soportar". Lo ideal sería que la niña concibiera la menstruación como una experiencia de "convertirse en mujer y de ser potencialmente capaz de ser madre".

Es curioso que en la mayoría de hogares a los hijos varones no se les dé ninguna o muy poca información sexual. Por lo general, el niño varón se enfrenta a su primera eyaculación sin tener idea de lo que ésta significa. El varón no pregunta por vergüenza y queda un vacío de conocimientos muy difícil de llenar. Así, el varón no recibe el mensaje de "convertirse en hombre y ser capaz de ser padre". Mensaje que le haría valorar su sexualidad, respetar su cuerpo, y seleccionar la mujer con la que lo comparte.

En nuestra sociedad, hay familias donde la educación sexual del varón consiste en que el padre le lleva a un prostíbulo para que se inicie sexualmente con una prostituta. En estas circunstancias el joven recibe el mensaje de "debes tener una experiencia sexual, no es necesario el afecto ni la relación con la persona con la que estás; lo importante es que aprendas, sin importar si amas o satisfaces a tu pareja sexualmente". Estos jóvenes aprenden que hay dos tipos de mujeres: "la mujer con la que se disfruta el sexo" y "la mujer con la que se casa y se tiene los hijos".

Hay diversos manejos que hacen las escuelas sobre educación sexual formal. En algunos casos se enfatiza la biología sexual y no se da oportunidad de hablar sobre la

sexualidad en cuanto toca nuestras vidas y nuestros destinos. No se permite el diálogo flexible sobre los valores sociales y las experiencias sexuales que importan personalmente a los niños y jóvenes.

En unos casos, los estudiantes aprenden que "el cuerpo es bueno, pero lo que se experimenta con él puede ser malo" o "el cuerpo es bueno, pero no profundicemos en él y sus funciones". En otros casos, toman la cátedra los sicólogos, quienes encuentran fuertes conflictos entre lo que dice la ética religiosa y la sicología en aspectos como la masturbación, la homosexualidad, y la anticoncepción.

La mayoría de padres están de acuerdo con la educación sexual aunque tenga que topár temas conflictivos desde el punto de vista religioso y psicológico. Sin embargo, en muchos hogares, los padres no hacen un esfuerzo adicional para dialogar con sus hijos sobre los aspectos polémicos.

Una minoría de padres se oponen a la educación sexual en los colegios porque prefieren evitar el diálogo sobre temas conflictivos y no quieren verse en la situación de analizar con sus hijos los tópicos de la sexualidad que les producen fuerte ansiedad, en particular la masturbación y la homosexualidad. Probablemente, consideran que los argumentos del educador sexual pueden convencer más fácilmente a sus hijos que sus argumentos. Si esta es la razón, valdría la pena que los padres analizaran y profundizaran más en sus convicciones personales.

Los padres de familia no podemos "lavarnos las manos" y dejar toda la educación sexual al sistema educativo. Nosotros tenemos que involucrarnos personalmente, hablar con nuestros hijos sobre nuestros valores sexuales, darles el ejemplo de vida sexual que esperamos para ellos. Cualquier limitación o equivocación que exista en la educación sexual de los colegios tendrá poca importancia si nosotros estamos ahí para la verdadera guía que necesitan nuestros hijos en el momento oportuno de sus vidas.

Parte de la angustia de la sociedad en abrir el tema de la sexualidad como una conducta de la que se puede hablar es que, una vez que se da oportunidad de diálogo, también aparece la oportunidad de "decisión". Así, la sexualidad deja de ser una conducta que se debe "aceptar sin ninguna opción a transgredir las normas de la sociedad" y se convierte en una responsabilidad personal.

### **2.4.3. Embarazo en la Adolescencia**

#### **2.4.3.1 Concepto**

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS 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.(PROSALUD.ORG.VE/PUBLIC/DOCUMENTS/2011)

#### **Factores Sociales que Inciden en el Embarazo Adolescente**

- Familia
- Educación
- Valores
- Religión
- Situación Económica

#### **Consecuencias de la Madre por el Embarazo**

Físicamente, porque está en el proceso de crecimiento y desarrollo, un embarazo, que es un suceso que normalmente cambia todas las funciones del cuerpo de una mujer, requiere de mejor alimentación, tranquilidad, y puede ocasionar problemas como:

- Detención del crecimiento, ya que las proteínas destinadas solamente para la madre, ahora se tienen que compartir con el hijo.
- Anemia y desnutrición
- Aumento de la mortalidad materna.
- Mayor riesgo de abortos espontáneos y nacimientos prematuros
- Complicaciones durante el parto, por falta de madurez sexual.
- Aumenta la probabilidad de tener más hijos, ya que al empezar jóvenes a tener relaciones sexuales, es más fácil que los hijos se sucedan rápidamente.
- Aumenta la posibilidad de tener más relaciones sexuales, seguidas, con frecuencia con varias parejas, lo que además aumenta el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

Emocionalmente ya que se está en un proceso de identidad, que lleva a brincarse un paso muy importante, la auto aceptación como mujer, con los cambios del cuerpo y funciones nuevas, por una figura prematura de mujer embarazada.

- También conlleva a problemas de autoestima y frustraciones personales y sociales.
- Deserción escolar, abandono o cambio de un proyecto de vida profesional.
- Dificultad para educar con cariño al bebé.
- Mayor riesgo de separación, divorcio y abandono por parte de su compañero.
- Rechazo social si el embarazo es fuera del matrimonio y críticas si es aun estando casada. (Esmas.com/salud/Salud Familiar/adolescentes)

#### **2.4.3.2 Riesgos del Embarazo y el Parto durante la Adolescencia**

##### **Riesgos Perinatales**

La experiencia del parto a cualquier edad es un acontecimiento transcendental. Sin embargo para la adolescente con frecuencia se acompaña de un conjunto diferente de

problemas con respecto a los que experimentan las madres adultas. Las madres adolescentes la mayores y sus futuros hijos afrontan riesgos biomédicos mínimos en comparación con las adolescentes jóvenes, quienes en general presentan tasas altas de muerte materna y neonatal.

Para las madres jóvenes, menores de 15 años, existe mayor probabilidad de que el niño sea mortinato o prematuro, tenga peso bajo al nacer o muera poco después del parto, además la madre tiene mayor riesgo de aumentar menos peso, experimentar infecciones del parto urinario, enfermedades de transmisión sexual, hipertensión inducida por el embarazo, anemia, desproporción cefalopélvica y trabajo de parto prolongado.

### **Peso Bajo al Nacer**

El mayor riesgo de peso bajo al nacer es uno de los aspectos médicos más importantes del embarazo en la adolescencia .Al considerar este riesgo neonatal, es importante reconocer que las observaciones realizadas en estudios ajustados para factores socioeconómicos y cuidados prenatales indican que el porcentaje de peso bajo al nacer y las tasas de mortalidad infantil son bastantes similares para los niños de madres adultas y adolescentes.

### **Rol del Profesional de Enfermería ante una Adolescente Embarazada**

El rol de las profesionales de enfermería consiste en prestar apoyo y evitar actitudes de enjuiciamiento. A menudo, La adolescente embarazada siente triste, abrumada y sola. El profesional de enfermería puede prestarle la asistencia y la orientación que necesita.

#### **2.4.4 Madres Adolescentes**

La maternidad es una experiencia gratificante que muchas mujeres asumen felices, pero cuando se es adolescente la noticia de ser madres puede representar angustia, tristeza, desesperación e infinidad de sentimientos contradictorios.

Probablemente esté en la escuela aún y te preguntaran cómo deberán hacer para culminar sus estudios con un embarazo a cuestas o qué futuro le esperará a su bebé al lado de una persona tan joven e inexperta.

Causas

- Mantener relaciones sexuales sin medidas de protección adecuadas
- La necesidad de probar su fecundidad
- Falta de educación

##### **2.4.4.1 Conformación de las Familias en el Ecuador**

###### **a) Familia**

Los adolescentes intentan, con frecuencia torpemente, afirmar su nascente personalidad oponiéndose a la tradición, al conformismo, al criterio de los adultos. Pocas veces tienen pensamiento propio y reflexivo. La prueba es que varía con mucha facilidad sobre el mismo asunto en algunos días de intervalo. No saben siempre lo que quieren con precisión. Por otra parte están dotados en esta época de una plasticidad artística y de artesanía que los capacita para interesarse por las actividades más inesperadas, a través de las cuales buscan su orientación y realizan la selección de sus gustos y aptitudes.

###### **b) Familia Extendida**

En las familias extendidas, la red de afines actúa como una comunidad cerrada. Este tipo de estructuras parentales puede incluir a los padres con sus hijos, los hermanos

de los padres con sus hijos, los miembros de las generaciones ascendentes abuelos, tíos abuelos, bisabuelos o de la misma generación. Además puede abarcar parientes no consanguíneos, como medios hermanos, hijos adoptivos. Todo lo anterior establece un contraste con la pequeña familia nuclear.

### **c) Familia Disfuncional**

Una familia disfuncional es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones. A veces los niños crecen en tales familias con el entendimiento de que tal disposición es normal. Las familias disfuncionales son principalmente el resultado de adultos dependientes, y también pueden verse afectados por las adicciones, como el abuso de sustancias (alcohol, drogas, etc.).

### **d) Familia Funcional**

La familia funcional tiene la capacidad de manejar la proximidad y la distancia entre sus miembros, logrando el contacto afectivo y cálido entre todos; pero al mismo tiempo siendo capaces de permitir que cada uno tenga sus propios espacios, sus actividades personales y su vida social independiente.

### **Comunicación Familiar**

En la definición de familia las interacciones entre padres e hijos forman un elemento esencial y constitutivo. En esta relación, la comunicación desempeña un papel primordial. La familia constituye un sistema de relaciones fundamentalmente afectivas entre personas que viven juntas, que presentan lazos consanguíneos y que son fuente de apoyo.

Además, la familia es el primer ámbito de socialización en el individuo y la comunicación constituye una herramienta fundamental para este proceso. El sistema familiar es un escenario privilegiado para la transmisión de valores, creencias, normas y códigos de conducta de una sociedad.([www.aciprensa.com/Familia/adolescencia.htm](http://www.aciprensa.com/Familia/adolescencia.htm))

#### **2.4.4.2 Estado de la Cuestión**

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

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

Según datos ofrecidos por el MIES, la tendencia de la fecundidad adolescente en el Ecuador en la última década es el incremento, siendo la más alta de subregión andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes. (WWW.INEC.2011.COM.EC)

#### **Actitudes hacia la Maternidad**

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

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

En la adolescencia temprana, con menos de 10 años a 13 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exageran los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, luego de los 17 años a 19 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita

y si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.(Revista de Posgrado de la Cátedra N° 107 - Agosto/2007)

#### **2.4.4.3 La Adolescencia de la Madre Adolescente**

Esta se torna un poco difícil ya la adolescente no está preparada para el rol que le toca cumplir así que se debate entre el bienestar de su hijo o el de ella ya que antepone a su hijo siendo así que abandona sus estudios para buscar una fuente de ingreso que le ayude a sustentar los gastos que un hijo implica.

#### **La Adolescente y su Proyecto de Vida**

Los adolescentes necesitan un motor que los impulse hacia la consecución de sus metas, además de las emociones que pueden ser pasajeras. Sus sueños deberían estar acompañados de una guía acerca de lo que desean lograr y de cómo pueden conseguirlo. Para ello es muy útil tener un plan o proyecto de vida.

El proyecto de vida puede entenderse como un bosquejo de nuestras metas, por esta razón, es importante que los jóvenes tomen tiempo para conocer cuáles son sus intereses, sus capacidades y sus limitaciones, con el fin de que sean ellos mismos quienes elijan personalmente sus metas y estén convencidos de querer lograrlas.

Si se sienten inseguros o sin dirección, pueden buscar el consejo de personas de confianza o de un profesional que pueda orientarlos. A continuación, algunos consejos para el planteamiento de un proyecto de vida durante la adolescencia:

El proyecto de vida de cada individuo es irreplicable ya que responde a necesidades particulares. Es conveniente que los familiares, mentores, amigos, otros le aporten

consejos y valoraciones, sin embargo debe ser la persona misma, en última instancia, la que decida su futuro.

El proyecto de vida no es estático, puede ser ajustado y variado de acuerdo a las circunstancias, situaciones o cambios que se presenten en el camino. No pretendamos resolver nuestra vida desde ya. Sin duda podemos definir con relativa facilidad y de forma concreta las metas más inmediatas y generales, como desempeño escolar, recreación, relaciones filiales y de amistad, etc.

Los objetivos de mayor trascendencia deben ser sopesados con detenimiento, es decir aquellas grandes directrices que definirán el rumbo de la vida, tales como la escogencia de la pareja con quien se compartirá la vida, la elección de profesión, criar hijos.

Es importante tener presente que las decisiones definitivas de la mayoría de estos objetivos, pertenecen a etapas posteriores de la vida, aun cuando desde ya podemos ir allanando el camino para cuando ese momento llegue. (PSICOPEDAGOGA DE ENFOQUE A LA FAMILIA EN COSTA RICA. 2009)

#### **2.4.5 Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo**

La alteración del crecimiento puede definirse como una desviación del patrón normal del crecimiento de los niños sanos, dado que no existen dos niños exactamente iguales, el concepto de lo que representa un crecimiento "normal".

Hay distintos factores que alteren el desarrollo, son cuatro los factores que pueden llegar a alterar el desarrollo normal de los niños. Y esto se da porque el sistema nervioso de ellos se encuentra inmaduro. En cuanto al momento en que se pueden generar estas alteraciones, debemos decir que se pueden presentarse en diferentes etapas; en la prenatal, la perinatal o postnatal.

Las alteraciones prenatales, son las que se producen entre la concepción y el nacimiento del bebé. Como por ejemplo, alteraciones genéticas o enfermedades que padezca la madre o el feto. Por su parte, las alteraciones perinatales son anomalías que se dan en el momento del parto; aspiración de meconio por parte del bebé, parto demorado o instrumentado, anoxia, entre otras. Y por último tenemos las alteraciones postnatales. Éstas son las que suceden desde el momento del nacimiento del bebé; accidentes, enfermedades infecciosas, falta de estimulación, etc.

### **Desnutrición en el Niño**

La 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.

La desnutrición implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgada o presentar carencia de vitaminas y/o minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes o mejor conocida como hambre oculta). Vázquez R. 2009

### **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.

La desnutrición, especialmente en la infancia es un obstáculo que impide que los individuos, e incluso las sociedades, desarrollen todo su potencial. Una publicación de UNICEF de 2009, expresa que todos los años nacen en el mundo más de 20 millones de niños y niñas con un peso inferior a los 5.5 libras, lo que equivale al 17% de todos los nacimientos del mundo en desarrollo, es decir una tasa que duplica el nivel de los países industrializados que es de 7%.

Según el “Estado Mundial de la Infancia 2009” de UNICEF, uno de cada cuatro niños y niñas -alrededor de 146 millones- que representa el 27% de la población de menores de cinco años, tienen peso inferior al normal. Para los niños y niñas cuya situación alimentaria es deficiente, enfermedades comunes de la infancia como la diarrea y las infecciones respiratorias pueden ser fatales.

### **Clasificación**

1) **Desnutrición Primaria;** Por insuficiencia exógena,

Comprende los siguientes tipos:

- a) Kwashiorkor
- b) Marasmo
- c) Mixta.

2) **Desnutrición Secundaria;** Consecutiva a otros procesos como: Trastornos en la absorción, en el almacenamiento, mayor utilización, mayor excreción o inhibición de la utilización

#### **a) Desnutrición Kwashiorkor**

El Kwashiorkor es una enfermedad de los niños debida a la ausencia de nutrientes, como las proteínas en la dieta se presentan en la primera infancia, entre los 1 y 3 años.

### **Cuadro Clínico:**

1) Signos generalmente presentes:

- a) Falta de crecimiento
- b) Edema
- c) Atrofia muscular con conservación de grasa subcutánea
- d) Irritabilidad

### **b) Desnutrición Marasmo**

Marasmo es un tipo de malnutrición energética y proteínica severa acompañada de emaciación (flaqueza exagerada), caracterizada por una deficiencia calórica y energética, aparece en los 3 primeros años de la vida.

### **Cuadro Clínico:**

1) Signos presentes:

- Falta de crecimiento, que se aprecia por el peso corporal
- Consunción, tanto de músculos como de grasa subcutánea.

2) Signos presentes algunas veces:

- Diarreas,
- Alteraciones en el cabello
- Signos de deficiencia vitamínica asociada
- Deshidratación.

### **Síndrome del Niño Maltratado**

Según la OMS puede definirse como toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la

dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

**Epidemiología:** su distribución es mundial, siendo más frecuente en países desarrollados, y afectando más a varones, correspondiendo la mitad de estos a menores de 2 años.

Se ve en el hijo “especial”: adoptado, malformado, enfermo crónico o inquieto.

**Etiología:** El síndrome de Niño maltratado lo originan tres elementos fundamentales para su presentación:

- Un niño agredido que en ocasiones es “especial”.
- Un adulto agresor.
- Situaciones del entorno familiar dentro de las cuales está un factor desencadenante del problema.

#### **a). El Maltrato Físico**

Este tipo de maltrato abarca una serie de actos perpetrados utilizando la fuerza física de modo inapropiado y excesivo. Es decir, es aquel conjunto de acciones no accidentales ocasionadas por adultos (padres, tutores, maestros, etc.), que originan en el niño un daño físico o enfermedad manifiesta. Aquí se incluyen golpes, arañazos, fracturas, pinchazos, quemaduras, mordeduras, sacudidas violentas, etc.

#### **b). La Negligencia o Abandono**

La negligencia es una falta de responsabilidad parental que ocasiona una omisión ante aquellas necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los padres, cuidadores o tutores. Comprende una vigilancia

deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, impedimento a la educación, etc.

### **c). El Maltrato Emocional**

Es aquel conjunto de manifestaciones crónicas, persistentes y muy destructivas que amenazan el normal desarrollo psicológico del niño. Estas conductas comprenden insultos, desprecios, rechazos, indiferencia, confinamientos, amenazas, en fin, toda clase de hostilidad verbal hacia el niño. Este tipo de maltrato, ocasiona que en los primeros años del niño, éste no pueda desarrollar adecuadamente el apego, y en los años posteriores se sienta excluido del ambiente familiar y social, afectando su autoestima y sus habilidades sociales.

### **d). El Abuso Sexual**

Es uno de los tipos de maltrato que implica mayores dificultades a la hora de estudiar. Consiste en aquellas relaciones sexuales, que mantiene un niño o una niña (menor de 18 años) con un adulto o con un niño de más edad, para las que no está preparado evolutivamente y en las cuales se establece una relación de sometimiento, poder y autoridad sobre la víctima.

Las formas más comunes de abuso sexual son: el incesto, la violación, la vejación y la explotación sexual. También incluye la solicitud indecente sin contacto físico o seducción verbal explícita, la realización de acto sexual o masturbación en presencia de un niño y la exposición de órganos sexuales a un niño.

### **Principales Causas de Maltrato a Niños:**

- Medidas disciplinarias 63%
- Sujetos con alteraciones de personalidad 59%

- Sujetos con trastornos de conducta 46%
- Rechazo por la familia 34%
- Negligencia 34%

#### **Mecanismo de Producción de las Lesiones:**

- Traumatizados
- Depravados
- Quemados
- Violación

#### **Características del Agredido:**

**Edad:** el maltrato puede observarse en cualquier edad pediátrica.

- Maltrato físico: en recién nacidos y preescolares (<de 4 años).
- Malformaciones congénitas o daño neurológico.
- Niño con enfermedades crónicas que requieren atención medica repetida.
- Niño demasiado irritable, desobediente y no controlar esfínteres.

#### **Complicaciones.**

- Fracturas mal consolidadas.
- Escasas relaciones de grupo.
- Conducta fóbica.
- Muerte del menor.

## **2.4.6. Crecimiento y Desarrollo del Niño**

### **2.4.6.1 Concepto.**

El crecimiento y desarrollo es un proceso individual, armónico y continuo, pero no uniforme, que ocurre en etapas relativamente bien definidas y predecibles.

Físicos, se manifiestan en actividades como el gatear, caminar, correr, saltar con un pie, dibujar, etc.

Intelectuales, se manifiestan en el hablar, pensar, razonar, etc.

Emocionales, se manifiestan en la manera de comportarse, capacidad para amar, rechazar, etc.

#### **a) Crecimiento**

Es el aumento en el tamaño y masa corporal es el resultado de la multiplicación e hiperplasia celular. Es pues una noción anatómica, cuantitativa, susceptible por tanto de ser evaluada numéricamente y que se refleja, por ejemplo, en la ganancia de peso, talla, y perímetros corporales.

#### **b) Factores que Determinan el Crecimiento del Niño**

- Potencial Genético
- Factores Neuroendocrinos
- Factores Metabólicos
- Factores Socioculturales
- Factores Económicos
- Factores Nutricionales
- Factores Psicoemocionales

#### **2.4.6.2. Evaluación del Crecimiento en el Niño**

Es necesario contar con patrones de referencia para cada medida, adecuados para sexo y edad. Las tablas norteamericanas del Centro Nacional para Estadísticas en Salud (NCHS) han sido tradicionalmente recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como patrón internacional para peso, talla, perímetro cefálico y perímetro braquial, a ser empleado en establecimientos de salud o trabajos de campo

Sin embargo, recientemente un Comité de expertos de la OMS los ha considerado inadecuados para evaluar el crecimiento de los niños amamantados. Se ha propuesto la elaboración de nuevas curvas de peso y peso/talla que tomen en cuenta las diferencias étnicas y geográficas de las poblaciones, mientras que siguen vigentes las tablas de talla/edad para los adolescentes. A continuación se revisan los aspectos más saltantes de las medidas utilizadas con frecuencia en la práctica asistencial con niños y adolescentes.

##### **a) Peso**

Es la medida de la masa corporal expresada en kilogramos. Para el monitoreo del crecimiento en el niño menor de 3 años, será pesado cada mes, en forma individual o colectiva, utilizando balanza, pesa bebe acostado sobre el plato, sin ropa. Se debe registrar el peso en KG y fracciones de hasta 10 gramos y graficar en el formulario de la historia clínica única y en el carné de salud infantil.

Esta medida, sin lugar a dudas la más empleada, se obtiene en los menores de dos años en decúbito y después de esta edad en la posición de pie. Ocasionalmente se requiere, entre los 2 y 3 años, que el niño sea cargado por un colaborador cuyo peso se resta del total encontrado. Permite vigilar el estado de nutrición del niño pero el significado de sus variaciones puede ser confuso en pacientes con edema,

deshidratación u otras manifestaciones de cambios en el agua corporal ya que representa una mezcla de varios componentes del cuerpo.

El personal de salud que evalúe crecimiento debe unir el punto de registro de peso anterior con el subsiguiente, de tal manera que se registre la tendencia del crecimiento e indicar a la madre su significado y brindar la recomendación que corresponda.

- Nace: 3000 – 3500gramos.
- 1·Trimestre: 25-30 gramos/día.
- 2·Trimestre: 20 gramos/día.
- 3·Trimestre: 10 -15gramos/día.
- 4·Trimestre: 10 gramos/día.
- 1·Año: 9500-10250
- 1· al 2·Año: 2500-3500gr. /año
- Del 2· al 5·Año: 2Kg.Por Año

#### **b) Talla**

Es la altura que tiene un individuo en posición vertical desde la cabeza hasta los talones y se mide en cm. Para medir al niño/a menor de 2 años, en decúbito dorsal (longitud). Se utiliza el paidómetro y se requiere de dos personas, una de ellas sujeta la cabeza del niño en decúbito dorsal contra el plano fijo, la persona que realiza la medición sostiene las rodillas y aplica la escuadra móvil a la planta de los pies manteniendo en ángulo recto.

En general la talla de pie es alrededor de 0.7cm menos que la longitud en posición acostada boca arriba. Esta diferencia fue tomada en cuenta desarrollar los nuevos patrones de crecimiento de la OMS usados en las fichas de crecimiento por lo tanto,

es importante ajustar las mediciones si se tomó la longitud en lugar de la talla o viceversa.

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

### **c) Índice de Masa Corporal**

Es el número que relaciona el peso del individuo con su talla original el IMC puede ser un indicador de crecimiento útil cuando está marcada en una gráfica relacionándolo con la edad del niño el cual se calcula de la siguiente forma:

- Peso en kg más talla es la longitud en metros cuadrado
- $\text{Peso en Kg} \cdot \text{talla} / \text{longitudinal en metros cuadrados}$
- $\text{IMC} = \text{Kg} \cdot \text{m}^2$

La longitud se utiliza en niños menores de 2 años se resta 0.7

La talla se utiliza para niños mayores de 2 años se suma 0.7

### **d) Perímetro Cefálico**

Esta medida del contorno de la cabeza en su parte más grande se mide las distancias situado sobre las orejas y cejas, se mide utilizando una cinta métrica.

El perímetro cefálico del niño. Se aplicara y sujetara la cinta a nivel de las protuberancias frontales y occipitales. La lectura debe hacerse en la región parietal izquierda, se medirá el perímetro máximo en lo posible sin el espesor del pelo. Esta medida se realizara hasta los 2 años de edad y se registrara en cm y decimales en el formulario correspondiente.

Esta medida, tomada a mitad de distancia entre el acromion y el olecranon del brazo izquierdo, ha sido usada por muchos años como indicador para detectar malnutrición guardando una correlación entre 0.7 y 0.9 con las medidas de grasa corporal. Sin embargo, un Comité de Expertos de la OMS dictamina que es necesario elaborar nuevas referencias ajustadas por edad. Para aquellos casos en que no se cuenta con esta información, recomiendan otra referencia ajustada a la talla.

Los valores normales de ganancia del perímetro cefálico:

- De 0 a 4 meses: 2cm/mes
- De 5 a 12 meses: 0.5cm/mes
- De 2 a 5 años: 0.7cm/año
- De 6 a 12 años: 0.5cm/año.

#### **2.4.6.3 Desarrollo del Niño**

Se refiere a la progresiva adquisición de habilidades del niño como resultado de la maduración del SNC. Así también cambios en las funciones, actividades, habilidades, destrezas que se producen en el ser humano. Tiene que ver principalmente con el aspecto mental y social del niño, y nos indica que cada día "aprende" o sabe algo más

## **Crecimiento y desarrollo del niño de 0 meses a 3 años**

- Talla es el primer parámetro de medición
- Este ritmo de crecimiento disminuye al nacimiento.
- En los primeros 3 meses de vida aumenta 9 cm de talla
- Crece 7 cm. De los 3 a 6 meses
- A 4 cm. De los 9 a 12 meses de edad

En todas las unidades operativas, depende de su nivel de complejidad, la cuantificación de las dimensiones corporales y la evaluación de periódica de sus modificaciones, es uno de las actividades más importantes que debe ser cumplida durante la atención del niño.

Es la más importante de las primeras épocas de la vida y se altera por las enfermedades especialmente por la desnutrición y las alteraciones psicosociales y emocionales. (Manual de Normas para la Atención Materna Infantil)

El crecimiento y el desarrollo de un niño se pueden dividir en dos períodos:

- La Lactancia
- Los años Preescolares

Inmediatamente después del nacimiento, un bebé pierde normalmente del 5 al 10% de su peso al nacer. Sin embargo, a las dos semanas de edad, el bebé debe empezar a tener un crecimiento y aumento de peso rápidos.

De los cuatro a los seis meses de edad, un bebé debe tener el doble del peso que tenía al nacer. Durante la segunda mitad del primer año de vida, el crecimiento no es tan rápido. Entre las edades de 1 a 2 años, un niño que empieza a caminar sólo aumentará aproximadamente 2,2 kg (5 libras). Generalmente, un niño sano seguirá una curva de

crecimiento individual, aunque la ingesta de nutrientes puede ser diferente para cada niño. Los padres deben proporcionarle al niño una dieta apropiada para su edad y deben ofrecerle una amplia variedad de alimentos para garantizar que esté recibiendo suficiente nutrición. Los hábitos alimentarios saludables deben comenzar durante la lactancia para prevenir enfermedades tales como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y la obesidad infantil.

### **Área motora:**

A su vez se divide en la motricidad gruesa originada en desarrollo de mejor control y aumento de fuerza en sentido céfalo caudal y de proximal a distal. Esto significa que aparece primero el control de músculos del cuello, luego tronco y finalmente piernas. Lo mismo en cuanto a que tendrá movimientos de brazos y piernas, luego de la mano y finalmente dedos. Esto se aprecia en el hecho que lo primero que aparece es el sostén de la cabeza, luego gira sobre su cuerpo, controla el tronco, se sienta, gatea y finalmente a fines del primer año da sus primeros pasos.

La motricidad fina o control de las manos también tiene una secuencia bien definida. Al nacer mantiene sus manitos preferentemente empuñadas y existe una prensión refleja. Luego comienza a abrirlas liberando el pulgar. Enseguida comienza a tener prensión voluntaria inicialmente con todos los dedos y luego desarrollando la pinza con el pulgar. En este desarrollo es muy importante una adecuada visión (coordinación ojo-mano) y estimulación que lo aliente a coger objetos.

### **Área social:**

El niño que al nacer depende absolutamente de los adultos que lo rodean, especialmente sus padres, aprenderá a confiar y querer de acuerdo a como ellos responden a sus necesidades.

Ya desde el mismo nacimiento va a manifestar preferencia por su madre y no deja de maravillarse al observar como si dejamos al recién nacido luego del parto en contacto íntimo con la madre se tranquiliza.

Hacia el segundo mes de vida desarrolla una sonrisa social. Cada vez que alguien se acerca lo mira con interés y sonríe. Por supuesto que esto se acentúa si se trata de sus padres, lo que se hace más notorio desde el tercer mes.

Alrededor del octavo mes en cambio ya desconoce a los extraños y llora ante una situación nueva o molesta.

Al año se interesa por juegos y comienza a desarrollar una mayor interacción social. La lactancia materna se ha visto como un elemento facilitador de un adecuado desarrollo social y emocional al favorecer el vínculo madre-hijo.

### **Área cognitiva-lingüística:**

Al nacer el niño tiene capacidad visual y tiene preferencia por el rostro humano, logrando mejor visión a 30 cm. Pueden imitar gestos como abrir la boca. Un niño de un mes debe seguir con la mirada si se encuentra en estado de alerta tranquila. A los 6 meses ya tienen una visión muy desarrollada.

Tienen buena audición al nacer y reaccionará ante sonidos y especialmente la voz de su madre.

El lenguaje comienza por pequeñas vocalizaciones al mes (a-a). A los tres meses se agregan consonantes (agú). Alrededor de los seis meses aparecen bisílabos (ta-ta). Al año dice dos o tres palabras.

Una vez más conviene señalar que existe amplia variación en la adquisición del lenguaje y la estimulación adecuada podrá adelantarlo. Se recomienda cantar y hablarles mucho a los niños pequeños.

#### **2.4.6.4 Desarrollo Físico del Niño de 0 a 2 Años 6 Meses**

Durante la primera semana de vida el recién nacido pierde de forma natural de un 10 a un 15% del peso que empezará a recuperar en la segunda semana de vida. Esta pérdida de peso se debe, sobre todo, a la pérdida de líquidos que daban ese aspecto de "hinchado" al bebé al nacer en pies, párpados y manos.

En las visitas al pediatra se irá pesando y tallando al niño. A grandes rasgos los niños y las niñas ganan unos 4 cm el primer mes y 3.5 cm el segundo. Al final del primer trimestre ha alcanzado los 60-62 cm.

Respecto al peso, la ganancia es muy acelerada las primeras semanas de vida, en torno a los 25-30 gramos al día, lo que supone unos 200 gramos semanales. El perímetro craneal se incrementa de 1-2 cm cada mes.

Esto son valores orientativos, siempre será el pediatra el que valorará mediante las tablas de crecimiento el desarrollo físico del bebé teniendo en cuenta sus circunstancias personales.

Al nacer el bebé tiene dos fontanelas (partes blandas localizadas en la cabeza del recién nacido y que son zonas donde los huesos del cráneo no se han cerrado), a los dos meses, la fontanela posterior se cierra.

## **a) Desarrollo del Niño de 1 – 6 Meses**

### **Motricidad Gruesa**

Comprende todo lo relacionado con el desarrollo cronológico del niño especialmente en el crecimiento del cuerpo y de las habilidades psicomotrices, es decir se refiere a todos aquellos movimientos de la locomoción o del desarrollo postural como andar, correr, saltar, etc.

### **Motricidad Fina**

Esta comprende todas aquellas actividades del niño que necesitan de una precisión y un elevado nivel de coordinación. Esta motricidad se refiere a los movimientos realizados por una o varias partes del cuerpo, que no tienen una amplitud sino que son movimientos de más precisión.

Para conseguirlo se ha de seguir un proceso cíclico: iniciar el trabajo desde que el niño es capaz, partiendo de un nivel muy simple y continuar a lo largo de los años con metas más complejas y bien delimitadas en las que se exigirán diferentes objetivos según las edades.

Los aspectos a trabajar más tanto son:

- Coordinación Viso-Manual
- Motricidad Facial
- Motricidad Fonética
- Motricidad Gestual

## **b) Desarrollo del Niño de 7 a 12 Meses**

El bebé a los siete meses, se ha convertido en un pequeño duende lleno de energía y capaz de hacer cosas que hace unas semanas, nos hubieran parecido impensables. Y es que avanza en su desarrollo físico, comunicativo e intelectual a gran velocidad.

Con seis meses cumplidos sería un buen momento adecuado para considerar introducir alimentos si no se han hecho ya algunos pasos previos. Hasta ahora se aconsejaba introducir el gluten a los siete meses, pero las más modernas corrientes indican que es mejor hacer pequeñas pruebas antes y hacerlo cuando el niño no haya sido destetado.

Además, el pequeño realizará muchos gestos y movimientos por sí mismos, empezando el descubrimiento de su entorno por sí mismo, manteniéndose muchos de ellos ya sentados sin caerse de lado e incluso reptando por el suelo.

Todo esto, unido a hacia los siete meses de vida el bebé entra en un momento clave para su desarrollo verbal, hacen de esta etapa algo irrepetible y mágico.

### **Desarrollo Social y Emocional**

El bebé de siete meses está deseando que le hablemos y nos comuniquemos con él. Es importante mantener un diálogo continuo con el pequeño, para hacer más intensa nuestra relación con él, y más cariñosa, además de ayudarle a adquirir mejor el lenguaje.

Le encantará imitar nuestros gestos y se divierte con muecas o aplausos. También sabe mandar besos y disfrutará haciéndolo. La comunicación es su gran pasión.

Ya entiende perfectamente el “no” y reacciona intensamente a nuestros enfados o si le levantamos la voz. Y, por descontado, se alegra mucho de vernos y de que les hagamos toda clase de carantoñas y juegos con cancioncitas infantiles.

Se expresa con ruiditos y gorjeos, pero sobre todo con expresiones corporales. Es además un explorador ávido de nuevas experiencias, tocará todo lo que le demos y se lo llevará todavía a la boca. Además, pronto ya ningún rincón de la casa estará a salvo de su deseo de conocer mundo pues se prepara para el gateo.

Las personas nuevas le encantan, sobre todo si son amables, pero es muy posible que reaccione con llanto y miedo si lo dejamos solo con ellas. Siempre que sea posible, es mejor evitarlo, no es momento de hablar de independencia en un bebé de siete meses.

### **Desarrollo Cognitivo y Verbal**

El pequeño de siete meses no solamente quiere explorar los objetos, también está muy interesado en adquirir nuevos conocimientos y en aprender a comunicarse con nosotros. Nuestra atención y colaboración son fundamentales para ofrecerle las experiencias intelectuales y comunicativas que tanto desea.

El niño necesita y desea aprender a hablar. Nombrar objetos y personas, señalándolas y haciendo preguntas sencillas que el pequeño entienda y pueda responder pese a no saber hablar, es la mejor manera de ayudarlo y hacerle feliz, pues su alegría gira en torno a nosotros y al proceso comunicativo.

Comenzará con sílabas sencillas “ma”, “da”, “pa”, “ta” de forma ya consciente y puede que empiece a ser capaz de dar sus nombres a objetos o personas concretas. Con atención podemos entender mucho más de lo que pensaríamos a simple vista.

El bebé es muy emotivo y aunque quiere aprender a hacer muchas cosas puede explotar si no entendemos, si hacemos algo que él quería intentar o si no logra su objetivo. Paciencia y mimo es la mejor de nuestras respuestas.

Suelen decir sus primeras tres o cuatro palabras: generalmente «mamá», «papá», «agua», «pan» o el nombre de algún otro objeto conocido.

### **Desarrollo Físico y Motriz**

Lo más llamativo es que a esta edad suelen salirle los primeros dientes a los pequeños, y eso, aunque algunos profesionales defiendan que no causa molestias, en muchos casos los padres observan irritabilidad que relacionan con la dentición. El babeo, eso desde luego, es evidente.

A los siete meses es normal que los niños ya puedan mantenerse sentados sin caerse hacia los lados y que se estiren para coger los objetos que les interesan, que son casi cualquier cosa nueva que pongamos antes ellos. Sin embargo, el interés dura pocos minutos y es bueno tener un entorno preparado y rico en experiencias. Aunque lo que más les va a gustar son las personas, más que las cosas.

Tiene ganas de comenzar a gatear, aunque la mayoría lo harán en los dos meses siguientes, algunos nos pueden sorprender reptando sobre su abdomen con determinación. Se giran y extienden para conseguir alcanzar los objetos.

Consigue sostener las cosas en las manos con bastante seguridad y les encanta golpear los objetos.

## **Desarrollo Psicomotor**

A esta edad los pequeños suelen mostrar los primeros signos de querer andar. Recorren la casa gateando y algunos ya lo hacen de pie apoyándose en los muebles. Incluso hay quienes ya pueden caminar solos, aunque lo normal es que lo hagan de la mano de papá o mamá o empujando un juguete con ruedas. Además, ya pueden introducir objetos pequeños dentro de otros grandes, abrir los cajones y sacar cosas, e incluso intentar comer por sí mismos (con la mano o utilizando la cuchara, aunque con muy poca destreza).

## **Desarrollo Social**

Es la época del apego a mamá, por lo que generalmente no quieren estar con las personas poco conocidas. Muchos se muestran tímidos ante cualquiera que no viva con ellos o que no vean con asiduidad, incluidos abuelos y tíos.

### **c) Desarrollo del Niño de 13 a 18 Meses**

#### **Desarrollo Motor**

- Importantes incrementos en su desarrollo motor; comienzan sus primeros pasos y logra caminar solo
- Al lograr caminar deja libres sus manos para otras actividades
- Inicia una intensa actividad independiente: entra, sale, sube, baja etc.
- Tiende a transportar cosas, las arrastra, las golpea; comienza a lanzar objetos
- Comienza a peinarse, utiliza el dedo índice
- Suba algunas escaleras con ayuda
- Patea la pelota con cierta destreza

A los 15 meses se muestra más seguro e independiente. Logra muchas cosas él solo

Realiza imitaciones divertidas; observa a alguien y trata de imitar

- Sus períodos de atención son cada vez más largos
- Su memoria ya es de más largo plazo
- Adquiere noción de cantidad a partir de comprender lo que es más pan, más agua, más tiempo etc.
- Puede utilizar correctamente el SI y el NO
- Se interesa por los cuentos con dibujos y es capaz de comprender las secuencias
- Comienza a diferenciar colores, formas y tamaños

### **Desarrollo de Lenguaje**

- Su exploración le está permitiendo explorar objetos, investigar su uso y conocer su nombre
- Balbucea y designa un sonido a algunos objetos
- Trata de cantar y entonar
- Comienza a articular algunas palabras: toma, dame, papá
- Responde NO a la mayoría de las preguntas
- Su comprensión de las cosas presenta grandes avances y siente necesidad por querer nombrarlas
- Responde pequeñas preguntas
- Da un nombre a los miembros de la familia; tata, dada etc.
- Entiende muchas cosas que se le dicen
- Le gusta jugar con el teléfono e imita los diálogos

Para el mes 16 camina con mayor seguridad, y puede inclinarse y recoger objetos; también recoge todo lo que encuentra.

- Desarma y desbarata todo lo que puede y trata de armarlo nuevamente

- Con ayuda del adulto, podrá armar un rompecabezas de pocas partes (4 ó 5)
- En el mes 15 puede caminar con destreza sobre una pasarela de 40cm. de ancho y 10cm. de alto
- Maneja con destreza su taza y toma líquidos con precisión
- Comienza a abotonar y desabotonar botones grandes

A los 18 meses comienza a correr con cierta precisión

- Puede treparse a una silla, pararse, gritar, sentarse en ella y luego bajarse
- Puede hacer rayas y puntos con un crayón grueso sobre un papel
- Comienza a utilizar la cuchara correctamente
- Puede ponerse los zapatos

### **Desarrollo Sensorial**

- El plazo de su memoria visual va en aumento
- Discrimina los ruidos y sonidos del hogar
- Localiza con la vista objetos cuando escucha que se habla de ellos
- Puede tomar objetos sin mirarlos
- Se interesa por libros de cuentos que tienen dibujos
- Discrimina auditivamente pequeñas órdenes y es capaz de cumplirlas: dame eso, toma agua, toma tu taza etc.

### **Desarrollo Cognitivo**

- Él solo busca sus juguetes cuando no los encuentra
- Comprende órdenes: cómete todo, no tires el agua, levántate, ven acá etc.
- Anticipa acciones
- Conoce el nombre de una gran cantidad de objetos, los puede señalar y tomar si se lo pides

- Ya conoce algunas de las partes de su cuerpo (cabeza, boca, ojos, pelo etc.) y te las muestra

A los 18 meses pronuncia cerca de 17 palabras inventadas por él

Señala diciendo mío a lo que le pertenece

### **Desarrollo Socio-Afectivo**

- Goza de una importante posición familiar y lo disfruta mucho
- Repite las acciones que causan el festejo de las personas cercanas a él
- Comienza a sentir su propia identidad
- Ya puede sentir el miedo y el enojo, la ansiedad y la simpatía
- Reacciona favorablemente frente a la música, le gustan los sonidos suaves repetidos rítmicamente
- Comienza a desarrollar un primitivo sentido del humor y responde con risas a ruidos y sorpresas
- Comienza a ser más independiente, puede usar sus dedos para comer, roza el dedo con la cuchara
- Ayuda cuando lo visten
- Utiliza sus balbuceos para atraer la atención de las personas
- Percibe las emociones de los demás hacia él
- Se está adaptando a nuevas habilidades cognitivas que le permiten socializar mejor
- Al año y medio posee un sentido fragmentario de su propia identidad

### **d) Desarrollo del Niño de 19 a 24 Meses**

#### **Desarrollo Motor**

- Comienza a experimentar otras formas de caminar: en círculo, hacia atrás etc.

- Baila, pateo la pelota con precisión, mantiene el equilibrio
- Logra pasar hasta 3 hojas de los libros de una en una
- Se lleva la cuchara a la boca
- Levanta la taza y bebe sin tirar nada
- Se desata los zapatos
- Sube varios escalones tomado de la mano
- Gira sobre su cuerpo sin caer
- Logra caminar sobre una tabla con equilibrio
- Sus manos dibujan, apilan, moldean, por lo que busca nuevos objetos en cajas y cajones
- A los 21 meses logra bajar escalones tomado de una sola mano
- Se pone en cuclillas y aguanta un rato
- Manipula la plastilina con mayor precisión
- Maneja con gran destreza los objetos pequeños
- Lanza la pelota con facilidad
- Es capaz de alinear los tubos en forma de tren
- En el mes 23 logra subir y bajar escaleras apoyado con una sola mano
- Puede doblar las hojas de papel intencionalmente, desenvolver un regalo o un dulce
- Logra finalmente quitarse la ropa él solo
- Logra manipular todo lo que desea
- A los 24 meses salta en 2 pies
- Lanza y recibe la pelota
- Sincroniza brazos y piernas al caminar
- Logra pasar de una en una las hojas de un libro
- Ensarta con precisión y es capaz de moldear un círculo en plastilina
- Se quita y pone los zapatos, mete las manos en las mangas, y puede, con dificultad ponerse las calcetas

## **Desarrollo Sensorial**

- Sus sentidos son los que están proporcionando toda la información que lo lleva al conocimiento de los objetos que manipula, y a esos nuevos espacios que ahora ocupa
- Su percepción visual ahora le permite reconocer formas, tamaños y colores; no totalmente pero percibe sus diferencias
- Su audición ahora es más desarrollada, discrimina e identifica las voces de su familia, disfruta la música y le gusta escuchar su propia voz, y los distintos sonidos que él mismo emite
- Distingue los olores cuando vienen de la cocina y sabe que ya va a ser la hora de comer
- Su sentido del tacto le permite disfrutar más las caricias de sus papás

## **Desarrollo Cognitivo**

Comienza a asociar la historia del cuento con lo que el niño ve

Pone atención a todo a su alrededor y ya puede distinguir algunos colores Ya su asimilación es total, todo lo que descubre y experimenta lo puede asimilar Identifica las cosas y objetos que hay en su espacio temporal: qué hay detrás de la puerta, los objetos dentro de los cajones; dónde están la cocina y el jardín

- Ejercita mucho su imaginación mediante juegos de simulación con muñecos o carritos
- Distingue tamaños y entiende su significado
- Distingue formas geométricas: cuadrado, círculo triángulo etc.
- Comienza a identificar colores en algunos objetos
- Comienza a identificar conceptos tales como: arriba, abajo, lleno, vacío etc. Pone más atención cuando se le cuenta un cuento Su memoria mediata e inmediata tiene mayor alcance Ahora es capaz de idear antes de actuar; si le das las llaves del carro, querrá ir, y tratar de introducir las

- Distingue la ausencia y la presencia de las personas
- Cerca de los 24 meses muestra gran destreza con los juguetes que ensambla de acuerdo a su forma geométrica
- Comienza a diferenciar entre el día y la noche, esto le permite ubicarse en el tiempo, entender el hoy, ayer y mañana
- Comienza a dejar un poco el movimiento para dedicarse a pensar.

### **Desarrollo del Lenguaje**

- Utiliza SI o NO con conocimiento
- Dice su nombre cuando se lo piden
- Su lenguaje interior es mucho más amplio que el exterior, sin embargo ha aumentado las palabras que puede pronunciar
- Utiliza mucho: ese, esa, así, dame
- Cada mes incorpora cerca de 6 a 10 palabras a su vocabulario
- No utiliza los artículos pero comienza a juntar palabras: come, pan, dame coca etc.
- Cerca del mes 22 comienza a utilizar plurales
- Comienza a hablar con más sentido y de forma más entendible
- Cerca del mes 24 aumenta a 20 palabras nuevas por mes
- Al cumplir los 24 meses, su lenguaje oral se ha incrementado en gran forma: ya logra estructuras gramaticales, utiliza los pronombres personales y posesivos: ese vaso es mío, toma tu pan
- Conoce el nombre de los animales t los dice de manera espontáneas

### **Desarrollo Socio-Afectivo**

- Distingue muy bien “lo mío” y comienza a reclamarlo, y distingue entre “tu” y “yo”
- Disfruta sus marchas constantes descubriendo objetos entre las personas

- Ya es más independiente pero llora cuando alguien se va y lo deja
- Reacciona desfavorablemente a los cambios de horario y de rutina diaria
- Los cambios de horario son como precipicios y se pone rebelde para aceptarlos
- Ha aprendido la rebeldía y a manifestar su desacuerdo, su posición más que agresiva es auto conservadora
- Su conducta es muy egocéntrica
- Es difícil de manejar; no responde ni a los regaños ni la disciplina severa
- Las palabras significan demasiado poco para él
- Al final del segundo año de vida (20 a 24 meses) comienza a tener control de sus esfínteres y puede comenzar a avisar anticipadamente.

#### **e) Desarrollo del Niño de 25 a 30Meses**

##### **Desarrollo Motor**

- En esta edad el niño presenta mayores destrezas físicas en general
- Se para en un pie momentáneamente
- Puede saltar a una altura de 20 cm. con los dos pies juntos
- Puede tomar una pelota grande con los brazos tiesos
- Mayor capacidad de respuesta de sus movimientos
- Muestra mucho interés por juegos de práctica (de movimiento) y de mayores peligros a lo largo del año
- Es capaz de equilibrar su peso momentáneamente sobre las puntas de los pies
- Puede seguir una línea recta caminando (gallo gallina)
- Camina hacia atrás con suma facilidad
- Corre con facilidad y soltura
- Puede subir tres escalones seguidos sin ayuda t bajar la escalera el solo
- Puede saltar de una altura de 12 pulgadas él solo, con los pies juntos

- Puede andar en triciclo usando los pedales con gran destreza
- Trata de tomar objetos distantes con una sola mano sin sostenerse con la otra
- Se agacha a partir de sus nalgas sin doblar ni la cintura ni el cuello
- Puede trazar un cuadrado, copiar el dibujo de un círculo y construir una torre de 9 ó 10 cubos
- Puede agarrar una pelota con los brazos extendidos
- Alimentarse por sí solo sin derramar la comida
- Con sus 2 manos puede servir agua en un vaso
- Al desvestirse puede ya quitarse los pantalones

### **Desarrollo Sensorial**

Durante esta edad los niños desarrollan importantes destrezas sensoriales que le permitirán utilizar adecuadamente cada uno de sus sentidos utilizados en las constantes exploraciones y que le dejarán importantes aprendizajes

Cada área del desarrollo se va integrando a otra, permitiendo una asimilación del medio y favoreciendo el desarrollo cognoscitivo

Tendrá mayor discriminación de la información que obtiene por medio de cada uno de sus sentidos; esto le permitirá que comience a distinguir diferentes temperaturas y comprender el sentido del tiempo. Comienza también a percibir nuevas dimensiones como el afecto y el amor

### **Desarrollo Cognitivo**

Este año es de suma importancia para su desarrollo intelectual: manipular, diferenciar, identificar, clasificar, aparear los objetos son algunas de las actividades que le permiten importantes aprendizajes

Es importante observar como el niño aprende cosas del mundo que lo rodea

En esta edad se presentan logros en tres aspectos importantes de la construcción de su pensamiento: asimilación de la información acerca de los objetos y todo lo que lo rodea mediante acciones e interacciones, las imágenes mentales de toda esa información y un avance en la expresión oral de todas esas experiencias

Su desarrollo cognoscitivo no es lineal, sino que requiere de completar una etapa para pasar a otra, él ya sabe que las cosas no desaparecen y que las personas tampoco; comienzan a generar ideas sobre las personas y las cosas.

- Su curiosidad está presente en esta edad: ¿qué es? ¿Por qué?
- El niño está transitando de la etapa sensorio/motora a la pre-operacional, por lo que comienza a ajustar sus percepciones, haciendo reajustes y asimilando conocimientos nuevos
- Logrará concretar ideas y posteriormente relacionando unas ideas con otras

### **Desarrollo del Lenguaje**

Este es un período sumamente sensible para la comunicación verbal, pues el niño comienza a incorporar este aspecto a sus juegos y acciones: el juego mismo se convierte en palabras

- Toda esa experiencia el niño la asimila, la internaliza y enriquece la semántica de su lenguaje
- Escuchando, imitando e interiorizando el niño avanza en la adquisición de su lenguaje
- Responde pequeñas preguntas
- Da un nombre a los miembros de la familia; tata, dada etc.
- Entiende muchas cosas que se le dicen
- Le gusta jugar con el teléfono e imita los diálogos

- A los 18 meses pronuncia
- Utiliza SÍ o NO con conocimiento
- Dice su nombre cuando se lo piden
- Su lenguaje interior es mucho más amplio que el exterior, sin embargo ha aumentado las palabras que puede pronunciar
- Utiliza mucho: ese, esa, así, dame
- Cada mes incorpora cerca de 6 a 10 palabras a su vocabulario
- El lenguaje y el desarrollo cognoscitivo están muy vinculados en esta etapa del desarrollo

### **Desarrollo Socio-Afectivo**

- Percibe a su madre de forma diferente, ya que se ha vuelto más independiente; pero aún ella forma parte de sí mismo
- Aunque tenga la compañía de otros niños, sigue jugando en solitario
- Su necesidad de concentración para ir desarrollando habilidades como el lenguaje y explorando su entorno, no le permiten ser muy sociable
- Continúa siendo muy reservado con los extraños, no es fácil de persuadir y obedece a sus propias iniciativas
- Ayuda a vestirse y a desvestirse, se quita solo los calcetines y los zapatos que no tengan cintas, pues no se las puede desatar, y comienza a interesarse por abotonarse y desabotonarse la ropa
- En esta edad, el juego es un aspecto de primordial importancia para el adecuado desarrollo socio-afectivo del niño
- Mediante el juego, el niño podrá interactuar con su ambiente permanentemente
- También mediante el juego, el niño expresará sus sentimientos y sus conflictos

- A través del juego, el niño retoma su ambiente inmediato, lo recrea y lo transforma
- Es vital la importancia del juego, ya que tiene una importante labor social al propiciar la convivencia y la interacción entre humanos
- El juego ayudará al niño a adquirir confianza y seguridad en sí mismo
- Esta es una edad determinante para desarrollar la capacidad afectiva, el cariño por los demás, el cariño y la gratitud
- Recuerda que todas y cada una de tus actitudes serán percibidas e imitadas por el niño, por lo que es conveniente revisar a fondo lo que cada adulto proyecta
- Mediante el juego el niño aprenderá a ganar y perder, aceptando y aprendiendo que no siempre se gana
- El niño será capaz de demostrar sus sentimientos en forma más abierta y reconocer los sentimientos de los otros
- Mediante el juego aprenderá que existen reglas en la vida, y que él al igual que todos, deberá cumplirlas
- El juego es el campo de acción mediante el cual el niño aprenderá a dirigir y controlar su conducta

#### **2.4.6.4. Test para Evaluar el Desarrollo del Niño/a**

- Test de Aldrich y Norval para los 12 primeros meses de edad.
- Test de Barrera – Moncada para los niños de 12-60 meses de edad.
- Test de Denver- Durante los primeros 6 años.

##### **a) Test de Aldrich y Norval**

Es deber ineludible del personal de salud, evaluar periódicamente el desarrollo sicomotor que manifieste un niño/a, muy especialmente en los dos primeros años de vida. El crecimiento y el desarrollo sicomotor no se manifiestan en forma

independiente, sino que representan una continuidad de interrelaciones entre el potencial genético por una parte, y el medio ambiente por otra. Sin lugar a dudas, la evaluación del desarrollo sicomotor es una actividad importante, al igual que la evaluación del crecimiento físico y son parte integrante de la atención de todo niño/a pues una y otra se complementan.

Es un test que se utiliza en la valoración del desarrollo psicomotriz de los niños de 0 a 12 meses de edad, comprende los siguientes parámetros.

- Sonríe
- Vocaliza
- Controla la cabeza
- Controla la mano
- Se rueda
- Se sienta solo
- Gatea
- Prensa
- Pie con ayuda
- Camina con ayuda
- Pie solo
- Camina solo

Para la evaluación se aplican los siguientes test:

#### **b) Test de Barrera Moncada**

Es un test que se utiliza en la valoración del desarrollo psicomotriz de los niños de 12 a 60 meses de edad, comprende los siguientes parámetros.

- Bebe bien de taza o vaso

- Vocaliza más de cinco palabras
- Salta de dos pies
- Se lava y seca las manos
- Dice su nombre completo
- Copia un círculo
- Se balancea en un solo pie más de cinco segundos
- Controla esfínteres
- Copia bien un cuadro
- Reconoce 4 colores básicos
- Retrocede colocando un pie detrás del otro
- Reconoce el material de cuchara, puerta, zapato.

### **C) Testde Denver**

Proporciona información eficaz sobre el desarrollo de la psicomotricidad del niño durante los primeros 6 años de vida. El Test de Denver es una herramienta para valorar el estado de evolución del niño en cuatro categorías principales.

- Desarrollo motor o postural: que hace referencia cuestiones de coordinación corporal y movilidad.
- Desarrollo manual: habilidades que requieren capacidad de concentración, coordinación y destreza.
- Contacto con el entorno: su evolución en cuanto a sociabilidad
- Desarrollo del lenguaje: su evolución y adquisición.

Materiales para realizar Test de Denver: Una caja de canicas, Una madeja lana de color rojo, sonajero estrecho con asa estrecha, un frasco de aluminio con tapa o con rosca, una campana, unas pelota de tenis, 8 cubos de 23 mm y un lápiz.

El test de Denver no es un test de inteligencia, es una herramienta para recabar datos para observar si el desarrollo de un niño está dentro de los límites normales acordes a su edad. El psicólogo que realiza el test explicará a los padres y al niño que el Test de Denver es una forma de obtener datos de la evolución del niño. Que no se espera el niño realice “perfecto” todos los ejercicios del test. Es necesario estar en contacto con algún pariente que conozca al niño. Siempre que sea posible se usará la observación directa.

#### **2.4.6. Salud Materno Infantil**

UNICEF informó que en el Ecuador, un niño o niña que nacen en la provincia de Chimborazo tienen menos de la mitad de posibilidades de sobrevivir que si hubieran nacido en la provincia de Guayas. Esta fecha se conmemora bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, INNFA, municipios OMS, OPS, UNFPA y demás instituciones del sector salud.

A pesar de una tendencia sostenida en reducir la mortalidad infantil, en el Ecuador cada día mueren al menos 12 niños y niñas que aún no han cumplido un año, la mayoría por causas prevenibles. Más de la mitad ni siquiera llegan a cumplir un mes de vida, señala UNICEF.

#### **Control del Niño Sano**

La niñez es una época de crecimiento y cambios rápidos. Usted realizará controles pediátricos de niños sanos con mayor frecuencia cuando el niño se esté desarrollando más rápidamente.

Cada consulta incluye un examen físico completo. En este examen, el médico verifica el crecimiento y desarrollo del bebé o del niño pequeño y trata de encontrar problemas a tiempo.

El médico registrará el peso, la estatura y otra información importante. Asimismo, la audición, la visión y otros exámenes serán parte de algunas consultas o controles. La atención preventiva es importante para mantener sanos a los niños.

Las consultas o controles del niño sano son momentos claves para la comunicación. Espere recibir información sobre el desarrollo normal, nutrición, sueño, seguridad, enfermedades infecciosas que "están rondando" y otros temas importantes.

Se presta atención especial a si el niño está cumpliendo con las pautas del desarrollo normal. La estatura, el peso y el perímetro cefálico se registran en una curva de crecimiento que el médico llevará junto con la historia clínica del niño. Esto puede ser un buen punto de partida para la conversación acerca de la salud del niño.

#### **2.4.8 Salud Pública**

Es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población para entender mejor tenemos que desglosar los términos utilizados en ella, como son, «salud» y «población la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad.

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, aprobada por los Estados Miembros de la OMS y la Junta Ejecutiva del UNICEF en 2009, tiene como objetivo proteger, fomentar y apoyar la alimentación adecuada del lactante y del niño pequeño. La Estrategia constituye el marco con el que la OMS prioriza la labor de investigación y desarrollo en materia de alimentación del lactante y del niño pequeño y proporciona apoyo técnico a los países para facilitar su aplicación.

Con el objetivo de capacitar al personal sanitario para prestar apoyo a las madres lactantes y ayudarlas a superar problemas, la OMS y el UNICEF han creado un curso de 40 horas de asesoramiento sobre la lactancia materna y, más recientemente, otro de

5 días sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño. Las técnicas básicas de apoyo a la lactancia materna también forman parte del curso de formación del personal sanitario en materia de atención integrada a las enfermedades de la infancia. En 2010, la OMS publicó una revisión de las directrices sobre la alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH. Al mismo tiempo se publicaron nuevas recomendaciones sobre el tratamiento antirretrovírico para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH. En su conjunto, esas recomendaciones proporcionan a los países orientaciones simples, coherentes y viables para fomentar y apoyar una mejora de la alimentación de los lactantes cuyas madres están infectadas por el VIH.

#### **a) Programas Nutricionales del Ministerio de Salud**

(SISVAN), Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PIM), y Programa de Educación Alimentaria, Nutricional (PEAN); los que conforman el Sistema Integrado de Vigilancia Alimentaria Nutricional

#### **2.4.6.7. Programas del Ministerio de Salud Pública**

##### **•Programa de Tamizaje Neonatal:**

Tiene como objetivo la prevención de discapacidades asociadas a cuatro enfermedades: Hipotiroidismo Congénito, Fenilcetonuria, Galactosemia e Hiperplasia Suprarrenal congénita.

La prueba gratuita se la efectuará en todas la unidades de salud pública del Ecuador y consiste en la toma de una muestra de sangre obtenida del talón derecho de los niños/as al cuarto día de nacidos. (VICEPRESIDENCIA.GOB.EC 2011)

El Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Discapacidades Rehabilitación y Cuidado Especial en Salud y con el impulso de la Vicepresidencia de la República, realiza en todas las unidades de salud la detección en recién nacidos de cuatro errores del metabolismo, causantes de discapacidad y muerte precoz; mediante el Programa Nacional de Tamizaje Neonatal: “Con pie derecho, la huella del futuro”; garantizando, además, el tratamiento y seguimiento de los casos que resulten positivos.

Bastan cuatro gotas de sangre tomadas del talón de un recién nacido, al 4to día de vida, para determinar si va a desarrollar cualquiera de esas enfermedades de origen genético y metabólico. Lo más importante es que el resultado de esta prueba, en el caso de marcar positivo, permite iniciar inmediatamente el tratamiento que eliminará el riesgo de que las facultades físicas o intelectuales del pequeño o pequeña se vean afectadas.

Este 3 de diciembre 2011, en la ciudad de Cuenca se llevó a cabo un acto de conmemoración del primer año del programa; el cual “hace la diferencia entre una vida sana y una vida con discapacidad”, en palabras de la Dra. Nilda Villacrés, Viceministra de Salud Integral durante el evento.

El programa inició en diciembre del 2011 y hasta la fecha se han realizado aproximadamente 190.000 muestras a niños y niñas a nivel nacional, de los cuales se ha detectado 50 casos positivos, que están recibiendo atención integral y medicación gratuita.

De esta manera el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud, garantiza un futuro saludable para los nuevos ciudadanos, realizando acciones concretas para la prevención de discapacidades.

### **•Acción Nutrición Hacia la Desnutrición Cero:**

A partir del año 2009, se inicia el diseño de la Intervención Nutricional Territorial Integral –INTI- ahora Acción Nutrición, que implica una respuesta articulada desde los Ministerios de Sector Social: Salud, Inclusión Económica y Social, Educación, Agricultura y Vivienda; con el objetivo de mejorar la situación de salud y nutrición de la población, con énfasis en niños y niñas menores de cinco años, mediante intervenciones de varios sectores articuladas que modifiquen los factores determinantes de la malnutrición. Desde el punto de vista nutricional, las carencias más importantes en los niños con desnutrición crónica son de proteínas, hierro, vitamina A y zinc. La anemia por carencia de hierro en la alimentación de la población ecuatoriana bordea el 60% en menores de dos años y 44% en mujeres entre 15 y 49 años.

Por ello, la Estrategia interviene en 27 cantones con la más alta tasa de desnutrición crónica infantil, localizados principalmente en las zonas rurales indígenas de la sierra en las provincias de Chimborazo, Bolívar, Cotopaxi, Cañar, Tungurahua e Imbabura. Además, de Manabí, en la Costa, y las ciudades de Quito, Manta y Guayaquil.

Las metas centrales son las de erradicar la desnutrición crónica en niños y niñas y la anemia en menores de un año hasta el 2015; y reducir en un 50% la prevalencia de anemia en niños y niñas menores de cinco años hasta el 2013, en la población intervenida.

El problema nutricional más significativo en Ecuador es la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años.

A escala nacional, 22 de cada 100 niños en estas edades sufren desnutrición crónica.

En provincias como Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi las tasas de desnutrición crónica bordean el 50%. En estas provincias, se concentran además altos índices de pobreza extrema y son las provincias con mayor proporción de población indígena.

El programa Desnutrición Cero tiene como propósito atender a mujeres embarazadas y niños con edad menor a un año, para reducir la desnutrición y la anemia. Además, entregará un incentivo económico en 303 parroquias de 20 provincias del Ecuador (RADIOSUCRE.COM DEL 2011 10: 50).

#### •**Maternidad Gratuita:**

Este programa pretende el acceso a la salud, mediante el financiamiento de los gastos médicos, micronutrientes, insumos médicos y de laboratorios, en todas las unidades de Salud Pública del País para prestaciones de salud sexual y reproductiva sin costo para los usuarios la misma que está vigente desde el 2002.20 (MSP.2012. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia)

Los Comités de Usuarías se crean con el fin de capacitar a las mujeres de las diferentes comunidades a nivel nacional, en temas de atención en maternidad y atención en infancia para reducir así la mortalidad materna e infantil por falta de acceso a las unidades de salud. Además se fomenta los derechos de las mujeres a una buena atención, educación para mejorar sus condiciones de vida.

El derecho a la salud es de todos, el Ministerio de Salud Pública a través del Programa Maternidad gratuita y atención a la infancia, busca mejorar la atención en los centros, sub centros de salud y hospitales a las mujeres que están en periodo de gestación y a los niños y niñas menores a cinco años.

La Ley Maternidad gratuita y atención a la infancia de es un aporte para superar la barrera económica de acceso a la salud al financiar los gastos por medicamentos, micronutrientes vitaminas, insumos médicos y de laboratorio, sangre y sus componentes, para prestaciones de salud sexual y reproductiva y de salud infantil sin costo para los usuarios en todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública del país.

### •Programa Ampliado de Inmunizaciones

Este programa está en cargado de prevenir y erradicar las enfermedades prevalentes en la infancia.

El Programa Nacional de Enfermedades Inmuno Prevenibles y PAI, también conocido como. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), es un programa del Ministerio de Salud Pública Bienestar Social del Paraguay (MSP), que tiene a su cargo la Rectoría de todos los aspectos relacionados a la vacunación e inmunización de la población paraguaya, conforme a la Ley 2310/03.

De acuerdo a dicha Ley, es responsabilidad del Estado paraguayo, a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones, la protección adecuada de la población contra enfermedades inmunoprevenibles, para lo cual se garantiza la adquisición y provisión gratuita y efectiva de las vacunas que forman parte del esquema regular de vacunación y de aquellas recomendadas por la OPS/OMS.

Para cumplir con este compromiso, el Programa Ampliado de Inmunizaciones desarrolla los siguientes componentes:

- Planificación, programación y presupuesto
- Abogacía, organización y coordinación institucional e intersectorial
- Capacitación

- Adquisición y suministro de vacunas, jeringas e insumos
- Cadena de frío y vacunación segura
- Sistema de Información
- Vigilancia epidemiológica
- Promoción y comunicación social
- Supervisión
- Monitoreo y evaluación
- Investigación
- Introducción de nuevas vacunas

### •Aliméntate Ecuador

El programa del niño sano tiene como propósito apoyar un desarrollo integral adecuado y ayudar a la formación de hábitos saludables.

Las actividades comprendidas en este programa son:

- Control del desarrollo psicomotor
- Estado nutricional
- Obesidad
- Registro y consejería de inmunizaciones PAI

El Gobierno ecuatoriano está realizando esfuerzos para mejorar la Seguridad Alimentaria y Nutricional de las poblaciones socialmente excluidas, tratando de optimizar la accesibilidad de la población pobre a los programas sociales de ayuda alimentaria; así como también impulsar la creación de un seguro agroalimentario para cubrir la producción de afectados por desastres naturales, plagas, siniestros, cambio climático, entre otros.

La Ley de Soberanía Alimentaria del Ecuador, aprobada por la Comisión Legislativa el 17 de febrero de 2009, determina como política de Estado y acción prioritaria del Gobierno Nacional a la Seguridad Alimentaria y Nutricional comprendida como “un

derecho humano que garantiza la capacidad de abastecimiento con garantía de acceso físico y económico de todos los habitantes a alimentos sanos, nutritivos, suficientes, inocuos, de buena calidad y concordantes con la cultura, preferencias y costumbres de la población, para una vida sana y activa”.

Además, establece el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional del que forman parte todos los programas que implementen o manejen las instituciones del Estado, y en el que participan un conjunto de instituciones y organizaciones públicas, privadas y comunitarias. Estas actuarán conjuntamente con el propósito de coordinar esfuerzos, impulsar acciones y canalizar recursos, para que las actividades relacionadas con la producción, distribución, disponibilidad, estabilidad del suministro, acceso y consumo de alimentos para la población ecuatoriana, se realice de manera coordinada y adecuada en los niveles: nacional, provincial, cantonal, parroquial y comunitario; e incorporen el enfoque intercultural y de género.

### **Rol de la Enfermera**

- La Enfermera desempeña un papel muy importante ya que Promueve, protege, mantiene y restaura la salud en la comunidad.
- Realizar acciones encaminadas a mantener la vigilancia en salud y control de enfermedades infecciosas a la población. (OPS. PLAN ESTRATÉGICO DEL GRUPO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA)

### **2.5.- Hipótesis**

“Ser madre adolescente tiene relación con la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en el Hospital Básico Pelileo del Área N.5 del Ministerio de Salud Pública, de la Provincia de Tungurahua, del Cantón Pelileo, periodo 23 de Junio a 23 de Noviembre del 2012.

## **2. 6.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES**

### **2.6.1.-Variable Independiente:**

- Madre Adolescente

### **2.6.2.-Variable Dependiente:**

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

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1.-ENFOQUE**

La presente investigación tendrá un enfoque predominante 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 aceptadas en una acción conjunta participativa interactuando con la madre y su hijo dentro del contexto en el que se desenvuelven.

#### **3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Se trabajará con una modalidad mixta tanto de campo como bibliográfica, pues se investigarán a los hijos de madres adolescentes en su entorno, pudiendo observar la realidad de situación, sus condiciones de vida y de manera especial se identificarán las alteraciones que pudieran estar presentado 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 de la Organización Mundial de la Salud y que son utilizados por el M.S.P para valorar a los niños. Para la realización de esta investigación se revisarán los programas y políticas de salud dirigidos hacia esta población, que están siendo utilizados en las áreas de trabajo.

### **3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación partirá de un nivel exploratorio el cual permitirá ubicar de manera correcta la situación objeto para continuar en el nivel descriptivo en el que comparará las diferentes problemáticas que se presenten en el estudio y finalmente se utilizara la asociación de variables que busca identificar si la presencia de alteraciones o patologías en el desarrollo y crecimiento del niño tienen relación con el embarazo ocurrido en la adolescencia. Este tipo de investigación permite evaluar las variaciones de comportamiento de una variable en función de la otra.

La investigación será también de tipo:

- Transversal en cuanto se realizara en un espacio de tiempo limitado.
- Retrospectiva en cuantos se estudiará a los hijos de madres adolescentes nacidos desde Junio 2012 a Noviembre del 2012, período en el cual los niños tendrán edades comprendidas entre 0 meses a 2 años 6 meses de edad.

### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

Para realizar el trabajo investigativo la población está constituida por 30 madres adolescentes encuestadas y un total de 30 hijos nacidos, de 0 meses a 2 años 6 meses de edad, que ingresaron durante los meses de Junio del 2012 a Noviembre del 2012 al Hospital Básico Pelileo de la Provincia de Tungurahua, y fueron identificados gracias a los datos estadísticos obtenidos en el Hospital Básico Pelileo.

### 3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Tabla N·1.Variable Independiente: Madre Adolescente**

**Fuente:** Problemática relacionado al tema de investigación.

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas	Instrumentos
Madre Adolescente: Se llama madre adolescente a quien ha tenido un embarazo entre los 10 a 19 años de edad.	Madre	Maternidad Características socio-demográficas y Controles Pre-natales	¿Qué características socio-demográficas y controles Prenatales (edad, estado civil, nivel económico, nivel educativo, ocupación) etc., presentan las madres adolescentes?	Encuesta	Cuestionario
	Adolescencia	Cambios físicos y psicosociales  Adolescencia Temprana: de 10 – 13 años Adolescencia Media: de 14 – 16 años Adolescencia Tardía: de 17 – 19 años	¿Cuántas Adolescentes Embarazadas existen en el sector investigado entre las edades comprendidas en : a) 10 – 13 años. b) 14 – 16 años. c) 17 – 19 años.	Observación de la Historia Clínica del Hospital Básico Pelileo.  Formularios N°..... .....	Guía de observación

**Elaborado por: Marcia Dalila Perrazo Villegas**

**Tabla N.2.Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del Niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.**

**Fuente:** Problemática relacionado al tema de investigación.

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas	Instrumentos
Proceso continuo que incluye cambios tanto físicos como del desarrollo psicomotriz del niño	<p>Procesos continuos</p> <p>Cambios físicos</p> <p>Desarrollo psicomotriz</p>	<p>Controles médicos</p> <p>Esquema de vacunación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Talla</li> <li>▪ Perímetro Cefálico</li> </ul> <p>Desarrollo desde 0 meses hasta los 2 años 6 meses</p>	<p>APGAR</p> <p>Frecuencia e controles médicos</p> <p>Alimentación</p> <p>Esquema de vacunación</p> <p>¿Cuáles son los parámetros antropométricos de los hijos de madres adolescentes?</p> <p>¿El desarrollo motriz, social y del lenguaje los niños está acorde para su edad?</p>	<p>Observación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de Barrera Moncada.</li> <li>• Test de Aldrich y Norval</li> <li>• Test de Denver</li> </ul>	<p>Registro en las Historias Clínicas</p> <p>Cuaderno de notas</p> <p>Carnet de salud de los niños/as.</p> <p>Registro de los test.</p>

Elaborado por: Marcia Dalila Perrazo Villegas

### **3.6.-RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La observación es uno de los métodos estadísticos que permite al investigador obtener información real y objetiva sobre el caso en estudio, por tal motivo se aplicó esta técnica para determinar el aspecto, la salud y las condiciones en las que se desarrolla el niño y la madre. Así también se utilizó como instrumento: las historias clínicas y el carnet de salud de los niños con la finalidad de obtener datos relevantes sobre medidas antropométricas y la evolución de su crecimiento y desarrollo.

Se utilizará el formulario de encuesta, la cual por medio del cuestionario se recolecta información sobre el embarazo, patologías pre y posnatales, lactancia materna, alimentación complementaria, vacunas, entre otros. Para valorar el desarrollo de los niños se utilizó los test de Aldrich y Norval, Barrera-Moncada que se encontrarán en las historias clínicas de los niños.

El proceso de recolección tuvo las siguientes etapas:

- Localización de la población
- Aplicación de los instrumentos
- Limpieza de la información

### **3.7.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Después de haber aplicado las encuestas a las madres adolescentes que acuden al Hospital Básico Pelileo, se tabula los datos y se realizará cuadros y gráficos de los diferentes aspectos que se investiga, para de este modo obtener las conclusiones que llevan a verificar o rechazar la hipótesis planteada.

### **3.8.- CRITERIOS ÉTICOS**

Uno de los propósitos para efectuar una investigación es resolver un determinado problema o buscar una solución a la hipótesis planteada. Por este motivo el investigador como parte integral del equipo de salud debe comunicar al personal

del Hospital Básico Pelileo sobre el trabajo que se encuentra ejecutando. Además de informar a las madres adolescentes que acuden a dicho establecimiento, que los datos obtenidos en este proceso será únicamente y exclusivamente utilizado para mejorar sus condiciones de vida y las de sus hijos respetando siempre las decisiones que ellas tomen. Con esto se logra obtener información real y veraz.

## **CAPÍTULO IV**

### **4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

En este capítulo se procederá a analizar los datos recolectados en las encuestas realizadas a las madres adolescentes con la finalidad de interpretar la información sobre el grado de escolaridad, número de hijos, número de controles prenatales entre otras, para e identificar el aspecto y salud general del niño, si estos influyen o causan alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños, es decir se busca identificar la relación entre la variable dependiente e independiente.

#### **4.1.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA MADRE ADOLESCENTE**

El objetivo principal de la investigación es “Establecer la relación que existe entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad”. Para el cumplimiento como primer paso se realizó una revisión del número de madres adolescentes en los registros de las Historias Clínicas de este grupo en particular del Hospital Básico Pelileo en base a ello se obtuvo los siguientes resultados:

La incidencia correspondió a 30 madres adolescentes que se atienden en el Hospital Básico Pelileo.

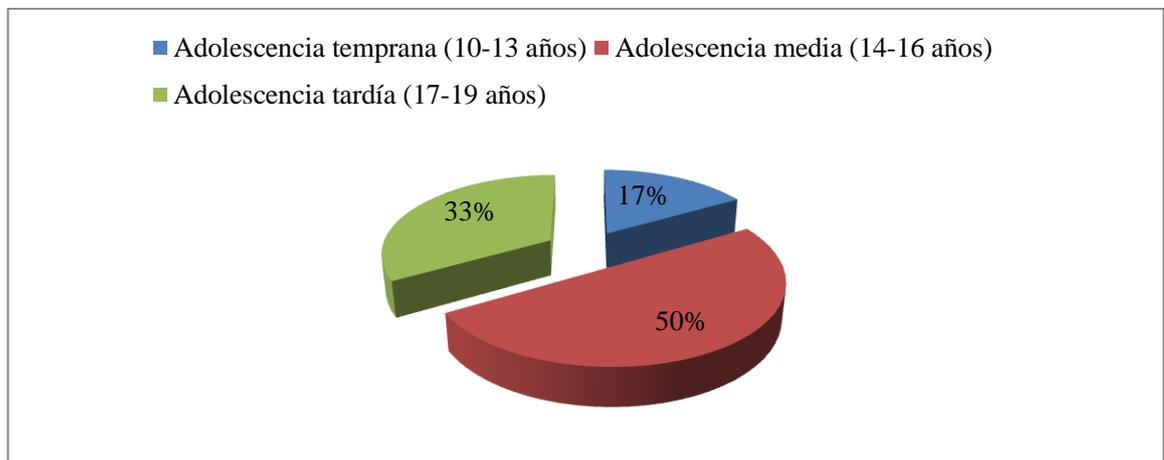
**TABLA N• 1**  
**INCIDENCIA DE MADRES ADOLESCENTES POR GRUPO ETARIO**  
**HOSPITAL BÁSICO PELILEO**

Grupo Etario (años)	Frecuencia	Porcentaje
Adolescencia temprana (10-13 años)	5	17%
Adolescencia media (14-16 años)	15	50%
Adolescencia tardía (17-19 años)	10	33%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N• 1**  
**INCIDENCIA DE MADRES ADOLESCENTES POR GRUPO ETARIO**  
**HOSPITAL BÁSICO PELILEO**



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 30 madres adolescentes encuestadas se evidencia que el 50% de ellas están en edad de (14-16 años), mientras que el 33% se encuentra en la edad de (17-19 años), y tan solo un 17% en una adolescencia temprana de (10—13 años). Por lo cual la incidencia de un embarazo precoz en la adolescencia media, en el Hospital Básico Pelileo se debe al desconocimiento de las adolescentes sobre métodos de planificación familiar, reflejando consecuencias negativas a corto y largo plazo, como parto prematuros, infecciones, anemia, posibilidad de tener un hijo con bajo peso al nacer porque las adolescentes no han alcanzado su completo desarrollo físico y emocional.

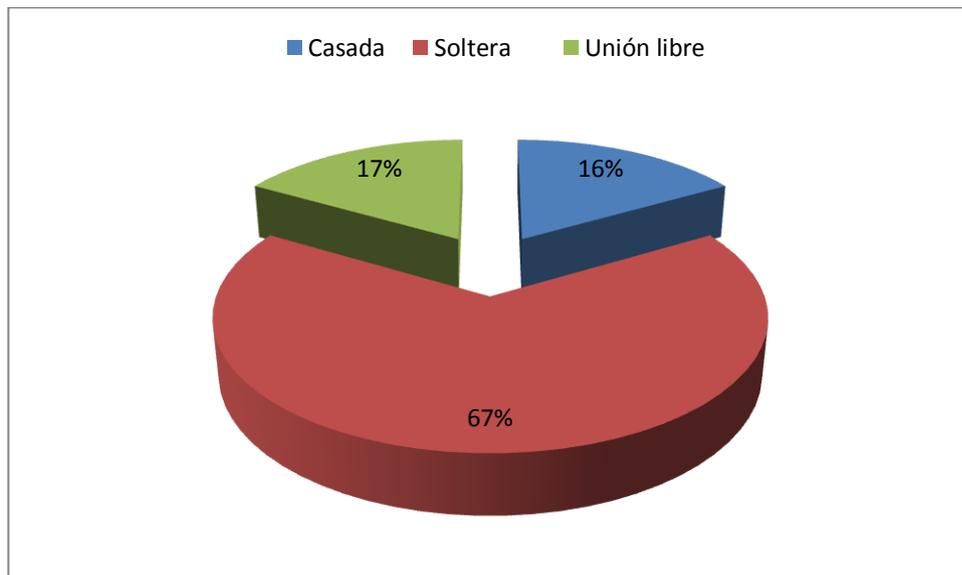
**TABLA N• 2**  
**ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL**  
**HOSPITAL BÁSICO PELILEO**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	5	16%
Soltera	20	67%
Unión libre	5	17%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N• 2**  
**ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL**  
**HOSPITAL BÁSICO PELILEO**



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 30 madres adolescentes encuestadas se pudo evidenciar que el 67% son de estado civil solteras, mientras el 16% son casadas, al igual que viven en unión libre en un 17%. En el Hospital Básico Pelileo existe un alto porcentaje de madres adolescentes solteras, lo cual conlleva a una situación difícil para la adolescente ya que no se encuentra preparada para enfrentar su nueva etapa de vida.

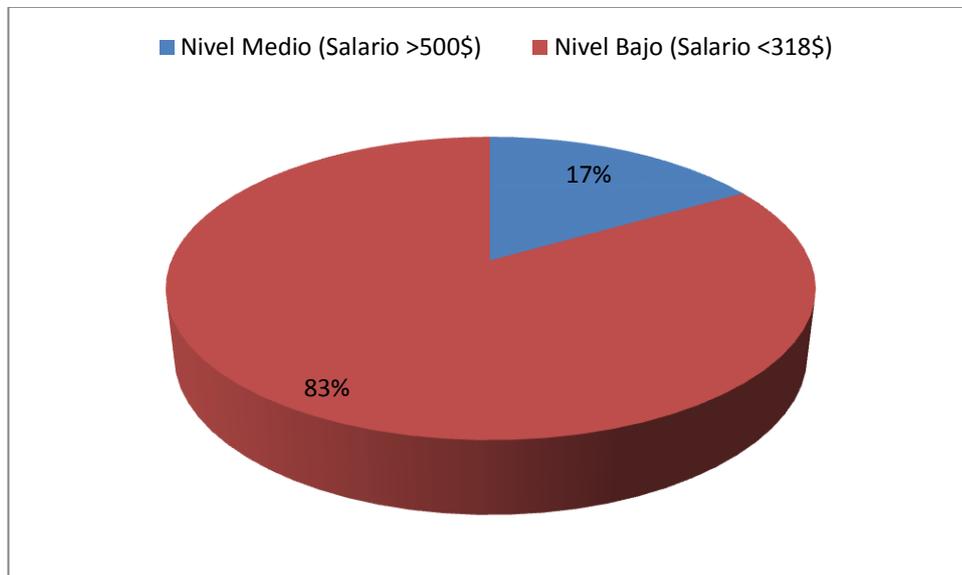
**TABLA N° 3**  
**NIVEL ECONÓMICO DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE**  
**ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**

Situación Económica	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Medio (Salario >500\$)	5	17%
Nivel Bajo (Salario <318\$)	25	83%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

Elaborado: Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N° 3**  
**NIVEL ECONÓMICO DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE**  
**ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 30 madres adolescentes encuestadas con respecto al nivel económico el 83% corresponde a un nivel económico bajo, mientras que en un 17% poseen un nivel económico medio. Evidenciándose en el Hospital Básico Pelileo, que la mayor parte de adolescentes se encuentran en un bajo nivel económico, lo cual no les permite acceder a la canasta básica.

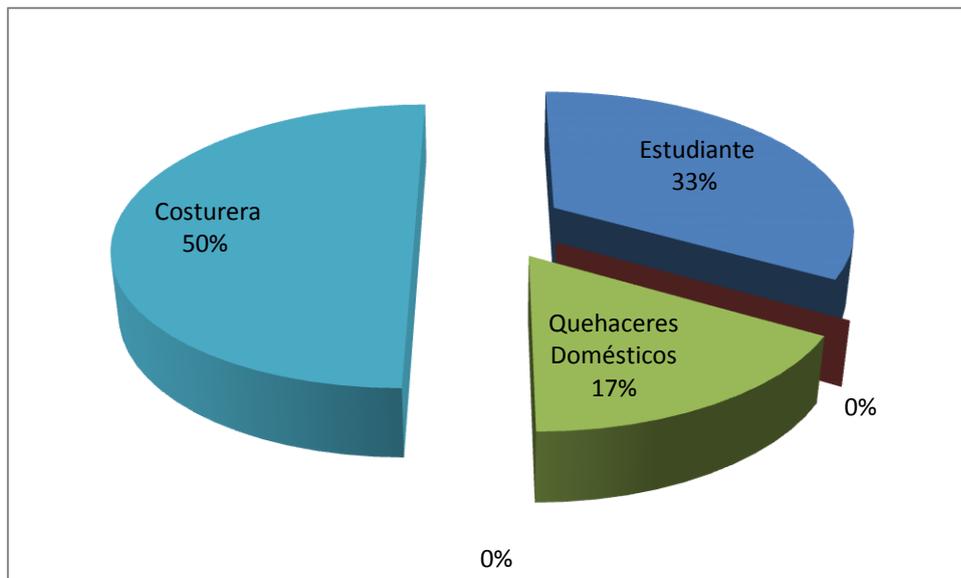
**TABLA N• 4**  
**OCUPACIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL**  
**HOSPITAL BÁSICO PELILEO**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	10	33%
Quehaceres Domésticos	5	17%
Costurera	15	50%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N• 4**



### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

De las 30 madres adolescentes encuestadas, con respecto a la ocupación es notorio que el 50% se dedican a la confección del Jeans, mientras el 33% de ellas están estudiando, al igual que un menor porcentaje del 17% de ellas se dedican a los quehaceres domésticos, cabe recalcar que el 50% de las madres adolescentes van a depender de sus familiares, y abandonan sus estudios.

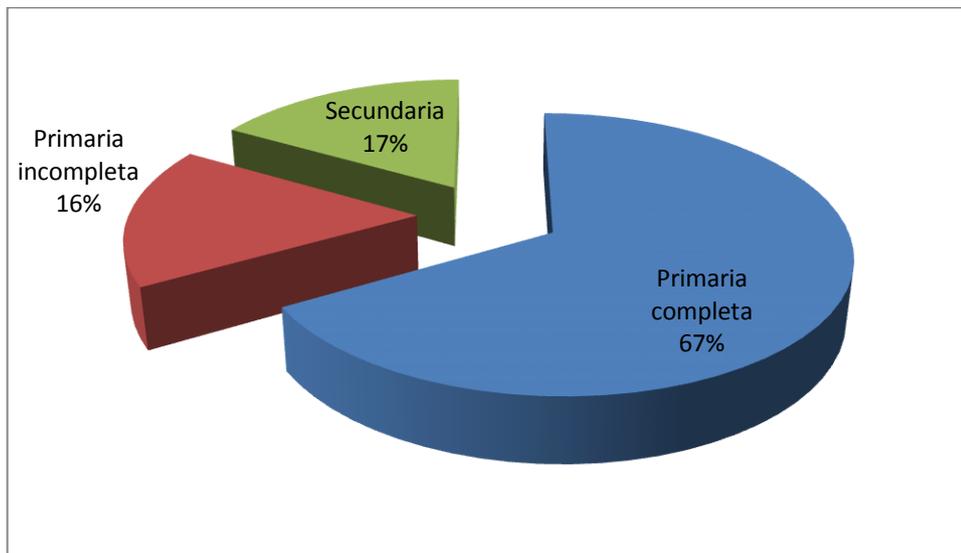
**TABLA N• 5**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE**  
**ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**

Nivel de Educación	Frecuencia	Porcentaje
<b>Primaria completa</b>	<b>20</b>	<b>67%</b>
<b>Primaria incompleta</b>	<b>5</b>	<b>16%</b>
<b>Secundaria</b>	<b>5</b>	<b>17%</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N• 5**  
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE**  
**ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**



**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

De las 30 madres adolescentes encuestadas se puede evidenciar que el 67% tiene un nivel de educación primaria completa, mientras que en un 16% de madres adolescentes tienen una educación primaria incompleta, al igual un 17% tienen la secundaria. El nivel de educación de las adolescentes es incompleto, ya que muchas de ellas han tenido que abandonar tempranamente sus estudios debido a la difícil situación económica en sus hogares.

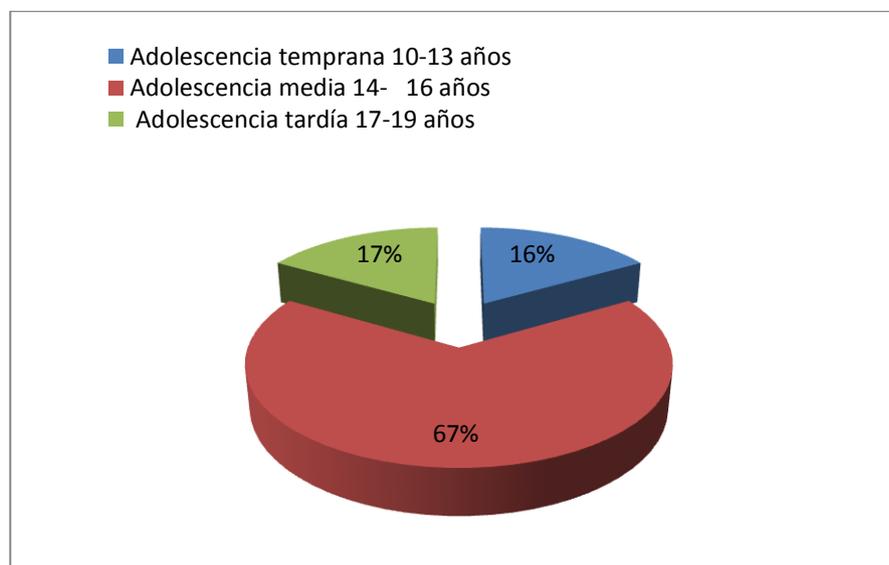
**TABLA N• 6**  
**EDAD DE SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL DE LAS MADRES**  
**ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**

Edad de la primera relación sexual	Frecuencia	Porcentaje
Adolescencia temprana 10-13 años	5	16%
Adolescencia media 14-16 años	20	67%
Adolescencia tardía 17-19 años	5	17%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N• 6**  
**EDAD DE SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL DE LAS MADRES**  
**ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**



**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

De las 30 madres adolescentes encuestadas tras clasificar la respuestas se pudo apreciar que el 67% tuvieron su primera relación sexual encontrándose en una edad de (14-16 años) correspondiendo a una adolescencia medía, mientras que en un 17% lo tienen en la adolescencia tardía de (17-19 años), y en un menor porcentaje del 16% tienen relaciones a temprana edad de (10-13 años). Evidenciándose así un alto porcentaje de adolescentes que inician su actividad sexual sin responsabilidad.

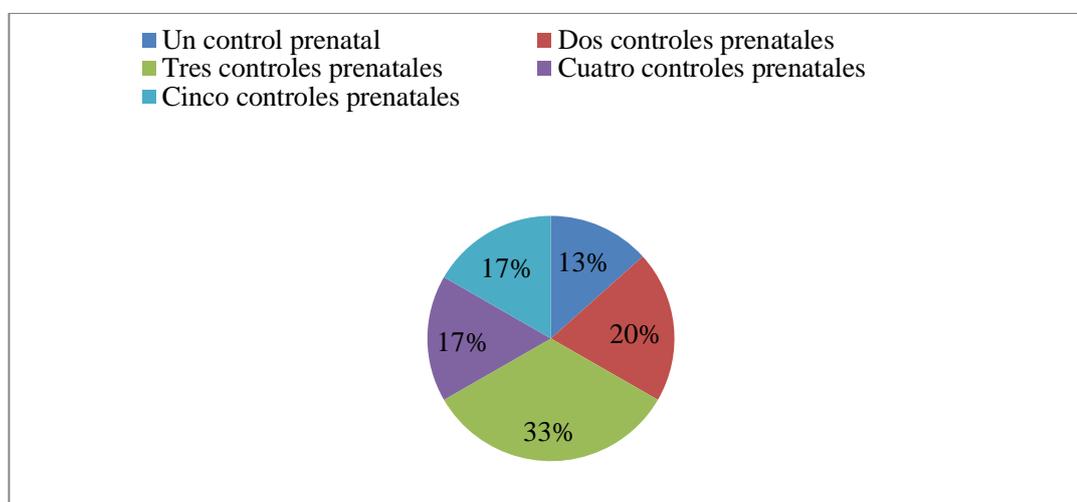
**TABLA N• 7**  
**NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS MADRES**  
**ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**

Número de controles prenatales	Frecuencia	Porcentaje
Un control prenatal	4	13%
Dos controles prenatales	6	20%
Tres controles prenatales	10	33%
Cuatro controles prenatales	5	17%
Cinco controles prenatales	5	17%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N• 7**  
**NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS MADRES**  
**ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 30 madres adolescentes encuestadas, el 33% acuden a los tres controles prenatales, mientras el 20% de ellas acuden a dos controles, y en un menor porcentaje que corresponde al 17% acuden a los 4 y 5 controles prenatal y en un menor porcentaje que corresponde al 13% van a un solo control prenatal durante su embarazo en el Hospital Básico Pelileo lo que se evidencia que presentan un control deficiente ya que varias de ellas no lo hacen por problemas en la parte emocional influyendo en el crecimiento y desarrollo del niño.

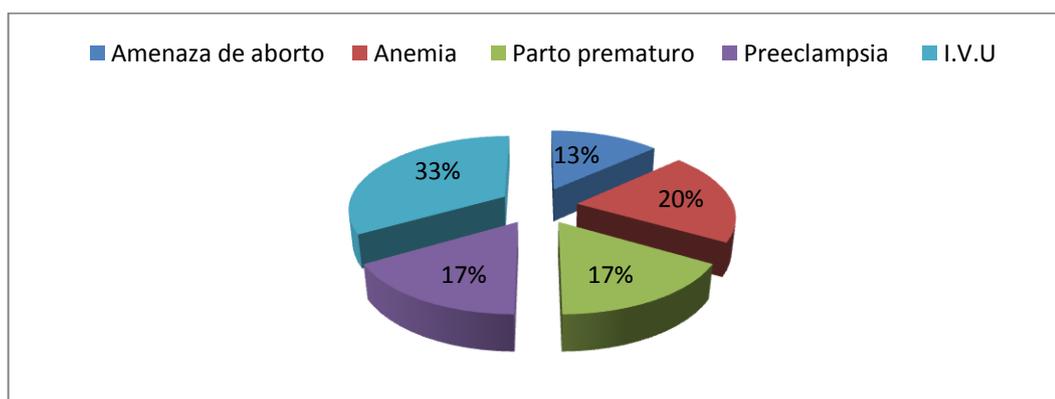
**TABLA N° 8**  
**COMPLICACIONES QUE PRESENTARON DURANTE SU EMBARAZO**  
**LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO**  
**PELILEO**

Complicaciones en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Amenaza de aborto	4	13%
Anemia	6	20%
Parto prematuro	5	17%
Preeclampsia	5	17%
I.V.U	10	33%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N° 8**  
**COMPLICACIONES QUE PRESENTARON DURANTE SU EMBARAZO**  
**LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO**  
**PELILEO**



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 30 madres adolescentes encuestadas, con respecto a las complicaciones prenatales que ellas tuvieron, se observa que el 33% de las madres adolescentes presentaron Infecciones de Vías Urinarias, mientras que el 20% presentaron anemia y el 17% preeclampsia y parto prematuro y un mínimo porcentaje que es el 13% presentaron amenaza de aborto. En el Hospital Básico Pelileo las adolescentes en su mayor parte presentaron infección de vías urinarias ya que son muy frecuentes en el embarazo al igual que las otras complicaciones debido a los cambios fisiológicos en las adolescentes.

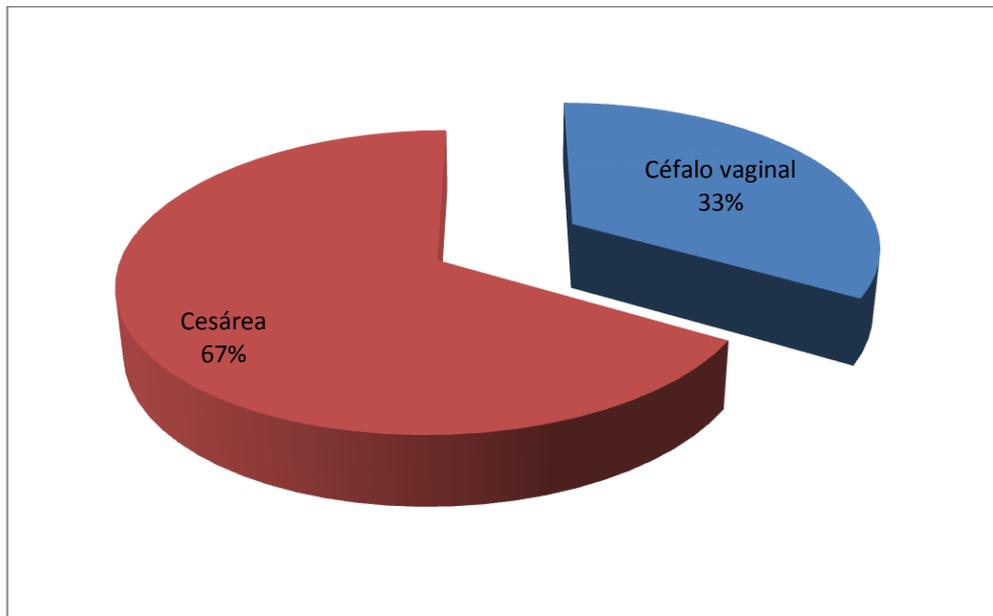
**TABLA N• 9**  
**TIPO DE PARTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN**  
**AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**

<b>Tipo de parto</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Céfalo vaginal</b>	<b>10</b>	<b>33%</b>
<b>Cesárea</b>	<b>20</b>	<b>67%</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N• 9**  
**TIPO DE PARTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN**  
**AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**



### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

De las 30 madres adolescentes encuestadas, se evidencia que hay un mayor porcentaje de partos por cesarea que corresponde a un 67%, mientras que en un 33% obtuvieron su parto por via vaginal. Cabe indicar que la mayor parte de adolescentes culminaron su labor por cesarea, debido a la edad misma de las adolescentes.

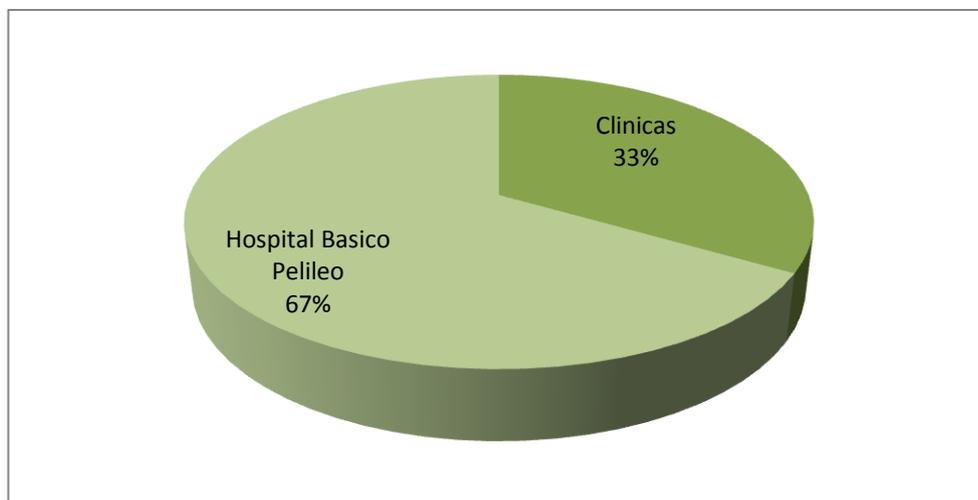
**TABLA N• 10**  
**LUGAR DONDE SE PRODUJO EL PARTO DE LAS MADRES**  
**ADOLESCENTES**

<b>Lugar del parto</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Clínicas</b>	<b>10</b>	<b>33%</b>
<b>Hospital Básico Pelileo</b>	<b>20</b>	<b>67%</b>
<b>Domicilio</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N• 10**  
**LUGAR DONDE SE PRODUJO EL PARTO DE LAS MADRES**  
**ADOLESCENTES**



### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

De las 30 madres adolescentes encuestadas, con respecto al lugar del parto se observa que la mayor parte de ellas culminaron en el Hospital Básico Pelileo que representa el 67%, mientras que en un mínimo porcentaje terminaron con su labor en diferentes clínicas que representa el 33%. La mayor parte de madres adolescentes culminaron con su labor en las dos unidades de salud pese al no tener el número óptimo de controles prenatales por diferentes circunstancias.

#### 4.1.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES

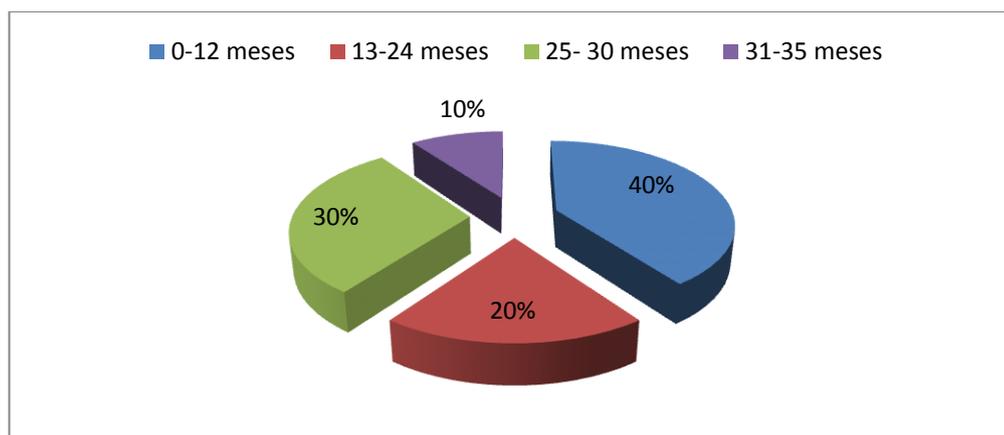
**TABLA N• 11**  
**EDAD EN MESES DE LOS HIJOS/AS DE MADRES ADOLESCENTES**  
**QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**

	Sexo de los niños	Femenino 20 niñas	Masculino 10 niños	
Edad en meses	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
0-12 meses	8	40%	4	40%
13-24 meses	4	20%	2	20%
25- 30 meses	6	30%	2	20%
31-35 meses	2	10%	2	20%
<b>total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N• 11**  
**EDAD EN MESES DE LOS HIJOS/AS DE MADRES ADOLESCENTES**  
**QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**



#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 30 niños considerando las edades se concluye que la mayoría de estos niños se encuentran entre 0 a 25 meses de edad, etapa en la cual deben recibir el cuidado físico necesario y estimulación temprana, ya que de ello depende el crecimiento y desarrollo del niño que en su mayoría pertenecen al sexo femenino, aunque en un porcentaje del 20% tenemos niños de 26 a 35 meses de edad.

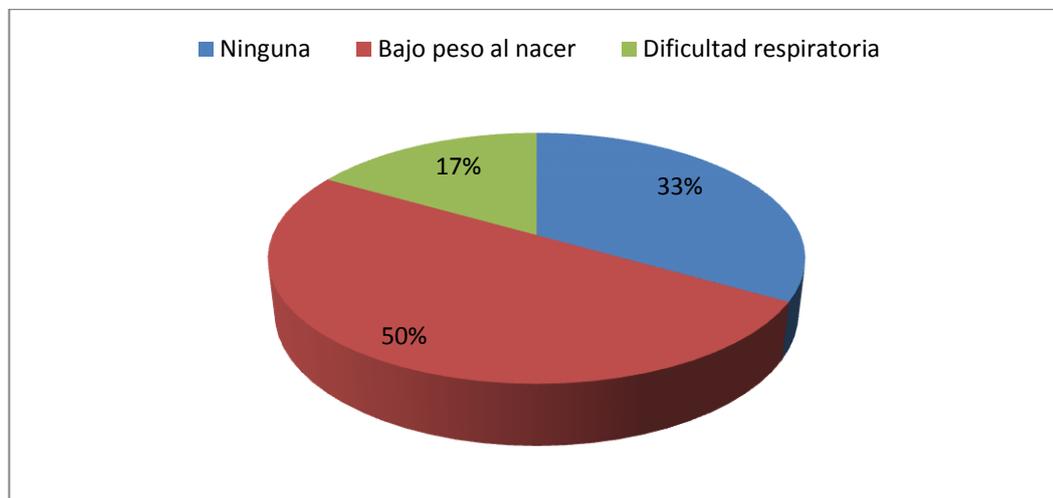
**TABLA N• 12**  
**COMPLICACIONES POSTNATALES DE LOS HIJOS/AS DE MADRES**  
**ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**

Complicaciones postnatales	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	<b>10</b>	<b>33%</b>
Bajo peso al nacer	<b>15</b>	<b>50%</b>
Dificultad respiratoria	<b>5</b>	<b>17%</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N• 12**  
**COMPLICACIONES POSTNATALES DE LOS HIJOS/AS DE MADRES**  
**ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro observamos que la mayoría de los hijos de madres adolescentes del Cantón Pelileo presentaron complicaciones neonatales en un porcentaje elevado del 50% presentaron bajo peso al nacer y en un mínimo porcentaje encontramos dificultad respiratoria que representa el 17% y un 33% no presentaron ninguna complicación. La complicación en mayor porcentaje fue el bajo peso del niño debido al déficit de alimentos por parte de la madre adolescente ya que necesitan un seguimiento permanente por parte del equipo de salud.

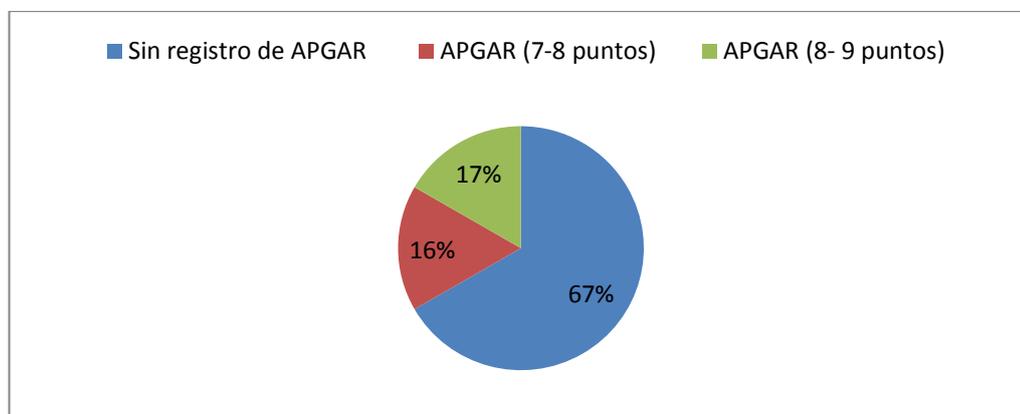
**TABLA N° 13**  
**VALORACIÓN DE APGAR EN LOS HIJOS/AS DE MADRES**  
**ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**

<b>APGAR al nacimiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sin registro de APGAR</b>	<b>20</b>	<b>67%</b>
<b>APGAR (7-8 puntos)</b>	<b>5</b>	<b>17%</b>
<b>APGAR (8- 9 puntos)</b>	<b>5</b>	<b>16.%</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N° 13**  
**VALORACIÓN DE APGAR EN LOS HIJOS/AS DE MADRES**  
**ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**



### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

En el cuadro observamos que la mayoría de los niños atendidos en el Hospital Básico Pelileo el 67% de dichos niños no tienen registros del APGAR en la hoja prenatal, mientras que los niños que fueron valorados mostraron un APGAR de 7 – 8 puntos que representa el 16%, y con un APGAR de 8- 9 puntos que corresponde al 17% . Al no encontrar los registros del APGAR en los carnets ni tampoco en las historias clínicas de los niños se debe a la irresponsabilidad del personal de salud que al momento del nacimiento del niño no lo efectuó ya que este permite valorar las condiciones físicas en las cuales nacieron los niños/as del Hospital Básico Pelileo. Los niños que presentaron un APGAR de 7~8 puntos y 8~9 puntos indican que nacieron en buenas condiciones físicas.

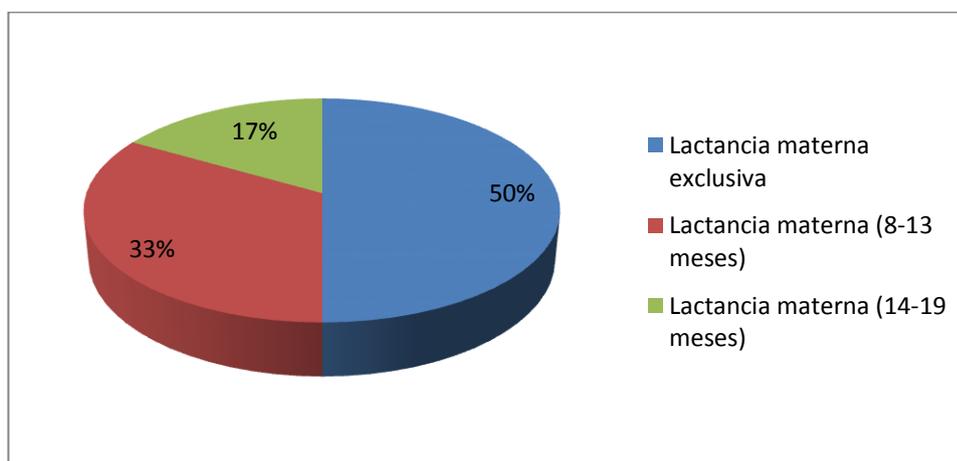
**TABLA N• 14**  
**ALIMENTACIÓN CON LACTANCIA MATERNA Y SU SUSPENSIÓN EN**  
**LOS HIJOS/AS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL**  
**HOSPITAL BÁSICO PELILEO**

Lactancia materna/edad en meses	Frecuencia	Porcentaje
Lactancia materna exclusiva	<b>15</b>	<b>50%</b>
Lactancia materna (8-13 meses)	<b>10</b>	<b>33%</b>
Lactancia materna (14-19 meses)	<b>5</b>	<b>17%</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N• 14**  
**ALIMENTACIÓN CON LACTANCIA MATERNA Y SU SUSPENSIÓN EN**  
**LOS HIJOS/AS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL**  
**HOSPITAL BÁSICO PELILEO**



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el siguiente cuadro podemos evidenciar que el 50% de los niños fueron alimentados con lactancia materna exclusiva, mientras que el 33% la suspendieron encontrándose en los meses octavo y décimo tercer mes, al igual que el 17% recibieron leche materna hasta los 14 y 19 meses de edad. La lactancia materna es muy importante para el crecimiento y desarrollo del niño ya que varias de las adolescentes tienen que suspender precozmente porque tienen que trabajar y dejan a sus niños al cuidado de otras personas.

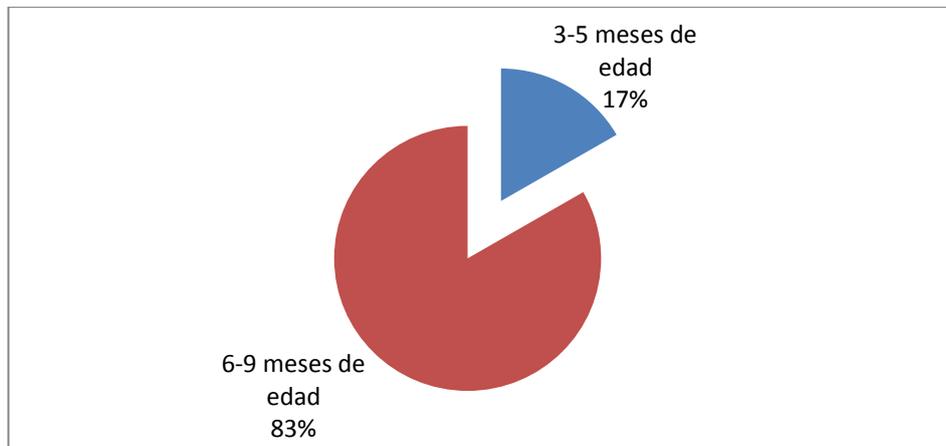
**TABLA N• 15**  
**INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS HIJOS/AS**  
**DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO**  
**PELILEO**

Inicio de la alimentación complementaria	Frecuencia	Porcentaje
3-5 meses de edad	5	17%
6-9 meses de edad	25	83%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N• 15**  
**INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS HIJOS/AS**  
**DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO**  
**PELILEO**



**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

En la mayor parte de los niños el 83.33% iniciaron la alimentación complementaria de acuerdo a la edad de 6 meses en adelante, mientras que el 16.67% la iniciaron precozmente entre los 3 y 5 meses de edad. Sabiendo que a temprana la alimentación trae consecuencias para el niño ya que su sistema digestivo no está completamente preparado para digerir alimentos debido que la mayoría de las madres adolescentes no tienen conocimientos sobre la alimentación complementara.

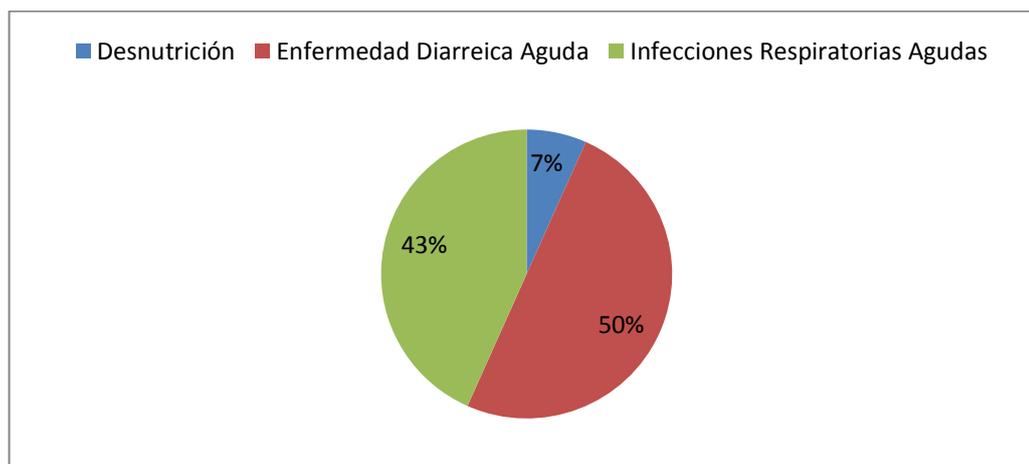
**TABLA N• 16**  
**ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN LOS**  
**HIJOS/AS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL**  
**HOSPITAL BÁSICO PELILEO**

Enfermedades prevalentes de la infancia	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición	2	7%
Enfermedad Diarreica Aguda	15	50%
Infecciones Respiratorias Agudas	13	43%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N• 16**  
**ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN LOS**  
**HIJOS/AS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL**  
**HOSPITAL BÁSICO PELILEO**



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la mayoría de los niños del Hospital Básico Pelileo se evidencia que el 50% de los niños presentaron enfermedades diarreicas agudas, mientras que el 43% presentaron infecciones respiratorias agudas y un 7% desnutrición. Siendo uno de los principales problemas de salud las enfermedades diarreicas agudas en el infante debido a la falta de higiene al momento de la alimentación en el niño.

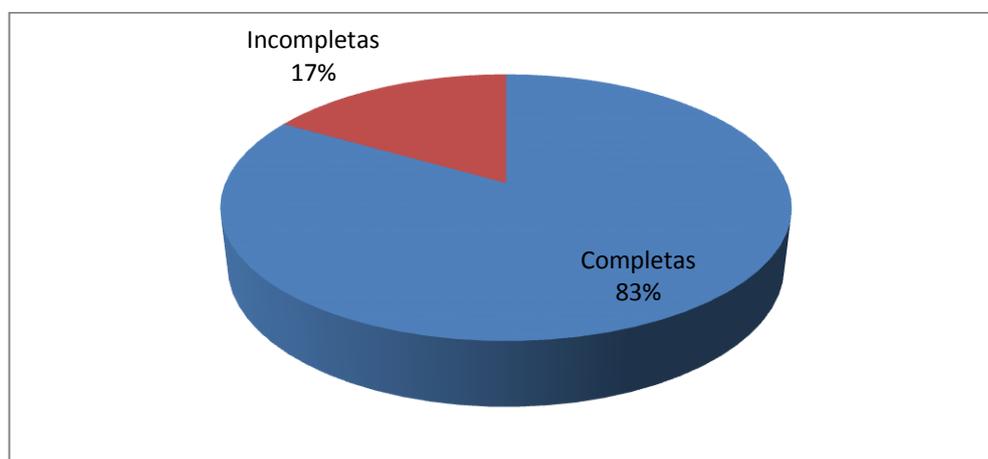
**TABLA N• 17**  
**INMUNIZACIONES RECIBIDAS POR LOS HIJOS/AS DE MADRES**  
**ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**

<b>Inmunizaciones según el M.S.P</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Completas</b>	<b>25</b>	<b>83%</b>
<b>Incompletas</b>	<b>5</b>	<b>17%</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N• 17**  
**INMUNIZACIONES RECIBIDAS POR LOS HIJOS/AS DE MADRES**  
**ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**



**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

De los 30 niños atendidos en el Hospital Básico Pelileo se evidencia que la mayor parte de niños cumplen con el esquema de vacunación de acuerdo al MSP del Ecuador, que corresponde a un 83%, mientras que un menor porcentaje del 17% no cumple con el esquema de vacunación para su edad. La causa más frecuente manifestada por las madres adolescentes de sus hijos a inmunizarles es; porque no tienen una idea clara sobre la protección que está les brinda, por lo tanto es importante brindar información actual acerca de todas las enfermedades que se puede prevenir con el esquema básico que posee el MSP. En el Hospital Básico Pelileo.

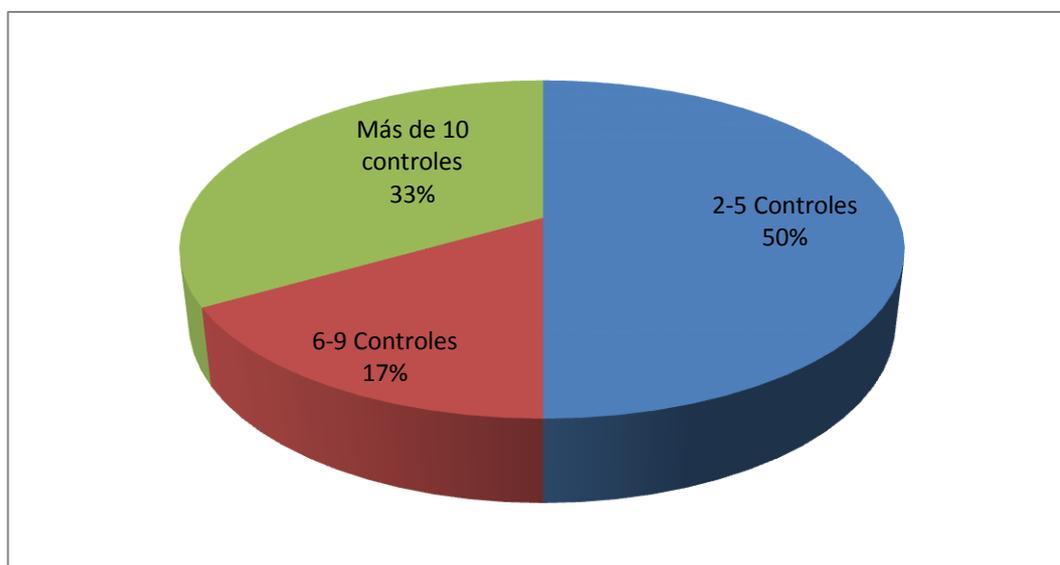
**TABLA N• 18**  
**NÚMERO DE CONTROLES EN LOS HIJOS/AS DE MADRES**  
**ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**

Números de controles	Frecuencia	Porcentaje
2-5 Controles	15	50%
6-9 Controles	5	17%
Más de 10 controles	10	33%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuestas realizadas a las Madres Adolescentes en el Hospital Básico Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

**GRAFICO N•18**  
**NÚMERO DE CONTROLES EN LOS HIJOS/AS DE MADRES**  
**ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO**



### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

En el siguiente cuadro se puede evidenciar que la mayor parte de niños acuden de 2 – 5 controles pediátricos lo que representa el 50%, mientras que un 17% acuden en un número de 6-9 controles, y tan solo un 33% acuden a más de los 10 controles pediátricos en el Hospital Básico Pelileo. La mayor parte de madres no asisten a todos los controles con el niño por sus trabajos.

## MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

TABLA N° 19

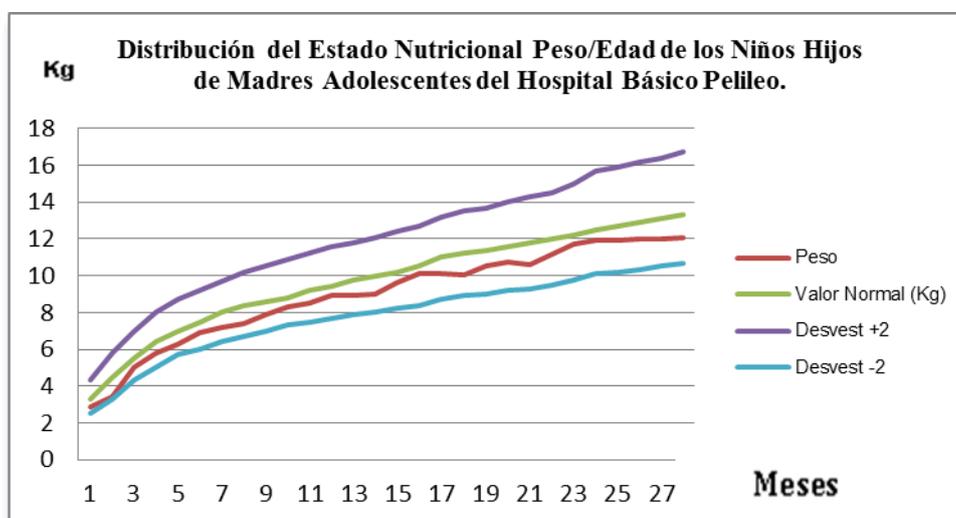
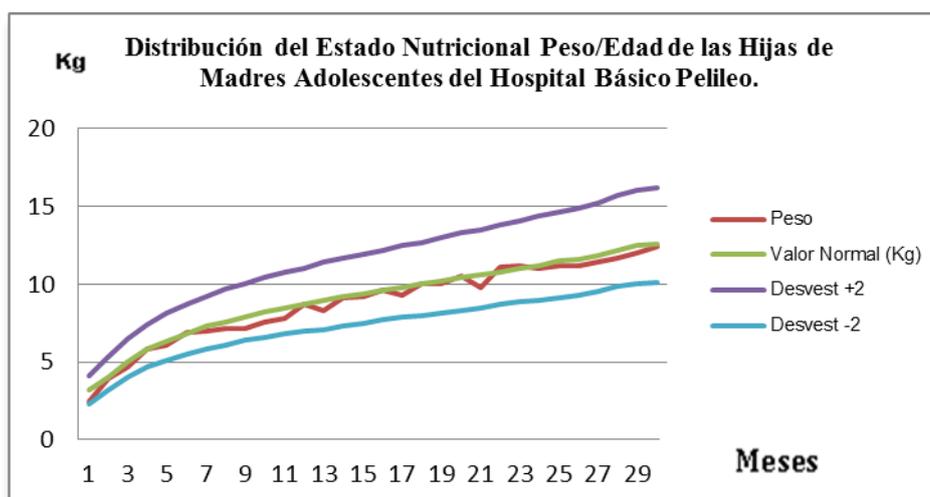
### DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL PESO/EDAD SEGÚN SEXO DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE CIERTAS EDADES

<b>Índice de PESO / EDAD Y SEXO</b>									
<b>Niñas</b>					<b>Niños</b>				
<b>Edad en meses</b>	<b>Peso</b>	<b>Valor normal (Kg)</b>	<b>Desvest +2</b>	<b>Desvest -2</b>	<b>Edad en meses</b>	<b>Peso</b>	<b>Valor normal (Kg)</b>	<b>Desvest +2</b>	<b>Desvest -2</b>
<b>0</b>	2,9	3,2	<b>4,1</b>	<b>2,3</b>	<b>0</b>	3	3,3	<b>4,3</b>	<b>2,5</b>
<b>1</b>	4,3	4	<b>5,3</b>	<b>3,2</b>	<b>1</b>	4,2	4,5	<b>5,8</b>	<b>3,3</b>
<b>2</b>	5	5	<b>6,5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	5,7	5,5	<b>7,0</b>	<b>4,3</b>
<b>3</b>	5,5	5,8	<b>7,4</b>	<b>4,7</b>	<b>3</b>	6,4	6,4	<b>8,0</b>	<b>5,0</b>
<b>4</b>	6,1	6,3	<b>8,1</b>	<b>5,1</b>	<b>4</b>	6,8	7	<b>8,7</b>	<b>5,7</b>
<b>5</b>	6,75	6,8	<b>8,7</b>	<b>5,5</b>	<b>5</b>	7,3	7,5	<b>9,2</b>	<b>6,0</b>
<b>6</b>	6,95	7,3	<b>9,2</b>	<b>5,8</b>	<b>6</b>	8,2	8	<b>9,7</b>	<b>6,4</b>
<b>7</b>	7,8	7,6	<b>9,7</b>	<b>6,1</b>	<b>7</b>	8,1	8,4	<b>10,2</b>	<b>6,7</b>
<b>8</b>	7,7	7,9	<b>10</b>	<b>6,4</b>	<b>8</b>	8,3	8,6	<b>10,5</b>	<b>7,0</b>
<b>9</b>	7,5	8,2	<b>10,4</b>	<b>6,6</b>	<b>9</b>	8,5	8,8	<b>10,9</b>	<b>7,3</b>
<b>10</b>	8,55	8,5	<b>10,8</b>	<b>6,8</b>	<b>10</b>	8,9	9,2	<b>11,2</b>	<b>7,5</b>
<b>11</b>	7,65	8,7	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	9,1	9,4	<b>11,6</b>	<b>7,7</b>
<b>12</b>	9,25	9	<b>11,4</b>	<b>7,1</b>	<b>12</b>	9,6	9,8	<b>11,8</b>	<b>7,9</b>
<b>13</b>	9,35	9,2	<b>11,7</b>	<b>7,3</b>	<b>13</b>	10	10	<b>12,1</b>	<b>8,0</b>
<b>14</b>	9,5	9,4	<b>11,9</b>	<b>7,5</b>	<b>14</b>	9,5	10,2	<b>12,4</b>	<b>8,2</b>
<b>15</b>	8,7	9,6	<b>12,2</b>	<b>7,7</b>	<b>15</b>	9,6	10,5	<b>12,7</b>	<b>8,4</b>
<b>16</b>	9	9,8	<b>12,5</b>	<b>7,9</b>	<b>17</b>	10	11	<b>13,2</b>	<b>8,7</b>
<b>17</b>	8,6	10	<b>12,7</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	10,15	11,2	<b>13,5</b>	<b>8,9</b>
<b>18</b>	9,7	10,2	<b>13</b>	<b>8,1</b>	<b>19</b>	10,6	11,4	<b>13,7</b>	<b>9</b>
<b>19</b>	9,5	10,4	<b>13,3</b>	<b>8,3</b>	<b>20</b>	11	11,6	<b>14,0</b>	<b>9,2</b>
<b>21</b>	10	10,8	<b>13,8</b>	<b>8,7</b>	<b>21</b>	11,2	11,8	<b>14,3</b>	<b>9,3</b>
<b>23</b>	10	11,2	<b>14,4</b>	<b>9</b>	<b>24</b>	11,5	12,2	<b>15,0</b>	<b>9,8</b>
<b>24</b>	11	11,5	<b>14,6</b>	<b>9,1</b>	<b>27</b>	11,8	12,7	<b>15,9</b>	<b>10,2</b>
<b>25</b>	11,1	11,6	<b>14,9</b>	<b>9,3</b>	<b>30</b>	12	13,3	<b>16,7</b>	<b>10,7</b>
<b>26</b>	11,2	11,8	<b>15,2</b>	<b>9,5</b>					
<b>30</b>	12	12,6	<b>16,2</b>	<b>10,1</b>					

**Fuente:** Formulario de Historia Clínica en atención infantil pre-escolar.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas.

GRAFICO N° 19



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los datos expuestos de los hijos de madres adolescentes respectivamente se puede indicar que el peso está por debajo la línea referencial correspondiente al valor normal es decir se encuentran entre las dos desviaciones estándar establecidas por la Organización Mundial de la Salud. Es importante indicar que estos niños/as se encuentran en una constante subida y bajada de peso porque se encuentran frecuentemente enfermos y su alimentación no es adecuada.

**TABLA N° 20**

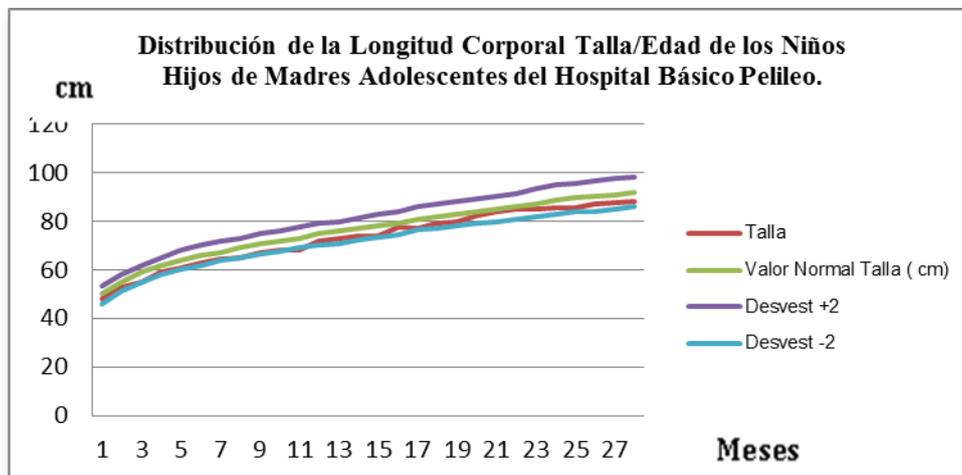
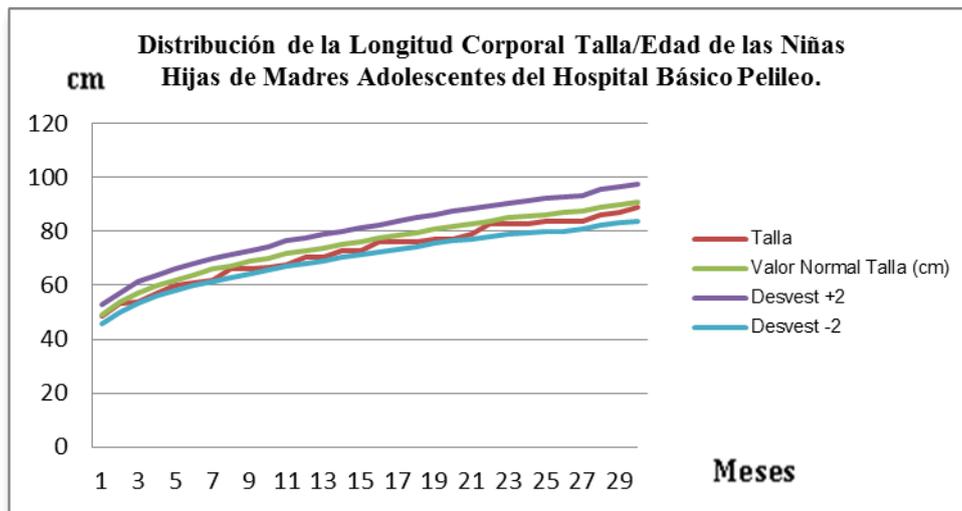
**DISTRIBUCIÓN DE LA LONGITUD CORPORAL TALLA/EDAD SEGÚN  
EL SEXO DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE CIERTAS  
EIDADES**

<b>Índice de TALLA / EDAD Y SEXO</b>									
<b>Niñas</b>					<b>Niños</b>				
<b>Edad en meses</b>	<b>Talla</b>	<b>Valor normal Talla (cm)</b>	<b>Desvest +2</b>	<b>Desvest - 2</b>	<b>Edad en meses</b>	<b>Talla</b>	<b>Valor normal Talla ( cm)</b>	<b>Desvest +2</b>	<b>Desvest - 2</b>
0	47	49	53	45,5	0	49	50	53,5	46
1	51	54	57	50	1	51	55	58	51
2	54	57	61,5	53,5	2	55	59	62	55
3	57	60	64	56	3	58	62	65	58
4	60	62	66	58	4	62	64	68	60
5	60,5	64	68	60	5	64	66	70	62
6	63	66	70	61,5	6	65	67,2	72	64
7	64	67	71,5	63	7	66	69	73	65
8	64	69	73	64,5	8	68,5	71	75	66,5
9	64,5	70	74,5	65,5	9	68	72	76	67,5
10	67,25	72	76,5	67	10	68	73	77,5	69
11	67,25	73	77,5	68	11	71,5	75	79	70
12	69	74	79	69	12	73	76	80	71
13	72	75	80	70,5	13	75,5	77	81,5	72,5
14	72	76	81,5	71,5	14	75,3	78	83	73,5
15	73	77,5	82,5	72,5	15	76	79	84	74,5
16	74	78,5	84	73,5	17	79,5	81	86	76,5
17	75	79,5	85	74,5	18	80	82	87	77
18	77	81	86	75,5	19	81	83	88,2	78
19	77	82	87,5	76,5	20	82	84	89,5	79
21	80	84	89,5	78	21	83	85	90,5	80
23	80	85,5	91,5	79,5	24	84	87	93,5	82
24	82	86	92,5	80	27	88	90	95,5	84
25	82	87	93	80	30	88,35	92	98,5	86
26	82	87,5	93,5	81					
30	86	91	97,5	84					

**Fuente:** Formularios de Historias Clínicas en atención infantil pre-escolar.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas.

**GRAFICO N° 20**



### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Del total de los niños hijos de madres adolescentes valorados se puede evidenciar que la talla al nacimiento y de acuerdo a su edad presentan una disminución en lo referente a la línea referencial pero están dentro de las dos desviaciones estándar (+2 y - 2) establecidas por la Organización Mundial de la Salud.

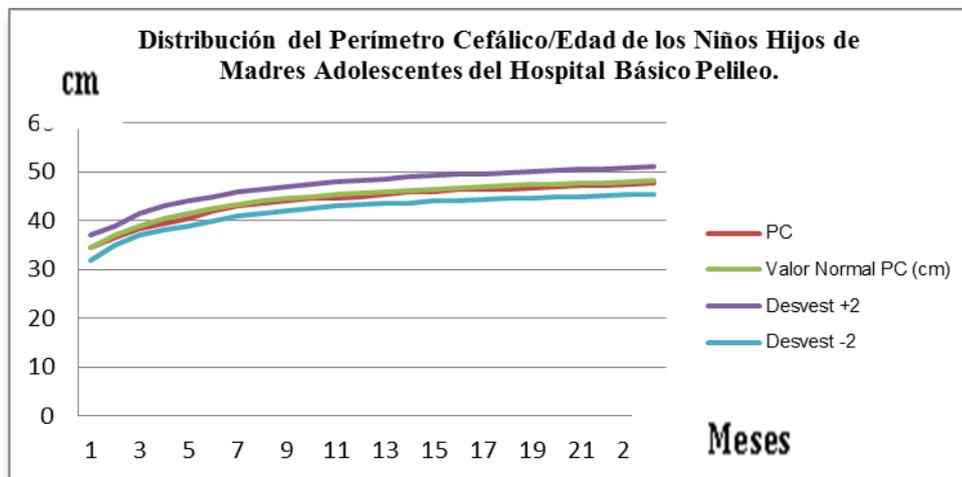
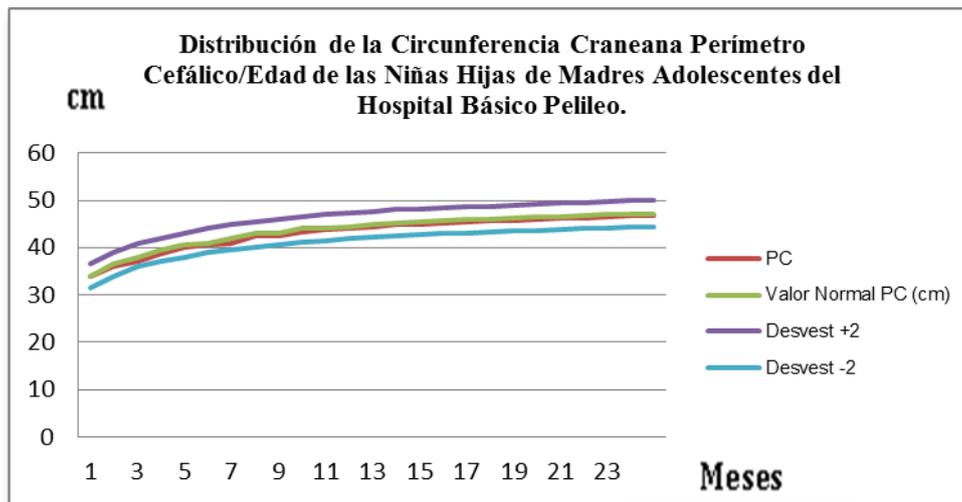
**TABLA N° 21**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA CIRCUNFERENCIA CRANEANA: PERÍMETRO**  
**CEFÁLICO/EDAD SEGÚN SEXO DE LOS HIJOS DE MADRES**  
**ADOLESCENTES DE CIERTAS EDADES**

<b>Índice de Perímetro Cefálico y Sexo</b>									
<b>Niñas</b>					<b>Niños</b>				
<b>Edad en meses</b>	<b>PC</b>	<b>Valor normal PC (cm)</b>	<b>Desvest +2</b>	<b>Desvest - 2</b>	<b>Edad en meses</b>	<b>PC</b>	<b>Valor normal PC (cm)</b>	<b>Desvest +2</b>	<b>Desvest - 2</b>
<b>0</b>	34	34	<b>36,5</b>	<b>31,5</b>	<b>0</b>	34	34,5	<b>37</b>	<b>32</b>
<b>1</b>	35,7	36,5	<b>39</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	37	37	<b>38,8</b>	<b>35</b>
<b>2</b>	37	38	<b>41</b>	<b>36</b>	<b>2</b>	39	39	<b>41,5</b>	<b>37</b>
<b>3</b>	38,8	39,5	<b>42</b>	<b>37</b>	<b>3</b>	39,3	40,5	<b>43</b>	<b>38</b>
<b>4</b>	39	40,5	<b>43</b>	<b>38</b>	<b>4</b>	40	41,5	<b>44</b>	<b>39</b>
<b>5</b>	39,9	41	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>5</b>	41,2	42,5	<b>45</b>	<b>40</b>
<b>6</b>	41	42	<b>45</b>	<b>39,5</b>	<b>6</b>	42,3	43,3	<b>45,8</b>	<b>41</b>
<b>7</b>	42,3	43	<b>45,5</b>	<b>40,2</b>	<b>7</b>	43	44	<b>46,5</b>	<b>41,5</b>
<b>8</b>	42,4	43	<b>46</b>	<b>40,7</b>	<b>8</b>	44	44,5	<b>47</b>	<b>42</b>
<b>9</b>	43	44	<b>46,5</b>	<b>41,2</b>	<b>9</b>	44,3	45	<b>47,5</b>	<b>42,5</b>
<b>10</b>	43,1	44,2	<b>47</b>	<b>41,5</b>	<b>10</b>	44,85	45,4	<b>47,9</b>	<b>43</b>
<b>11</b>	44	44,5	<b>47,2</b>	<b>41,9</b>	<b>11</b>	45,1	45,7	<b>48,2</b>	<b>43,2</b>
<b>12</b>	44,4	45	<b>47,5</b>	<b>42,2</b>	<b>12</b>	45,5	46	<b>48,5</b>	<b>43,5</b>
<b>13</b>	44,5	45,2	<b>48</b>	<b>42,5</b>	<b>13</b>	45,7	46,2	<b>49</b>	<b>43,7</b>
<b>14</b>	44,7	45,5	<b>48,2</b>	<b>42,7</b>	<b>14</b>	46	46,5	<b>49,2</b>	<b>44</b>
<b>15</b>	45	45,7	<b>48,5</b>	<b>43</b>	<b>15</b>	46,1	46,8	<b>49,5</b>	<b>44,2</b>
<b>16</b>	45,4	46	<b>48,7</b>	<b>43,1</b>	<b>17</b>	46,6	47,2	<b>49,8</b>	<b>44,5</b>
<b>17</b>	45,5	46	<b>48,8</b>	<b>43,4</b>	<b>18</b>	46,9	47,4	<b>50,2</b>	<b>44,7</b>
<b>18</b>	45,5	46,2	<b>49</b>	<b>43,5</b>	<b>19</b>	47	47,5	<b>50,4</b>	<b>44,9</b>
<b>19</b>	45,8	46,5	<b>49,2</b>	<b>43,7</b>	<b>20</b>	47,2	47,7	<b>50,5</b>	<b>45</b>
<b>21</b>	46,1	46,7	<b>49,5</b>	<b>44</b>	<b>21</b>	47,4	47,8	<b>50,7</b>	<b>45,2</b>
<b>23</b>	46,5	47	<b>49,9</b>	<b>44,3</b>	<b>24</b>	47,9	48,2	<b>51</b>	<b>45,4</b>
<b>24</b>	46,6	47,1	<b>50</b>	<b>44,4</b>					

**Fuente:** Formulario de Historia Clínica en atención infantil pre-escolar.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas.

**GRAFICO N° 21**



### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

En cuanto al perímetro cefálico de las hijas/os de madres adolescentes los valores están dentro de los parámetros normales establecidos por la Organización Mundial de la Salud, no existe diferencia significativa en los parámetros del perímetro cefálico respecto a lo referencial; es decir que los niños antropométricamente están dentro de la normalidad.

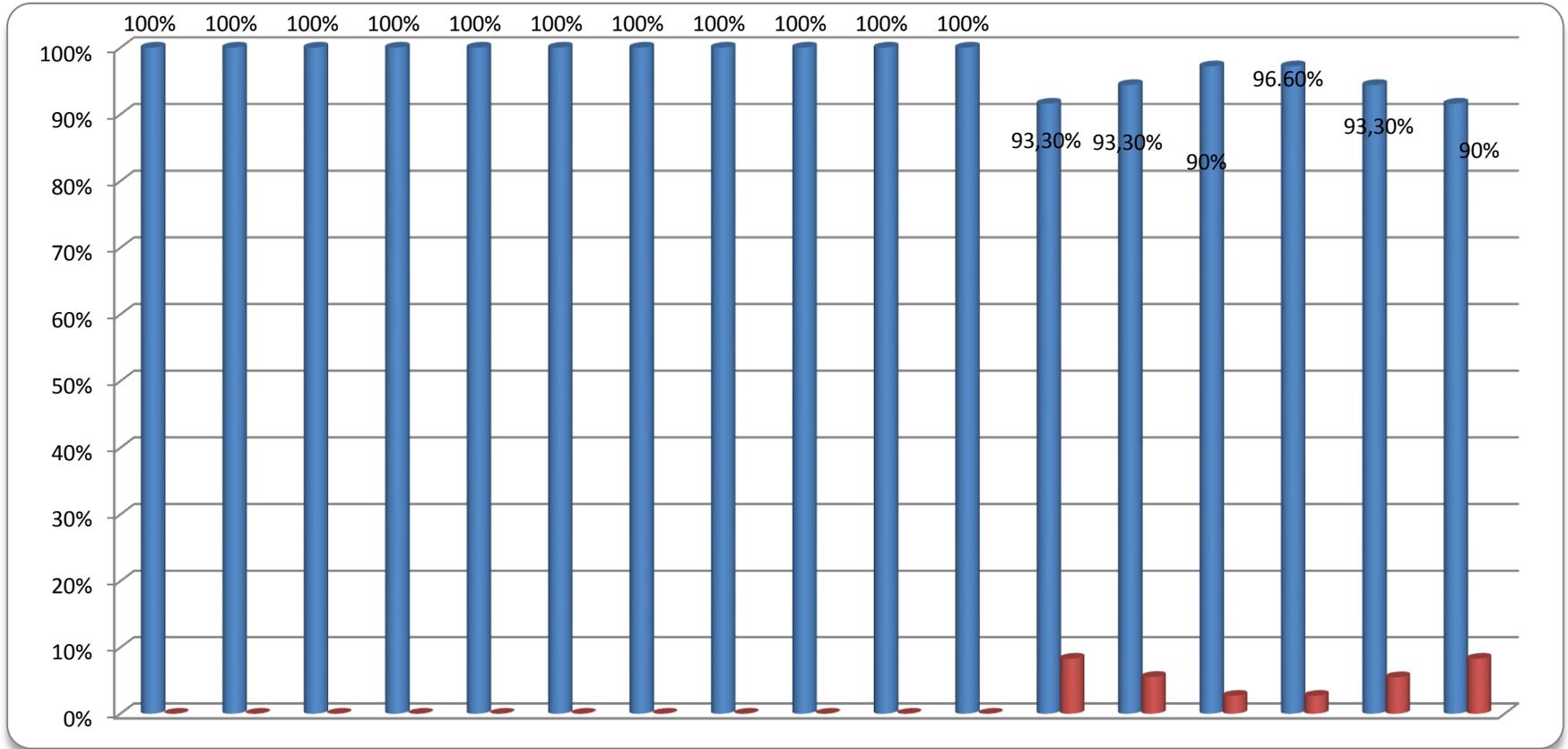
**TABLA N° 22**  
**CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DE LOS HIJOS DE MADRES**  
**ADOLESCENTES**

Desarrollo de los Hijos de Madres Adolescentes						
Test	Parámetro	Población Total	Niños con desarrollo normal	Niños con desarrollo normal%	Niños con desarrollo deficiente	Niños con desarrollo deficiente %
<b>NORMAS DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LOS 12 PRIMEROS MESES DE EDAD (Aldrich y Norval)</b>	Sonríe	30	30	100%	0	0%
	Vocaliza sonidos	30	30	100%	0	0%
	Controla la cabeza	30	30	100%	0	0%
	Controla de la mano	30	30	100%	0	0%
	Se rueda (boca arriba-boca abajo)	30	30	100%	0	0%
	Siente solo	30	30	100%	0	0%
	Empieza a gatear	30	30	100%	0	0%
	Prensa	30	30	100%	0	0%
	Se pone de pie	30	30	100%	0	0%
	Camina sin ayuda	30	30	100%	0	0%
	Se para solo	30	30	100%	0	0%
	<b>NORMAS PARA LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LOS 12 A LOS 60 MESES DE EDAD (Adaptado de Barrera - Moncada)</b>	<b>Parámetro</b>				
Bebe bien de taza o jarro		30	27	90%	3	10%
Vocaliza más de 5 palabras		30	28	93,3%	2	6,6%
Salta en dos pies		30	29	96,6%	1	3,3%
Se lava y seca las manos		30	27	90%	3	10%
Dice su nombre completo		30	28	93,3%	2	6,6%
Copia un círculo		30	28	93,3%	2	6,6%

**Fuente:** Formulario de Historia Clínica del niño la encuesta realizada en las visitas domiciliarias en el Cantón Pelileo.

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas.

GRAFICO N° 22



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

De los 30 niños del área de estudio hijos de madres adolescentes se les realizó el test de Aldrich y Norval para lo cual se efectuó preguntas a la madre sobre el desarrollo de estos, observándolos si cumplen o no con los comportamientos esperados para su edad. En el cual se evidencia que en el primer año de vida se desarrollaron con normalidad pues cumplieron con las destrezas como gatear, caminar, sentarse entre otras que deben realizarse en determinados meses. En los niños mayores de un año se utilizó el test de Barrera-Moncada donde se refleja que un mínimo porcentaje de estos presentaron un retardo en sus adquisiciones pues muchos de ellos están frecuentemente enfermos, el medio en el que se desenvuelven no es el adecuado como consecuencia de esto presentan un retraso en sus habilidades por lo que es importante que las madres estimulen a los niños en su hogar y lo cuiden.

### **4.2. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS**

Para la comprobación de la hipótesis señalamos que los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad, hijo de madres adolescentes en el Hospital Básico Pelileo del Área de Salud N. 5 del Ministerio de Salud Pública del Cantón Pelileo de la Provincia de Tungurahua. No presentan alteraciones en el crecimiento por lo que se encuentran en las desviaciones estándar 2,1,0, - 1,-2, establecidas por la OMS, mediante el cual se indica en términos generales que no existe diferencias significativas entre el promedio poblacional y el valor promedio referencial dado en los estándares de crecimiento de la OMS.

De igual manera el desarrollo de los hijos de madres adolescentes del Hospital Básico Pelileo no presentan alteraciones por lo anteriormente mencionado podemos decir que la hipótesis se rechaza.

## **CAPITULO V**

### **5.1. CONCLUSIONES**

Las conclusiones a las que se ha llegado en el estudio son las siguientes:

- El riesgo de complicaciones está relacionada con la edad materna y es mayor en la etapa temprana (10-13 años) por lo que no existe relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, ya que la edad más frecuente de las madres adolescentes del Hospital Básico Pelileo corresponden a la adolescencia media (14-16 años).
- Dentro de las características familiares se evidencia un alto porcentaje de madres adolescentes solteras que corresponde al 67% y con un nivel de educación limitado siendo así que la mayor parte ha culminado solo la primaria, dentro de los controles prenatales no se cumple con lo establecido que son seis controles, lo que denota la poca preocupación por la salud, siendo un factor predisponente adicional para que no se presenten complicaciones en el embarazo.
- Los niños y niñas del Hospital Básico Pelileo al ser valorados en crecimiento peso, talla, perímetro cefálico y desarrollo se encontró que no existe diferencia significativa en relación a los parámetros normales. En lo referente a los datos arrojados por el test de Aldrich y Norval, y

Barrera-Moncada se observa que la mayor parte se encuentran en su total normalidad.

- En cuanto a las características nutricionales de los hijos de madres adolescentes manifestaron que el 50% recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y el 17% suspendieron la lactancia materna entre los 14 – 19 meses de edad por lo que existe una desinformación sobre la importancia de la lactancia materna.
- El presente proyecto se basa en el estudio de las madres adolescentes y sus hijos con el fin de elaborar un plan de capacitación para educar sobre lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria.

## **5.2. Recomendaciones**

- Fomentar la utilización de métodos de planificación familiar cómodos y seguros en madres adolescentes poniendo énfasis en las que tienen más de una gesta para evitar embarazos subsecuentes no deseados dando a conocer las complicaciones tanto para la madre como para los niños.
- Estimular el retorno de la madre adolescente a la escuela para completar su formación académica en bien de ella y su familia.
- Que el personal de salud realice conferencias y charlas educativas permanentemente dirigidas a las madres adolescentes acerca del cuidado y los controles prenatales que deben tener para un desarrollo normal del embarazo y de esta manera prevenir alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños.

- Valorar de forma integral y completa el crecimiento y desarrollo del niño cuando se realizan los controles del niño indicando la importancia de los controles mensuales, las vacunas, higiene y ganancia de peso y talla brindando charlas breves pero personalizadas.
- Que el personal de salud haga hincapié en el control del desarrollo de los hijos de Madres adolescentes mediante la aplicación del test de Denver, para de esta manera lograr una detección oportuna de las alteraciones que se podrían presentar.
- Capacitar y fomentar en la madre la lactancia materna, hábitos alimenticios sanos y óptimos de acuerdo a la edad del niño, con la finalidad de prevenir la desnutrición y posteriores alteraciones en cuanto a sus medidas antropométricas. Parámetro que se lo utilizará para la elaboración de la propuesta, en donde se ampliará el tema.
- Concientizar a las madres adolescentes mediante la alimentación complementaria para evitar las enfermedades infecciosas en estos niños.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA DE SOLUCIÓN**

#### **Tema.**

“PLAN EDUCATIVO DIRIGIDO A MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO PELILEO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA E INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA MEJORAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS”.

#### **6.1. Datos Informativos.**

##### **6.1.1. Institución Ejecutora.**

- Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud. Carrera de Enfermería.

##### **6.1.2. Beneficiarios**

- Madres Adolescentes Atendidas en el Hospital Básico Pelileo.
- Niños de 0 a 2 años 6 meses de edad, hijos de madres adolescentes atendidas en consulta externa del Hospital Básico Pelileo.

##### **6.1.3. Ubicación.**

- En el Hospital Básico Pelileo de la Provincia de Tungurahua.

#### **6.1.4. Tiempo estimado para la ejecución.**

- Fecha de inicio: Junio del 2012
- Fecha final: Noviembre del 2012.

#### **6.1.5 Equipo técnico responsable.**

- Marcia Dalila Perrazo Villegas
- Equipo de Salud autorizado por el señor Director del Hospital Básico Pelileo

#### **6.1.6. Costo**

Material de escritorio	\$100
Transporte	\$60
Material didáctico	\$120
<b>TOTAL</b>	<b>\$280</b>

#### **6.2. Antecedentes de la Propuesta**

Siendo el plan de capacitación una estrategia que al ser aplicada permitirá solucionar la problemática que enfrenta el Hospital Básico Pelileo en estudio, la presente propuesta está respaldada con los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a las madres adolescentes, donde se observa que la lactancia materna no la proporcionan hasta los 2 años, teniendo un porcentaje de 16% la suspendieron a los 8 y 13 meses de edad. Pues este alimento ayuda al crecimiento y desarrollo del niño. Es importante introducir la alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad pues en dicho establecimiento de salud, las madres adolescentes la iniciaron a los 3 y 5 meses con un porcentaje de 17% respectivamente. El sistema digestivo de los niños no se encuentra totalmente maduro para la introducción de otros alimentos siendo estos propensos a enfermedades diarreicas agudas.

Es por ello que mediante la aplicación de la propuesta se busca concientizar sobre la prolongación de la lactancia materna y el buen inicio de la alimentación complementaria, pues la madre adolescente carece de conocimiento sobre este tema y no le permite brindar un cuidado adecuado al niño.

### **6.3.- Justificación**

Con la presente propuesta se proporcionará información necesaria a las madres adolescentes que acuden al Hospital Básico Pelileo, sobre la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria, lo que permitirá dar solución a la presente problemática, que enfrentan el Hospital Básico Pelileo con la predisposición de la investigadora y estrategias aplicables en el entorno.

Siendo un problema que enfrenta la Salud Pública, madres y niños se la necesidad de contribuir con alternativas de solución las mismas que radican en los conocimientos y experiencia de quien investiga, apoyada con instrumentos que permitan llegar con la información necesaria a las madres de objeto de estudio.

El impacto que espero alcanzar con dicho plan es concientizar e incentivar a las madres adolescentes para fomentar la lactancia materna e inicio de la alimentación complementaria y así mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños.

### **6.4.- OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

- Capacitar a las madres adolescentes sobre: lactancia materna y la alimentación complementaria para mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños.

#### **Objetivo Específicos**

- Realizar talleres de capacitación dirigido a las madres adolescentes.

- Elaborar trípticos y materiales de información sobre lactancia materna y alimentación complementaria.
- Evaluar el nivel de conocimiento de las madres adolescentes luego de cada taller.

## **6.5.- Análisis de Factibilidad**

### **Económica Financiera**

La propuesta estará financiada directamente por la investigadora, dentro de estos se encuentran los recursos económicos y materiales pues son necesarios para la ejecución del proyecto ya que se requiere realizar visitas al Hospital Básico Pelileo y se emplearan suministros y materiales de oficina, así como también el transporte para el traslado a dicho lugar.

### **Organizacional**

Con el respaldo de la Universidad Técnica de Ambato, así también contamos con las respectivas autorizaciones del Hospital Básico Pelileo lo que facilitó el trabajo de investigación.

### **Legal**

El plan de capacitación es una herramienta importante, la misma que debe estar bajo leyes que respalden su realización.

### **Ley de Fomento Apoyo y Protección a la Lactancia Materna**

**Art. 1.-** “La lactancia materna es un derecho natural de los niños y niñas y constituye el medio más idóneo para asegurarles una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo”.

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

## **Ley Orgánica de Salud (2006)**

**Art. 17.-** La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad.

## **Política Nacional de Lactancia Materna, Ministerio de Salud Pública 2009**

1.- Fomentar la práctica de lactancia materna involucrando a mujeres, hombres, familias y comunidad mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida de niños y niñas.

2.- Fortalecer la capacidad de los servicios de salud para asegurar la práctica adecuada de la lactancia materna mediante:

**a.-** El cumplimiento obligatorio del apego precoz dentro de los primeros 30 minutos de vida en todas las unidades de Salud Pública, y de la red complementaria que atiende los partos.

**b.** El cumplimiento obligatorio del alojamiento conjunto en todas las unidades de Salud Pública y de la red complementaria que atiende partos y recién nacidos.

## **6.6.- Fundamentación Científica**

### **Plan de Capacitación**

Es brindar información a las personas para que pongan sus conocimientos en práctica, desarrollen habilidades y exista un cambio de sus actitudes mediante la aplicación de talleres.

Al aplicar el plan de capacitación como una técnica educativa en la madre adolescente permitirá integrar un conjunto de estrategias que informaran, concientizaran e incentivarán sobre la lactancia materna y la alimentación complementaria

**Lactancia Materna.-** La alimentación saludable es indispensable para el niño, y nada es mejor que la leche materna porque ofrece todos los beneficios para un buen crecimiento y desarrollo en la etapa en la que se encuentre el lactante

Es muy importante la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad de niños/as y complementarla hasta los dos años. Este alimento proporciona la mejor nutrición y reduce riesgos de contraer enfermedades y fortalece vínculo- afectivo entre madre e hijo/a.

La leche materna contiene todas las proteínas grasas, vitaminas y demás elementos indispensables para la alimentación del recién nacido y sigue siendo una fuente importante de nutrientes hasta los dos años.

### **Posiciones para sostener a tu niño durante el amamantamiento**

- Para lograr una lactancia exitosa, la madre debe adoptar una posición adecuada lo que evitará problemas tanto para ella y el niño.
- Para comenzar toma tu seno con el dedo pulgar arriba, el índice y el medio sobre las costillas de manera que el dedo índice forme un soporte bajo el seno.
- Suavemente toca el labio inferior del niño con tu pezón, estimulando su reflejo de búsqueda: voltea su cabeza hacia el pezón con la boca completamente abierta.
- Si el niño lacta correctamente su labio inferior se curva hacia abajo
- Su boca debería estar alrededor del pezón y la areola, cuanto más adentro esté es mejor.

### **La leche materna tiene múltiples ventajas para el niño, la madre, la familia y sociedad**

- Garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño.
- Le protege al niño de muchas infecciones como respiratorias, infecciones del oído, diarreas y de enfermedades futuras como asma, alergias, obesidad, diabetes.
- Esta siempre lista y en la temperatura adecuada

- Es un estímulo para los sentidos del tacto, vista, oído y olfato permitiendo un buen desarrollo de las capacidades del niño.
- Disminuye la hemorragia posparto y la mortalidad materna
- Pierden el peso ganado durante el embarazo rápidamente y es más difícil que padezcan anemia tras el posparto
- Menos riesgo de hipertensión y depresión posparto (tristeza y soledad)
- Ayuda a prevenir algunos tipos de cáncer (ovarios y pechos)
- Funciona como método anticonceptivo (si se da lactancia exclusiva hasta los seis meses durante el día y la noche, siempre y cuando no aparezca sangrado).
- La leche materna es gratis, ahorra dinero al no tener que comprar leches artificiales.
- Ahorro en gastos médicos por el menor uso de medicamentos
- Menos enfermedades y muertes (en niños recién nacidos y pequeños)
- Mayor ahorro en el país debido a menos gastos en salud y en medicamentos.

### **Recomendaciones para el éxito de lactancia materna**

- Colocar al niño en el pecho de la madre inmediatamente después del parto.
- El baño diario es suficiente (lavarse los pezones solamente con agua y no usar limpiadores o lubricantes).
- Evitar que se duerma durante la alimentación, despiértelo frotando su espalda y hablándole.
- Darle de mamar todo el tiempo que quiera de cada pecho
- No darle ningún otro líquido ni otra leche más que el pecho
- Darle de mamar sin horarios, cuando el niño pida (dar pecho ocho veces más entre el día y la noche).
- No usar biberones y chupones.
- Continuar amamantando hasta por lo menos los dos años de edad, de forma exclusiva hasta los seis meses, y a partir de esta edad introducir otros alimentos.

## **Extracción de la leche materna**

Existen diferentes tipos de extracciones, una de estas es la manual cuyo procedimiento es natural, higiénico y el más parecido a la acción que hace el niño al lactar. Esta extracción es fácil y accesible a todas las mujeres. El procedimiento es el siguiente:

- Masajee todo el seno, empezando desde las costillas hacia el pezón e inclínese para que ayude a la bajada de la leche
- Coloque el pulgar encima del seno y los otros dedos bajo el mismo.
- Empuje los dedos hacia las costillas, aplaste y presione suavemente el pulgar hacia el pezón
- Repita rítmicamente, girando los dedos en sentido de las manecillas del reloj, para extraer la leche del seno
- Puede hacerlo con una o dos manos
- Escoja un recipiente (taza, vaso o cualquier utensilio) de plástico duro, de boca ancha con tapa, que resista al agua caliente.
- La leche materna extraída puede conservarse a temperatura ambiente sino cuenta con refrigeradora. Para calentar la leche extraída, no debe colocarse al fuego directo ni usarse agua hirviendo, calentar a baño maría por unos segundos

### **La leche materna, en un recipiente limpio y tapado, dura:**

- De 8 horas a temperatura ambiente.
- En refrigeración hasta 5 días.
- 3 meses en el congelador

## **Cuidados y alimentación del niño de 0 a 6 meses**

Las prácticas ideales de alimentación para este grupo de edad son:

- Lactancia materna exclusiva; leche materna sin ningún otro líquido o comida
- A libre demanda y por lo menos 8 veces de día y noche.
- El niño vacía el pecho en cada mamada.

### **Alimentación Complementaria**

Una vez que el bebé haya aceptado la papilla de verdura durante una semana sin problemas, es el momento de incorporar el pollo, es importante también asegurar un mínimo de 500ml de leche al día y no añadir azúcar ni sal a los alimentos del bebé hasta pasar el año de vida. (ALIMENTACIÓN-COMPLEMENTARIA/ POR GISELA CORRAL EL 31 ENERO, 2009)

Probar nuevos sabores y texturas se convierte en una experiencia sensorial única y es una oportunidad de aprendizaje. Las necesidades de cada niño, así como las funciones y capacidades de su cuerpo, pueden servir de referencia, no solo para decidir el momento que se inicia la alimentación complementaria sino para marcar el desarrollo de la misma. De esta manera el niño puede participar en su alimentación de forma activa y divertida para él.

La edad de introducción de otros alimentos y líquidos es crucial para el balance nutricional, el crecimiento y desarrollo del niño/a, así como para la prevención de la diarrea y otras infecciones.

### **Etapas de la Alimentación**

- **De 6 a 10 meses:** sin dejar la lactancia materna, se empezará a complementar con otros alimentos como purés variados de frutas, verduras, arroz y patata. Luego se comenzará con el trigo, la carne (20-30 g/día) y, a partir de los nueve meses, se alternará alguna toma de carne con pescado blanco (30-40 g/día).
- **De 10 a 12 meses:** además de la incorporación de algunos alimentos nuevos, en este período las texturas empezarán a ser menos finas (sopas de pasta fina, arroz, trozos pequeños o picados de carne).

- **De 12 a 18 meses:** la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda continuar con la lactancia materna a demanda hasta los dos años. Sin embargo, a partir del primer año, se estructurarán los horarios de las comidas principales para adaptarlos a las del resto de la familia, ya que el niño puede comer la mayoría de los alimentos.
- **De 18 meses a 2 años:** sólo resta incorporar el pescado azul, tipo sardina, y las verduras flatulentas como las coles, las alcachofas o los espárragos.

### **Ejemplos Prácticos de Alimentación:**

#### **Antes de los 5 meses:**

- Solo leche materna

#### **A los 6 meses de edad:**

- Inicia las papillas
- Tres o cuatro tomas de leche que pueden llevar cereales sin gluten y una de papilla.

#### **De 6 a 9 meses**

- 2 tomas lácteas y 2 diversificadas (papillas de fruta y de verdura).

#### **De 9 a 12 meses**

- Tomas abundantes. 500 ml de lácteos.
- Papilla de verdura y de fruta, la papilla de verdura puede llevar incorporada carne o pescado triturados, más adelante verdura cocida tomada en trocitos (el tamaño del "trozo" dependerá de la madurez del niño y del número de dientes que tenga, la consistencia y el tamaño de los "trozos" siempre se aumentará paulatinamente para prevenir atragantamientos).

**De los 12 a los 24 meses se pueden encontrar muchas variaciones.**

- Un niño de 14 meses puede comer alimentos blandos enteros, pero probablemente se canse pronto. Hasta que veamos que no se cansa parte de la comida puede ser en papilla. En este periodo ira sustituyendo el biberón por el vaso y adquiriendo destreza con el tenedor y la cuchara. Para aprender tiene que mancharse, déjelo mancharse y dele tiempo.

**Desayuno:**

**Elija uno "liquido" y uno sólido:**

- Leche medio vaso, zumo medio vaso
- Una rebanada de pan blanco o integral
- 3-5 cucharadas de cereales en copos

**Almuerzo y cena**

**Se eligen 2 de los propuestos**

- Leche medio vaso
- Carne o pescado una pieza (filete o equivalente)
- Queso , 1 huevo (dos o tres en la semana)
- Lentejas, garbanzos un cuarto de taza
- Verduras un cuarto de taza
- Pan una rebanada.
- Pasta o arroz un cuarto de taza.

**Merienda**

- Leche medio vaso
- Zumo, fruta medio vaso
- Pan media rebanada
- Cereales 3-4 cucharadas o galletas.

## **Incorporación de nuevos alimentos**

### **Introducción de productos lácteos:**

- Lactancia materna: hasta 6 meses.
- Yogur natural: a partir de 10 meses.
- Queso fresco, tierno: a partir de 10 meses.
- Leche entera: a partir de 12 meses.
- Flanes, cremas, etc.: a partir de 12 meses.

### **Introducción de fruta:**

- Zumo natural, compota y fruta triturada: a partir de 6 meses.
- Fruta troceada: a partir de 8 meses.
- Fruta seca triturada: a partir de 12 meses.
- Frutos secos enteros: a partir de 3 años.
- Frutas rojas o exóticas: a partir de 18 meses.

### **Introducción de cereales:**

- Harinas sin gluten de cereal único (arroz, maíz): a partir de 6 meses.
- Harinas con gluten (trigo, avena, cebada, centeno): a partir de 7 meses.
- Pan y galletas: a partir de 8 meses.
- Pasta fina: a partir de 10 meses.
- Cereales del desayuno, cereales integrales: a partir de 24 meses.

### **Introducción de verduras y hortalizas:**

- Purés finos (cebolla, zanahoria, patata): a partir de 6 meses.
- Purés más espesos: a partir de 9 meses.
- Tomate sin piel ni semillas (cocido): a partir de 10 meses.
- Verdura cruda troceada: a partir de 12 meses.
- Verdura flatulenta (col, alcachofa, espárragos): a partir de 18 meses.

### **Introducción de carne, pescado y huevos:**

- Pollo, pavo, conejo, ternera, cerdo magro: a partir de 7 meses.
- Embutido hervido con poca grasa: a partir de 12 meses.
- Otros embutidos: a partir de 24 meses.
- Pescado magro (blanco): a partir de 9 meses.
- Pescado graso (azul): a partir de 18 meses.
- Marisco: a partir de 24 meses.
- Yema de huevo (cocida): a partir de 10 meses.
- Huevo entero (cocido): a partir de 12 meses.

### **Introducción de legumbres:**

- Purés finos: a partir de 10 meses.
- Legumbres enteras, bien cocidas: a partir de 12 meses.

### **Introducción de grasas:**

- Aceite de oliva crudo: a partir de 6 meses.
- Aceite cocido: a partir de 12 meses.

### **Otros (no necesarios desde el punto de vista nutricional):**

- Azúcar, miel, mermeladas, sal: a partir de 12 meses.
- Hierbas aromáticas: a partir de 12 meses.
- Cacao y chocolate: a partir de 18 meses.

#### 6.4. Modelo Operativo

**Tabla N.25. Modelo Operativo**

Fases	Etapas	Meta	Actividades	Presupuesto	Responsable
<b>Planificación</b>	Recolección de información científica sobre lactancia materna y alimentación complementaria.	Obtener suficiente información científica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio del tema</li> <li>Bibliografía relacionada con el tema</li> </ul>	Hojas \$ 15 Tinta \$ 20 Impresiones Internet \$ 8	Equipo ejecutorios de la propuesta: <ul style="list-style-type: none"> <li>Marcia Perrazo</li> <li>Equipo de salud autorizado por el Director del Hospital Básico Pelileo</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Captación dirigida a las madres adolescentes</li> </ul>	El 75% de madres adolescentes captadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión de la HCl</li> </ul>	Transporte \$ 25 Cartulina \$10 Pintura \$ 10	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración y recolección de material para la realización de la propuesta</li> </ul>	Propuesta Educativa realizada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Audiovisuales (Lactancia materna y alimentación complementaria)</li> </ul>	Bolígrafos \$ 8 Material didáctico \$ 40 Refrigerio \$ 30	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseguir un lugar adecuado para dictar el taller a las madres adolescentes.</li> </ul>	Hospital Básico Pelileo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arreglo del lugar (sillas y mesas suficientes)</li> </ul>	proyector \$ 60 Transporte \$ 30 Encuesta \$ 25	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación de la propuesta Educativa</li> </ul>	El 70% de las madres están presentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Listado de asistencia a la Charla.</li> <li>Listado de asistencia a los talleres.</li> </ul>		

<b>Ejecución</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Listado de asistencia a la video conferencia</li> </ul>		
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de todos los contenidos explicativos a las madres adolescentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concientizar sobre la importancia del tema a un 75% de la población</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización del Cuestionario</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento de los hijos de madres adolescentes</li> </ul>	Identificar a los niños	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acudir al Hospital Básico Pelileo para recopilar datos de los niños</li> <li>Visitas domiciliaria de seguimiento</li> <li>Llevar el material necesaria para la evaluación(curvas de Peso y Talla)</li> </ul>		

**Fuente:** Investigativa

**Elaborado por:** Marcia Dalila Perrazo Villegas.

## **6.8 Administración de la Propuesta**

La elaboración y diseño de la propuesta es específicamente realizados por la investigadora en dicho sector para efectos de la evaluación se tomara en cuenta las madres adolescentes del Hospital Básico Pelileo del Área de Salud N:5 de la provincia de Tungurahua, y al personal que labora en dicho establecimiento.

## **6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta**

Se lo realizara según lo previsto en el monitoreo operativo, para evaluar los resultados trimestrales de los hijos de madres niños del Cantón Pelileo se analizara los resultados y se tomara en cuenta las respectivas sugerencias para modificar la propuesta o para mantenerla.

**Tabla N° 26. Cronograma del Plan Operativo**

		Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre					
Fases	Actividades / Semanas	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s		
<b>Planificación</b>	Recolección de la información de campo y bibliográfica.	x	x																								
	Seleccionar el segmento del mercado (madres adolescentes)	x	x	x																							
	Elaboración del tema a exponer			x	x	x																					
	Ubicación del lugar de capacitación			x	x	x																					
<b>Ejecución</b>	Entrega de trípticos						x	x	x	x			x	x	x												
	Dinámicas de sociabilización con las madres adolescentes						x	x	x	x			x	x	x												
	Exposición del tema						x	x	x	x			x	x	x												
<b>Evaluación</b>	Evaluar sobre el tema a las madres adolescentes																		x	x	x						
	Seguimiento a los hijo/as de madres adolescentes																						x	x	X		

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas.

**Tabla N° 27. Programa de Actividades**

<b>Programación de Actividades</b>			
<b>Hora</b>	<b>Lugar</b>	<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>
Junio 2012 9 a 11 am Cada Semana	Hospital Básico Pelileo.	Recolección de la información de campo y bibliográfica Seleccionar el segmento del mercado (madres adolescentes) Visitas domiciliarias a las madres adolescentes Selección del tema a exponer Organización del lugar (sillas y mesas necesarias)	Marcia Perrazo y equipo de salud autorizado por Director del Hospital Pelileo
Agosto Septiembre Octubre 2012 (una vez semana) Los días Martes	Hospital Básico Pelileo.	Bienvenida a las madres adolescentes Ubicación de las madres en el lugar de la capacitación Preparación del material didáctico para una mejor comprensión Presentación del tema de capacitación Lactancia materna e inicio de alimentación complementaria de los niños entre 0 meses a 2 años 6 meses de edad.	
Noviembre 2012	Hospital Básico Pelileo.	Seguimiento trimestral del niño Verificación del conocimiento a la madre adolescente sobre: lactancia materna e inicio de alimentación complementaria del niño según la edad.	

**Elaborado:** Marcia Dalila Perrazo Villegas

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado Posada .D. Gómez Juan Fernando. (2008) El niño Sano. Medellín Colombia
- Álvaro D.2008 PAG.60-61.
- Burrows, R. (2010) en la revista chilena de pediatría, en su artículo sobre crecimiento y desarrollo de hijos de adolescentes de clase media.
- Dr. Riscarle Manrique y otros, en la revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela
- (DR. BAKKER LILIANA ON JUL 11, 2009)
- Hinojosa, M. (2012). Crecimiento y Desarrollo. Evaluación del desarrollo psicomotor y estimulación temprana. Quito Ecuador pag.82-87
- MENA, W (2012), en su trabajo sobre “El Embarazo precoz”
- Towle Mary Ann. (2010) Asistencia de Enfermería Materno –Neonatal. Madrid-España
- Palmer LuanneLinnard-. (2012) Notas de Pediatría. Mexicana. Javier de León Fraga
- Peláez Mendoza, Jorge. En su trabajo Adolescente embarazada: características y riesgos.
- Sánchez Campo, Marianella en su tesis hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas. pag.78
- Zambrano (2009), realizó una tesis de grado titulada "Aspectos legales, educativos y proyectos de vida de las madres adolescentes". .pag.73-74

## LINKOGRAFÍA

- Aliéntate Ecuador [en línea] Quito, [Consulta: 02 DICIEMBRE DE 2011] Disponible en: [HTTP://WWW.VICEPRESIDENCIA.GOB.EC](http://WWW.VICEPRESIDENCIA.GOB.EC)
- Alimentación complementaria más leche materna. ... Orientativas para la introducción del beikost o alimentación complementaria
- American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets. J Am DietAssoc. 2009 Jul; 109(7):1266-82.
- BARRIONUEVO, Elena. Test de Denver [en línea], Argentina [consulta: Diciembre 2012] Disponible en: [www.org.com](http://www.org.com).
- Carambula, Patricia. Test de Denver, [en línea] Cuba [consulta: 12 sep. 2009]. Disponible en: <http://bellezaslatinas.com/desarrollo/test-de-denver>
- CASTRO, Gloria, síndrome del Niño Maltratado. [En línea] facultad de medicina, [consulta: 12 sep. 2011] Disponible en: <http://www.Elibro.com.org>
- [eca-psicologia-psicologia.blogspot.com/.../sindrome-del-nino-maltratado...15/05/2012](http://eca-psicologia-psicologia.blogspot.com/.../sindrome-del-nino-maltratado...15/05/2012) -
- COBEÑA. Paul, Encuesta Materno Infantil, [en línea] Caracas [consulta: martes, 8 febrero 2011 21:44:] Disponible en <http://www.cepar.org.ec>.
- Constitución de la organización mundial de la salud)
- Constitución del Ecuador 2008. [En línea] Sección quinta pág.: 34 - 35, Disponible en: [www.asambleanacional.gov.ec](http://www.asambleanacional.gov.ec).
- Código de la Niñez y la Adolescencia Ecuador 2003, [en línea] Ecuador Disponible en: [www.spinaquito.gob.ec/\\_upload/codigedelaninezyadolescencia.pdf](http://www.spinaquito.gob.ec/_upload/codigedelaninezyadolescencia.pdf)
- Dr. Pilar Serrano Aguado: Alimentación complementaria y destete del niño. En: Lactancia Materna. Josefa Aguayo Maldonado (Ed.). Universidad de Sevilla
- Dr. Carlos González: Mi niño no me come. Ediciones Temas de Hoy
- [-www.salud.gob.ec/tag/tamizaje/06/12/2012](http://www.salud.gob.ec/tag/tamizaje/06/12/2012)
- Desventajas del inicio precoz de la alimentación complementaria

- [Estudiantes.medicinatv.com/apuntes/muestra.asp?id=234&idpg=6](http://Estudiantes.medicinatv.com/apuntes/muestra.asp?id=234&idpg=6)
- Embarazo en la Adolescencia (El hoy. com.ec 27/Febrero/2012.
- Embarazo en las adolescentes en Tungurahua (La hora.com.ec)01/09/2011
- (Eluniverso.com)www.eltiempo.com/mundo/.../ARTICULO-WEB-NEW\_NOTA\_INTERI...01/09/2011
- (Esmas.com/salud/Salud Familiar/adolescentes)
- El Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000) del Ministerio de Salud Pública (MS
- es.msp.gob.ec/misalud/index.php Miércoles, 14 de Diciembre de 2011 17:51 maternidadtrgra
- Ferreira. Martha, Embarazo Adolescente, [en línea], [Consulta: Enero 2010, disponible en: <http://www.monografias.com>
- Gómez. Ricardo, [en línea] Embarazo en Adolescente en el Ecuador, [Consulta: lunes, 15 de Noviembre de 2010] Disponible en: <http://www.la hora.com.ec>
- <http://www.hoy.com.ec/libro6/familia/familia1.htm>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Sexualidad>
- ([.wikipedia.org/wiki/Educación sexual](http://.wikipedia.org/wiki/Educación_sexual))
- <http://adolescentes.euroresidentes.com/2008/11/la-sexualidad-y-los-adolescentes.htm>
- <http://www.aciprensa.com/Familia/adolescencia.htm>
- <http://www.investigacionyciencia.es/mente-y-cerebro/numeros/2010/3/comunicacion-familiar-en-la-adolescencia-875>
- <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/n1/enferia.html>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/index.html>
- <http://www.guiainfantil.com/65/una-casa-segura-para-los-ninos.html>
- [http://www.unicef.org/republicadominicana/health\\_childhood\\_10172.htm](http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm)
- (<http://www.cufarmacias.com/enfermedades/marasma.php>)
- (<http://es.wikipedia.org/wiki/Kwashiorakor>)
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001928.htm>

- INEC, [en línea] Ecuador, [consulta: Martes 06 de Marzo de 2011 12:48], Disponible en: <http://www.inec.gob.ec>
- jóvenes embarazadas Tungurahua\_0\_89...11/04/203www.elcomercio.com.ec/...
- J Am Diet Assoc. 2008 Jun; 108(6):1038-44, 1046-7. // American Academy of Pediatrics. Pediatric Nutrition Handbook, 6th Ed. AAP, 2009.
- La Hora: Ecuador: Noticias Nacionales e Internacionales MARTES, 11 DE JUNIO DE 2013
- MSP.CAMBIOS DEL ADOLESCENTE 2009)
- MSP.2012. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia) (UNICEF. 2010)
- MSP, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, [en línea] Ecuador, [Consulta: Agosto 2012) <http://www.maternidadgratuita.gob.ec>
- (OPS. Plan estratégico del grupo de profesionales de enfermería)
- OMS | Alimentación del lactante y del niño pequeño [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/)
- PEDRO S, Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107. [En línea] Argentina [Consulta: Agosto/2008) Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)
- Peláez. Jorge, Adolescente embarazada: características y riesgos [en línea] Cuba Editorial: Scielo [Fecha de publicación: 2008] Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10174982&p00=madres%20adolescente>
- (PROSALUD.ORG.VE/PUBLIC/DOCUMENTS/2011)
- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI),
- (Psicopedagoga de enfoque a la familia en costa rica. 2009)
- (Revista de Posgrado de la Cátedra N° 107 - Agosto/2009)
- Romero Vázquez, Damián comportamiento del bajo peso al nacer en hijos [en línea] Argentina Editorial: El Cid Editor: [Consulta: Fecha de publicación: 08/2009 Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10328069&p00=hijos%20madres%20adolescentes>

- Sexualidad\_en\_la\_Adolescencia <http://www.ecured.cu/index.php/>
- sociedad-embarazo\_adolescente-embarazo-a...15/11/2012[www.elcomercio.com.ec/.../](http://www.elcomercio.com.ec/.../)
- Torres, Karla, [en línea] Embarazo-Adolescente. Universidad de Chile, [consulta: Martes 09 de Marzo de 2008] Disponible en: <http://www.monografias.com>
- [www.mspbs.gov.py/pai/index.php?option=com\\_content...id...](http://www.mspbs.gov.py/pai/index.php?option=com_content...id...)
- [www.unscn.org/en/resource\\_portal/index.php?&themes=91...310](http://www.unscn.org/en/resource_portal/index.php?&themes=91...310)

### **CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA**

- SCIELO: LOPEZ, Diana y BENJUMEA, María. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI, para ferropenia en niños. *Rev. salud pública* [online]. 2011, vol.13. Disponible en: [www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid)
- SCIELO: MACMILLAN K, Norman *Rev. chil. nutr.* 32(3): 232-237, ILUS.2005Dec.
- SPRINGER: WORLD HEALTH ORGANIZATION STAFF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Editorial Organización Mundial de la Salud. 2003. Disponible en: [www.springer.org/estrategiamundialparalaalimentacióndellactante](http://www.springer.org/estrategiamundialparalaalimentacióndellactante).
- SCIELO Brasil: Correia, DivaniseSuruagy, Santos, LayseVeloso de Amorim, Calheiros, Ascanio Marcos de Novais, Vieira, MariaJésia. Adolescentes embarazadas: signos, síntomas, complicaciones y presencia de estrés. , *Rev. GaúchaEnferm.* (Online), 2011, vol.32, no.1, ISSN 1983-14472.
- SCIELO Salud Pública: El embarazo y uso de anticonceptivos en adolescentes. , *RevPanam Salud Publica*, 1997, vol.1, no.4, ISSN 1020-49891.

## ANEXOS

### Anexo 1

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

#### ENCUESTA DIRIGIDA A MADRES ADOLESCENTES

##### Objetivo

- Recolectar información sobre las madres adolescentes en su etapa del embarazo y como está el crecimiento y desarrollo de sus hijos/as.

##### Instructivo

- Responda con la mayor sinceridad posible la encuesta
- No guarde ningún tipo de información que sea relevante para la investigación.

#### DATOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES

1. Nombre:

.....

2. Edad actual: .....

HCL: .....

3. Dirección: .....

4. Estado civil: .....

5. Situación económica: .....

6. Ocupación: .....

7. Nivel de Educación

- Primaria .....
- Secundaria .....
- Superior .....

8. Edad del inicio de relaciones sexuales

- 10-13 años de edad
- 14-16 años de edad
- 17-19 años de edad

9. Número de Controles Prenatales

- 1-3 controles
- 4-5 controles
- Más de 5 controles

10. Complicaciones que presentaron durante su embarazo:

- Si
- No
- Cuales.....
- .....

11. Tipo de parto que tuvo:

- Vagina .....
- Cesárea .....

12. Lugar de parto:

Clínicas .....

Hospital Básico Pelileo .....

**DATOS DEL NIÑO.**

1. Nombre:

.....

.....

2. Fecha de nacimiento: .....

3. Edad: .....

HCL: .....

4. Sexo: .....

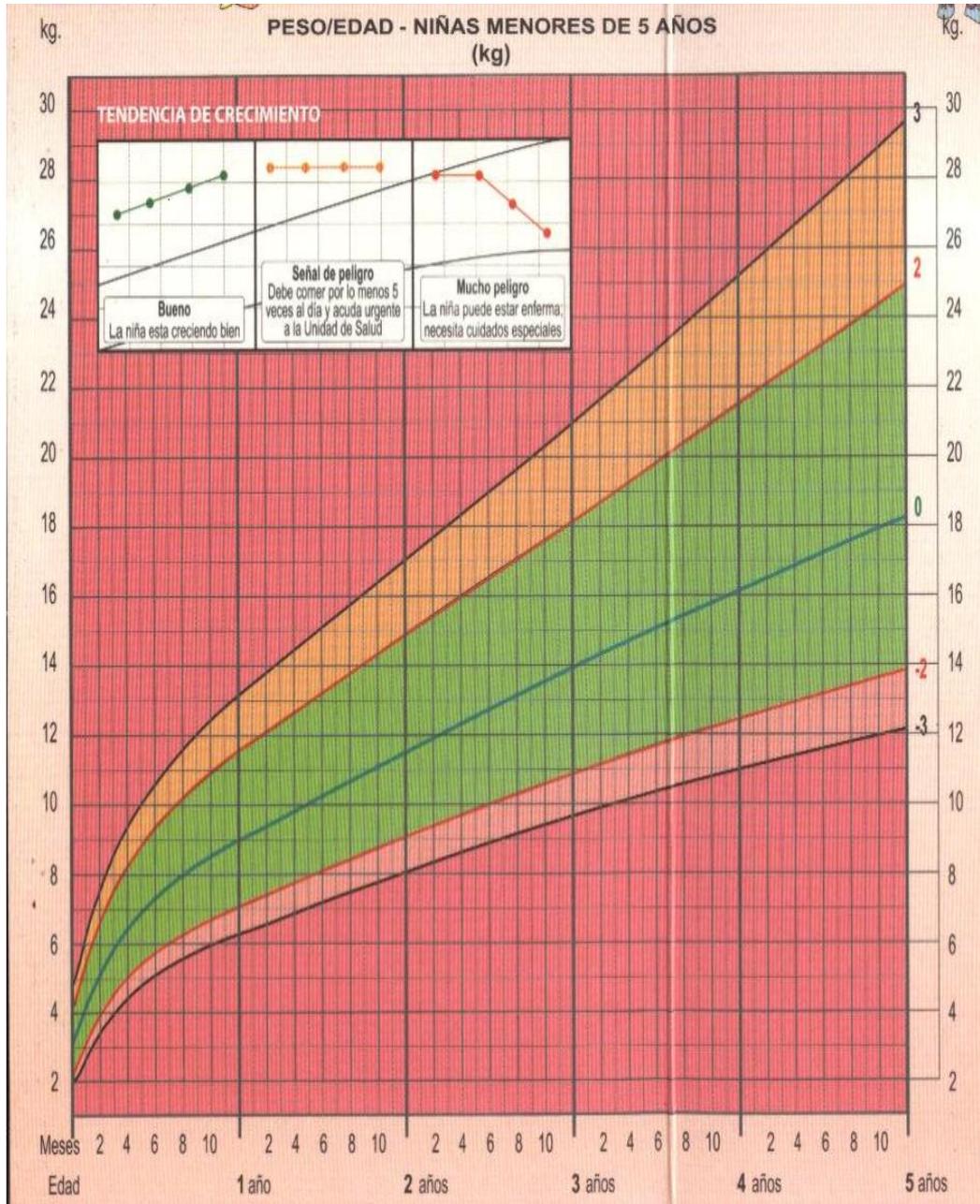
5. Apgar: .....

6. Peso al nacer: .....

7. Talla al nacer: .....
8. Perímetro cefálico al nacer: .....
9. Complicaciones neonatales:
  - Sí.....
  - No .....
  - Cuál:.....
  - .....
10. Lactancia Materna:
  - Sí.....
  - No.....
  - Hasta qué edad: .....
11. Inicio de la alimentación complementaria: .....
12. Enfermedades relevantes que ha tenido: .....
13. Vacunas completas:
  - Si .....
  - No .....
14. Número de controles pediátricos: .....
15. Peso actual: .....
16. Talla actual: .....
17. Perímetro cefálico actual: .....
18. Resultados del Test de Desarrollo:
  - Normal .....
  - Déficit .....

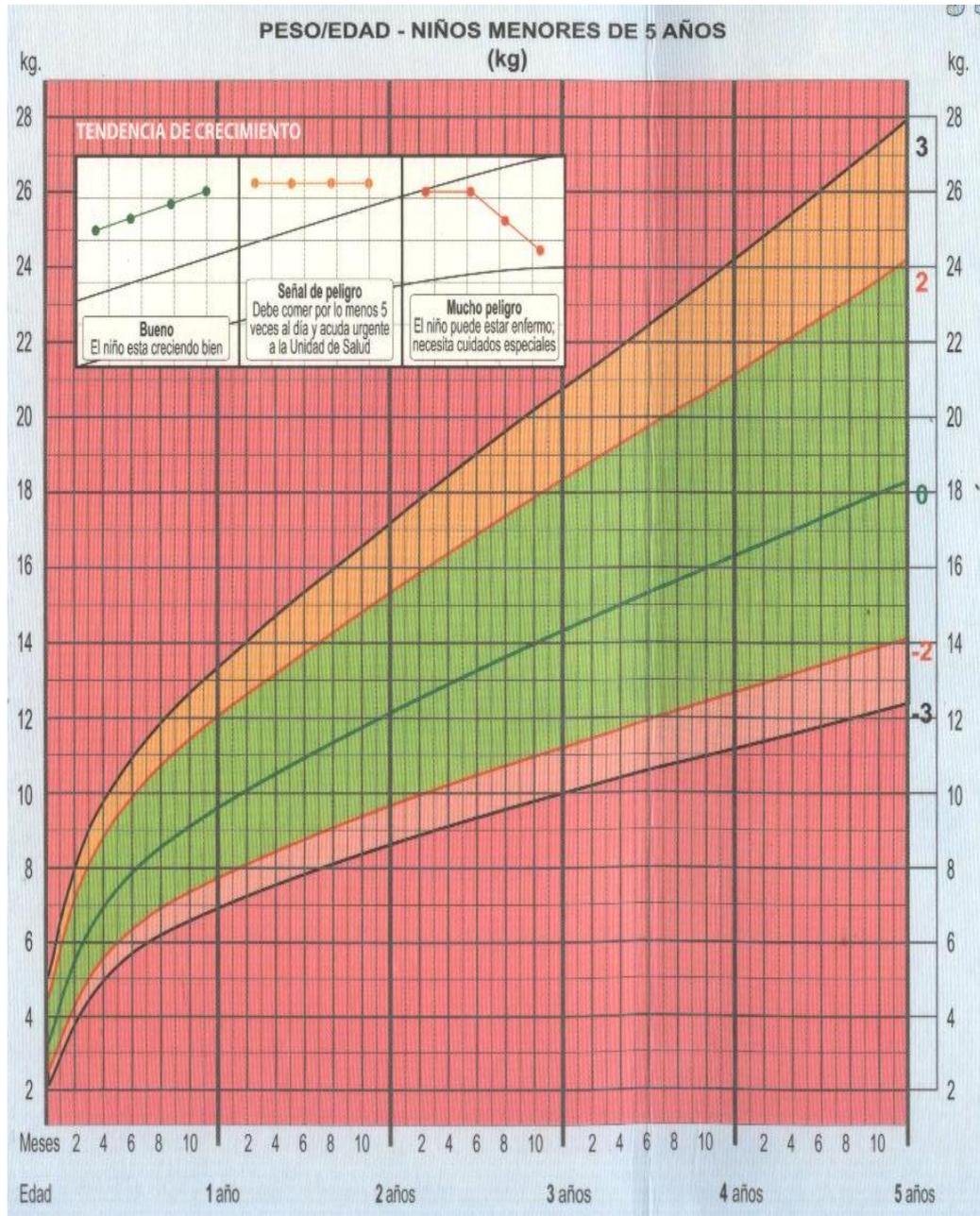
## Anexo 2

### Peso / edad- niñas menores de 5 años



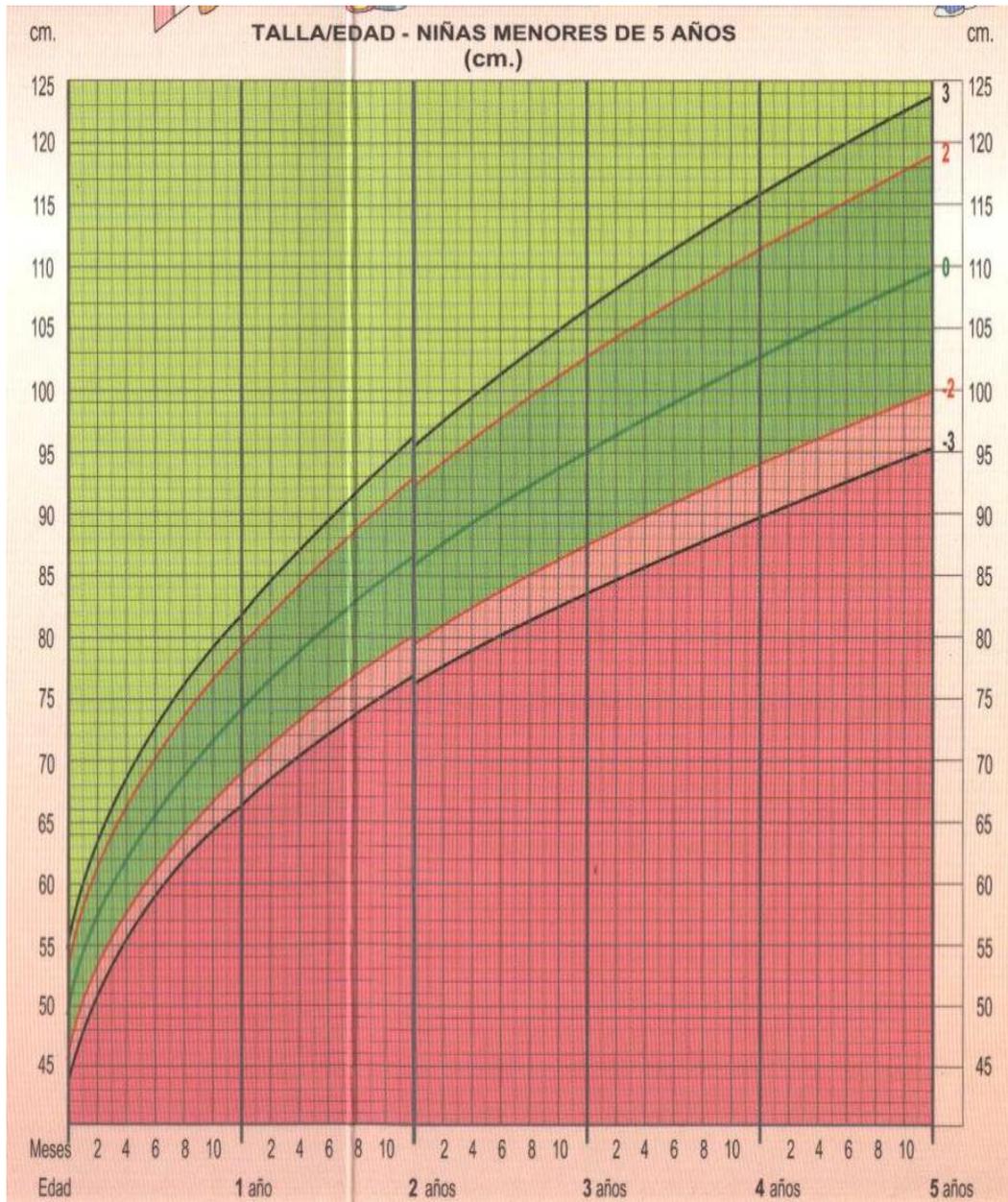
### Anexo 3

#### Peso/Edad niños menores de cinco años



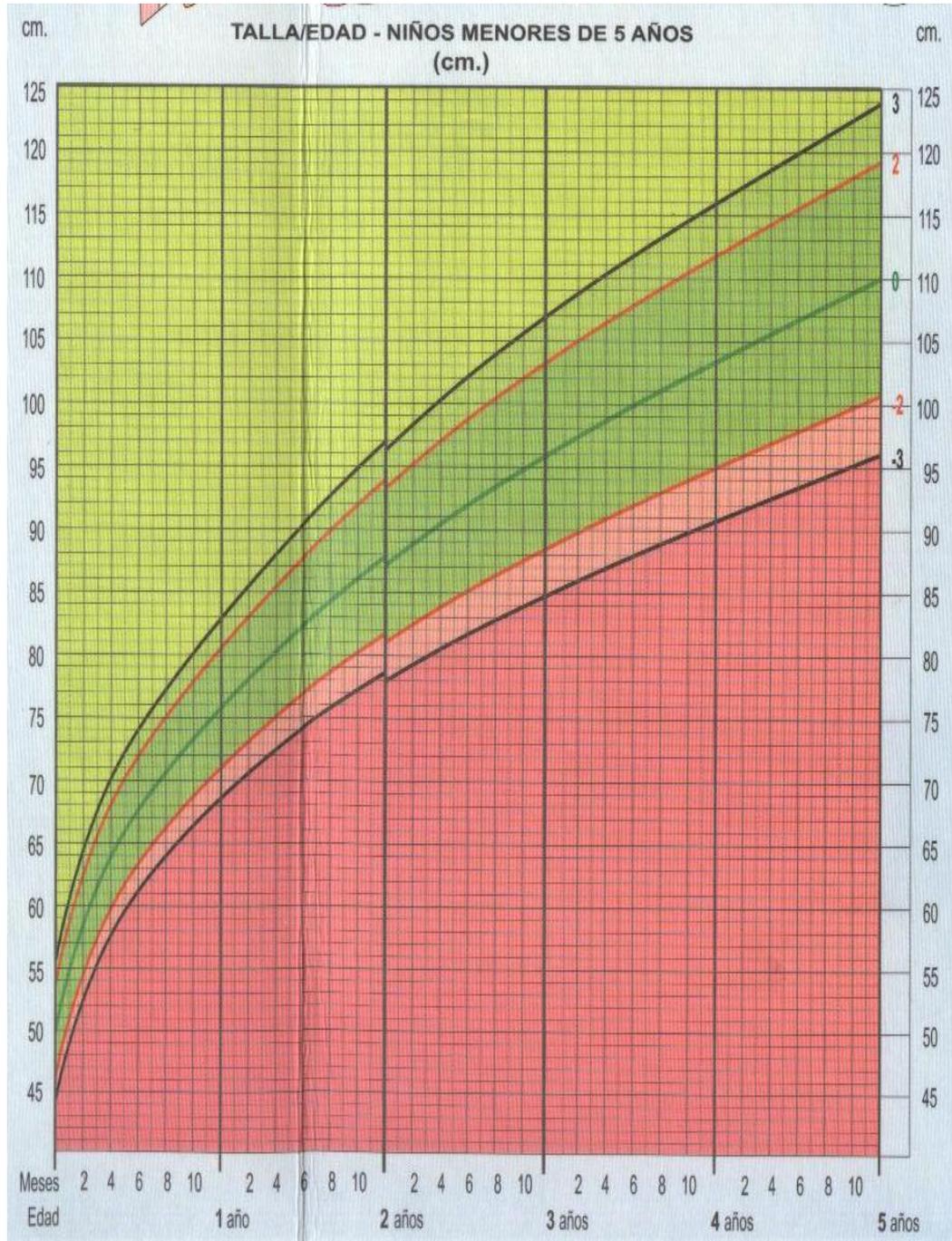
## Anexo 4

Talla / edad- niñas menores de 5 años



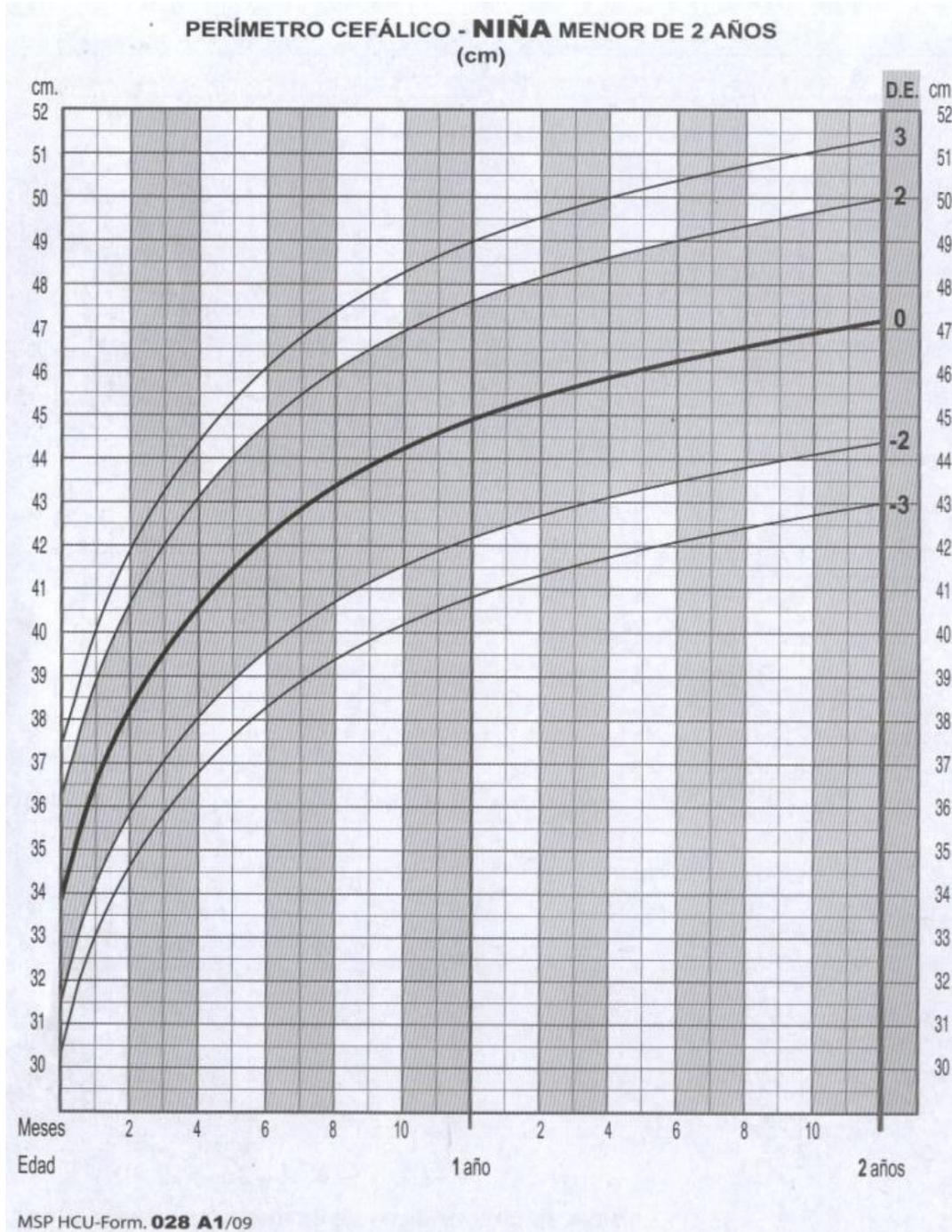
## Anexo 5

Talla/edad niños menores de 5 años



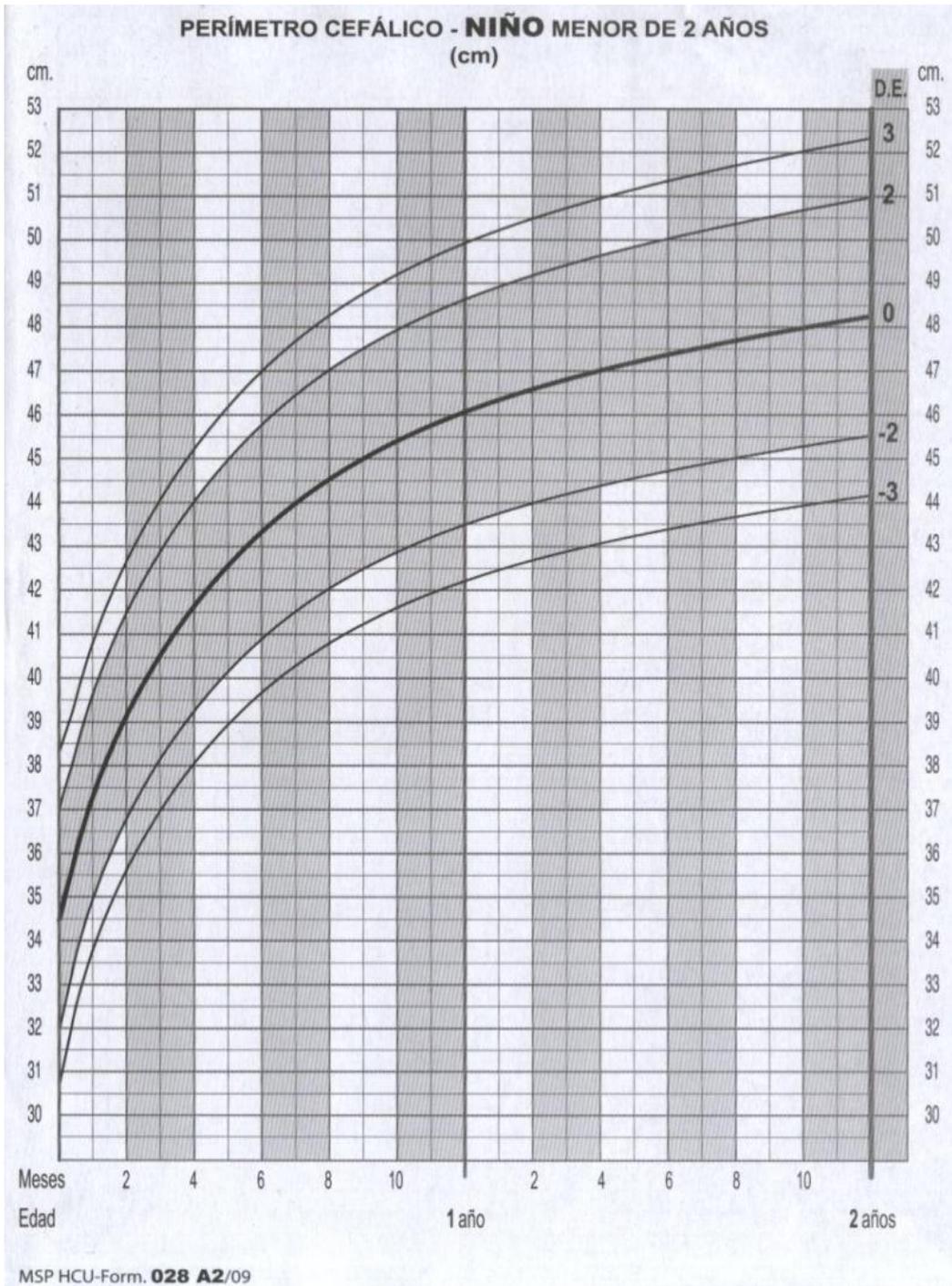
## Anexo 6

Perímetro cefálico de niña menor de 2 años



## Anexo 7

Perímetro cefálico de niño menor de 2 años



## Anexo .8

### Test de Aldrich y Norval

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

(Adaptado de Aldrich y Norval)

Sonríe: Como respuesta aun adulto o a su voz-----  
Vocaliza: Emite sonidos espontáneamente a merced a un estímulo

Controla la cabeza: La cabeza no cae hacia atrás cuando se tira de él para sentarlo estando en posición supina

Controla la mano: Sujeta un juguete con una o ambas manos cuando cuelga por encima de él-----

Se rueda: De boca arriba a boca a bajo -----

Se sienta solo: Durante algunos momentos-----

Comienza a andar a gatas: Rodándose, empujándose sobre el abdomen o sobre la espalda

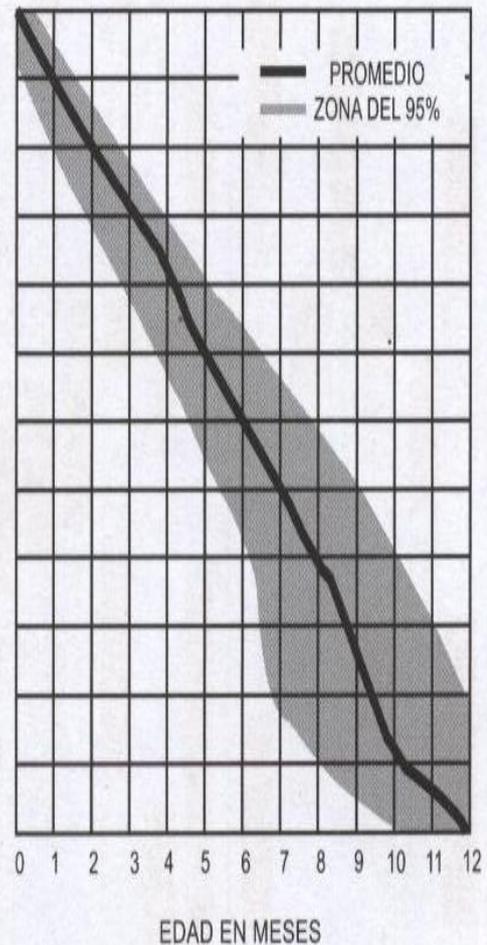
Prensa: Junta el pulgar con el índice para tomar pequeños objetos

Se pone de pie cuando se tira de él-----

Camina sin ayuda: Sujetándose de un barandal, de los muebles o de un adulto -----

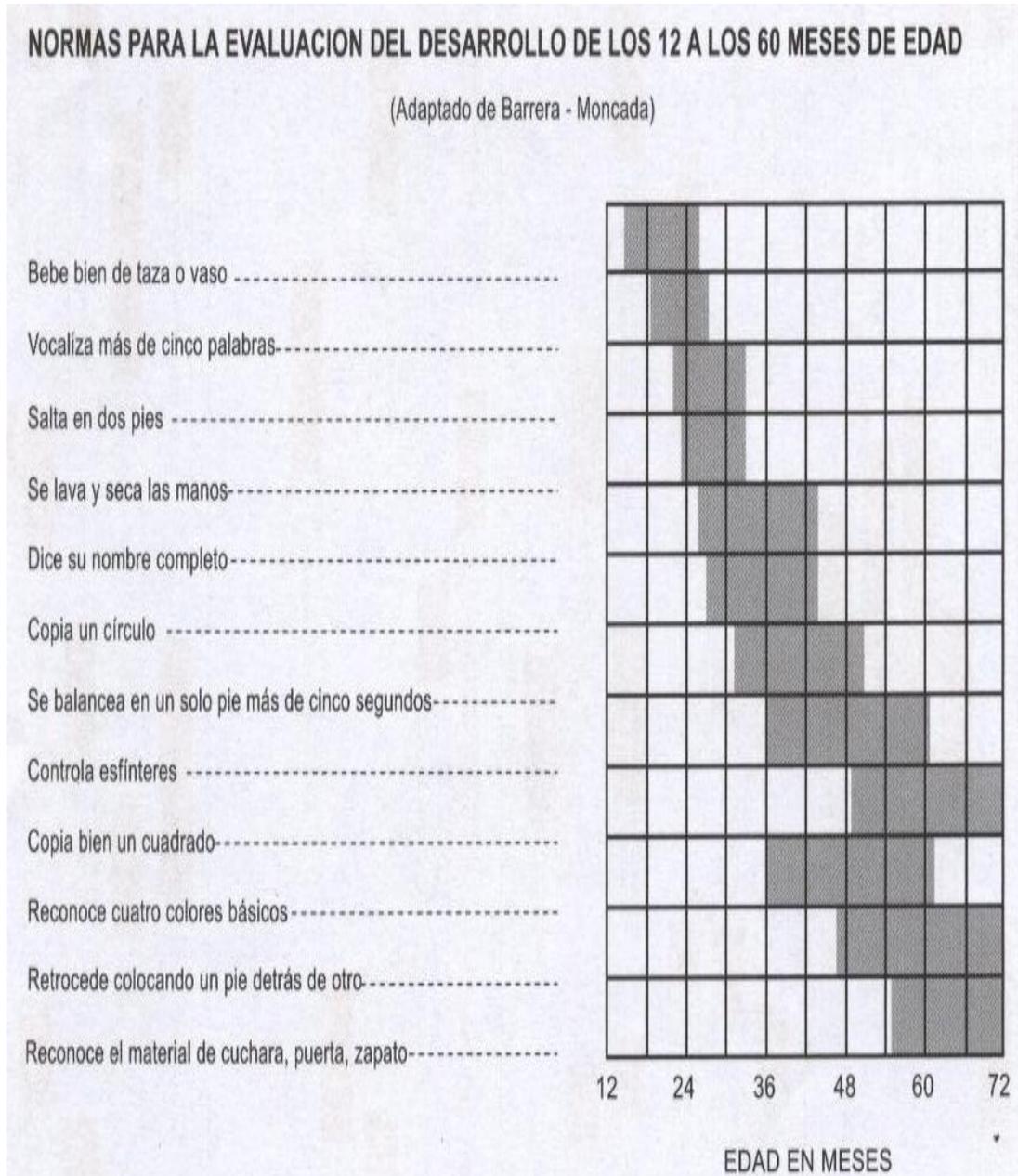
Se para solo: Sin Ayuda, durante algunos momentos-----

CaminaSolo: Da varios pasos -----



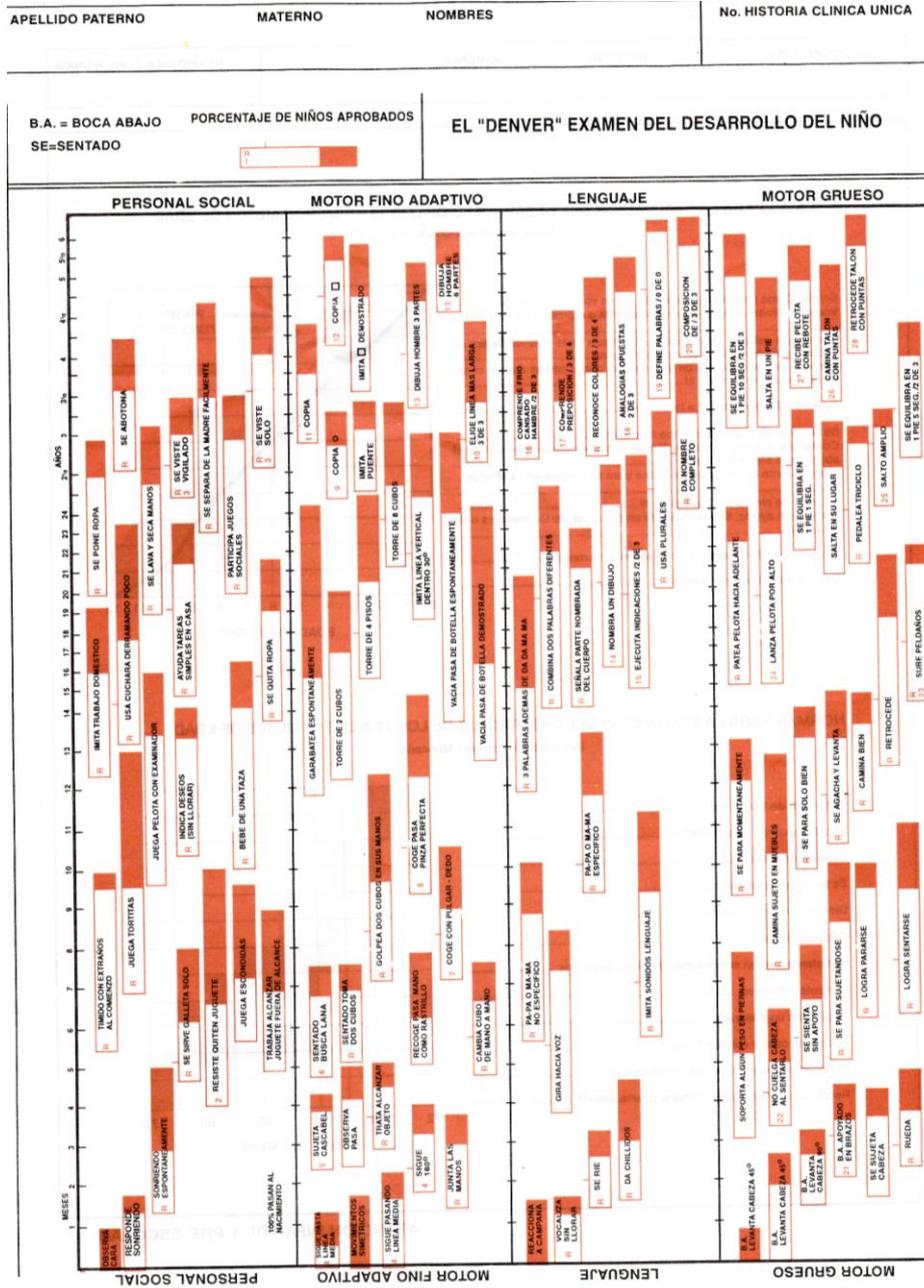
## Anexo 9

### Test de Barrera- Moncada



# Anexo 10

## Test de Denver



## Anexo 11

### Historia Clínica Materno Perinatal

HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL - MSP				FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA	ALFA BETA	ESTUDIOS	ESTADO CIVIL		Lugar de Control Prenatal	
NOMBRE: _____ APELLIDO: _____				____/____/____		blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra <input type="radio"/>	ninguno <input type="radio"/> primario <input type="radio"/> secundario <input type="radio"/> universitario <input type="radio"/> años en el mayor nivel <input type="radio"/>	casado <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>	vive sola <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		Lugar de Parto: _____ Nº Historia Clínica: _____	
DOMICILIO: _____ TELF.: _____				EDAD (años): _____								
LOCALIDAD: _____												
<b>1. ANTECEDENTES</b>				<b>OBSTETRICOS</b>				<b>FIN EMBARAZO ANTERIOR</b>				
FAMILIARES: TBC <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> hipertensión <input type="radio"/> preeclampsia <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> otra cond. médica grave <input type="radio"/>				gestas previas <input type="radio"/> abortos <input type="radio"/> abortos vaginales <input type="radio"/> abortos cesáreas <input type="radio"/> nacidos vivos <input type="radio"/> nacidos muertos <input type="radio"/> muertitos <input type="radio"/> después 1º sem. <input type="radio"/>				EMBARAZO PLANEADO <input type="radio"/> FRACASO METODO ANTICONCEP. <input type="radio"/>				
PERSONALES: cirugía ginebr-uraria <input type="radio"/> infertilidad <input type="radio"/> cardiopat. <input type="radio"/> nefropatía <input type="radio"/> violencia <input type="radio"/>				ULTIMO PREVIO: n/c <input type="radio"/> <2500g <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> <4000g <input type="radio"/> Antecedente de gemelares <input type="radio"/>				EMBARAZO PLANEADO <input type="radio"/> FRACASO METODO ANTICONCEP. <input type="radio"/>				
<b>2. GESTACION ACTUAL</b>				<b>EG CONFIABLE por FUM</b>				<b>EX. NORMAL</b>				
PESO ANTERIOR: _____ Kg TALLA (cm): _____ FUM: _____				FUM Eco <20 s: 1er trim <input type="radio"/> 2do trim <input type="radio"/> 3er trim <input type="radio"/>				OODNT MAMAS <input type="radio"/>				
GRUPO Rh: _____ TOXOPLASMOSIS: _____ VIH: _____				FUM ACT: _____ FUM PAS: _____ DROGAS: _____ ALCOHOL: _____				ANTRIBIOTICA: _____ ANTITETANICA: _____				
CHAGAS: _____ PALLIDISMO/MALARIA: _____ BACTERIURIA: _____				GLUCEMIA EN AYUNAS: _____ TEST DE O'Sullivan: _____				ESTREPTOCOCCO B 35-37: _____ PREPARACION PARA EL PARTO: _____				
CONSIDERACIONES: _____				SIGNOS DE ALARMA, exámenes, diagnóstico y tratamientos: _____				INICIALES Técnica: _____ próxima cita: _____				
<b>3. PARTO O ABORTO</b>				<b>HOSPITALIZ en EMBARAZO</b>				<b>CORTICOIDES ANTENATALES</b>				
FECHA DE INGRESO: _____ CONSULTAS PRE NATALES: _____				completo <input type="radio"/> incompl. <input type="radio"/> semana inicio <input type="radio"/>				INICIO espont. <input type="radio"/> inducido <input type="radio"/>				
CARN... <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: _____				EDAD GEST. al parto: _____ PRESENTACION: _____				
TRABAJO DE PARTO: _____				ENFERMEDADES: _____				TAMANO FETAL ACORDE: _____				
NACIMIENTO VIVO <input type="radio"/> MUERTO <input type="radio"/>				MULTIPLE: _____ TERMINACION: _____				PRESENTACION SITUACION: _____				
POSICION PARTO: _____				RECIBIO: _____				TAMANO FETAL ACORDE: _____				
DEFECTOS CONGENITOS: _____				TAMIAJE NEONATAL: _____				5. PUERPERIO: _____				
6. EGRESO RN: _____				7. EGRESO MATERNO: _____				6. ANTICONCEPCION: _____				
Nombre Recién Nacido: _____ Responsable: _____				Nombre Recién Nacido: _____ Responsable: _____				Nombre Recién Nacido: _____ Responsable: _____				

MSP - H.C.U. Form. # 051-2008

ADAPTADO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE CLAP-COPSOM

**Anexo 12.** Taller de capacitación dirigido a las madres adolescentes que acuden al Hospital Básico Pelileo: sobre lactancia materna y alimentación complementaria.

<b>Tema</b>	<b>Lactancia materna y alimentación complementaria</b>
<b>Objetivos</b>	<p><b>General:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar información sobre la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria</li> <li>• Mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños con la prolongación de este alimento</li> </ul> <p><b>Específico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar sobre los beneficios que ofrece este alimento</li> <li>• Indicar sobre el inicio de la alimentación complementaria y que alimentos debe ingerir los niños en determinadas edades</li> <li>• Educar sobre la higiene al preparar los alimentos</li> </ul>
<b>Comunidad a la que va dirigida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Básico Pelileo</li> </ul>
<b>Equipo responsable</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcia Perrazo</li> <li>• Representantes del Hospital Básico Pelileo</li> </ul>
<b>Número de participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 madres adolescentes</li> </ul>
<b>Tiempo de ejecución</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• agosto, septiembre, octubre 2012</li> </ul>
<b>Distribución</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales: muñecos, sillas, mesas, alimentos</li> </ul>
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devolución de la práctica</li> </ul>

**Anexo 13.** Siodrama dirigido a las madres adolescentes que acuden al Hospital Básico Pelileo sobre: la alimentación complementaria.

<b>Tema:</b>	Inicio de la alimentación complementaria		
<b>Objetivos:</b>	<p><b>General</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar información a las madres sobre la importancia de alimentación complementaria</li> </ul> <p><b>Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educar a qué edad se debe iniciar con la alimentación complementaria.</li> <li>• Educar que tipo de alimentos se debe dar en determinadas edades.</li> </ul>		
<b>Lugar:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Básico Pelileo</li> </ul>		
<b>Fecha:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agosto, septiembre, noviembre 2012</li> </ul>		
<b>Hechos:</b>	<b>Materiales</b>	<b>Personajes</b>	<b>Orden de entrada</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos</li> <li>• Utensilios</li> <li>• Mesa</li> <li>• Silla</li> <li>• Los carteles</li> <li>• Muñecos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niño</li> <li>• Mamá</li> <li>• Enfermera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera</li> <li>• Mamá</li> <li>• niño</li> </ul>

UN REGALO PARA TODA LA VIDA

# 11 Pasos para garantizar una lactancia materna exitosa

Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño



**Paso 1**  
Disponer de una información clara y comprensible sobre la lactancia materna, sus beneficios y los factores que favorecen su éxito.

**Paso 3**  
Capacidad técnica adecuada de salud para garantizar condiciones de poder en salud como mujer.

**Paso 2**  
Elegir a favor de la lactancia materna y el pecho materno, de la familia y de otros factores, así como la forma de proveer el pecho.

**Paso 4**  
Cuidar al bebé en conjunto con el pecho y la leche, y recibir apoyo técnico del personal de salud para tener una buena lactancia materna.

**Paso 5**  
Realizar a los padres y madres un trabajo conjunto en el hogar para garantizar que el bebé sea el más feliz y cómodo, manteniendo la lactancia materna a lo largo de los meses.

**Paso 6**  
No dar otros líquidos al bebé que leche materna, ni otros alimentos que no sean leche materna.

**Paso 7**  
Cuidar el bienestar común de la madre y el bebé durante las 24 horas del día.

**Paso 8**  
Proteger la lactancia materna y garantizar que el bebé sea el más feliz y cómodo.

**Paso 9**  
Por dar a los bebés maternos, además de leche materna.

**Paso 10**  
Tener acceso al apoyo técnico y humano y al que se necesita para garantizar la lactancia materna exitosa.

**Paso 11**  
Proteger la lactancia materna y garantizar que el bebé sea el más feliz y cómodo.

**Recomendación para el momento de la lactancia materna**

[www.hospitalamigo.org](http://www.hospitalamigo.org)




## Anexo 15 Alimentación Complementaria



## ANEXO 16

### Trípticos de Charlas Educativas

#### Separar los alimentos crudos de los cocidos

- Separar siempre los alimentos crudos de los cocidos y de los listos para consumir.
- Para manipular carnes y otros alimentos caldos, usar equipos y utensilios diferentes, como cuchillas o tablas de cortar.



- Conservar los alimentos en recipientes separados, a fin de evitar el contacto entre los crudos y los cocidos.



#### ¿Por qué?

Los alimentos crudos, especialmente carnes, pollos, pescados y sus jugos, pueden estar contaminados con bacterias peligrosas. Estas pueden transferirse a comidas cocinadas o listas para consumir, ya sea durante su



#### Usar agua y alimentos seguros

- Utilizar agua potable o asegurarse de potabilizarla antes de su consumo.
- Seleccionar alimentos sanos y frescos.
- Preferir alimentos ya procesados, tales como la leche pasteurizada, en lugar de la leche cruda.
- Lavar las frutas y las hortalizas en forma minuciosa, especialmente si se consumen crudas.
- No consumir o utilizar alimentos después de su fecha de vencimiento.

#### ¿Por qué?

Los alimentos, incluyendo el agua y el hielo, pueden estar contaminados con bacterias peligrosas y sustancias químicas, algunas de las cuales pueden formarse incluso en alimentos dañados o con hongos. Por ese motivo, una cuidadosa selección de los alimentos y la aplicación de algunas medidas simples, como lavar y pelar, disminuyen el riesgo.



UNIVERSIDAD  
TÉCNICA DE  
AMBATO

CARRERA DE  
ENFERMERÍA

HIGIENE Y  
MANIPULACIÓN DE  
ALIMENTOS

