



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 ÁREA N. 6 DEL CANTÓN PÍLLARO DE LA
COMUNIDAD DE CHAUILOMA DE LA PROVINCIA DE
TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE
DEL 2012”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: Sailema Chango, Verónica Cecilia

Tutora: Lcda. Vàsconez Espín, Valeria Fernanda

Ambato – Ecuador

Mayo, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor a 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 ÁREA N. 6 DEL CANTÓN PÍLLARO DE LA COMUNIDAD DE CHAUPILOMA DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”, de Verónica Cecilia Sailema Chango 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, Diciembre del 2013

LA TUTORA

.....

LCDA. VALERIA VÁSCONEZ

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 ÁREA N. 6 DEL CANTÓN PÍLLARO DE LA COMUNIDAD DE CHAUPILOMA DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Abril del 2014

LA AUTORA

.....

Verónica Cecilia Sailema Chango

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 proceso de investigación.

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

Ambato, Diciembre del 2013

LA AUTORA

.....

Verónica Cecilia Sailema Chango

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL ÁREA N. 6 DEL CANTÓN PÍLLARO DE LA COMUNIDAD DE CHAUPILOMA DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”**, de Verónica Cecilia Sailema Chango , estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Mayo del 2014

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

A dios por permitir seguir viviendo y por brindarme día a día su paciencia, fe, confianza, ya que sin el nada es posible.

A mis padres José y María, quienes me han brindado infinitamente su apoyo incondicional, ayudándome a salir a delante.

A mis hermanas/os quien me apoyaron dándole calor y amor a mi hija, guiándome y aconsejándome.

A mi esposo Klever: quien me ha brindado amor y comprensión en la realización de esta meta.

A mi Adorada hija: Tiffany Paola que me ha tenido paciencia por los días y noches de soledad y el tiempo no compartido su existencia ha llenado mi vida de fortaleza y seguridad para salir adelante.

Verónica Sailema

AGRADECIMIENTO

En especial: a Dios por haberme dado la vida,
sabiduría, confianza, fe y sobre todo salud.

A mi esposo por su comprensión ya que día a día me
apoyado.

A mis padres por el apoyo que me brindaron con
sacrificio y amor para alcanzar esta meta.

A la Universidad Técnica De Ambato, Facultad
Ciencias de la Salud por abrirme sus puertas para ser
alguien en la vida.

Con aprecio y respeto a la Lcda. Valeria Vásquez
quien me brindó su apoyo incondicional, su
conocimiento, orientación y estímulo a la realización de
este trabajo.

Verónica Sailema

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

HOJAS PRELIMINARES:	Págs.
Portada	i
Aprobación del Tutor	ii
Autoría del trabajo de grado	iii
Derechos Del Autor.....	iv
Aprobación del Jurado Examinador	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento	vii
Índice general	viii
Resumen ejecutivo	ix
Summary	xvi
Introducción.....	1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1.- Tema.....	2
1.2.- Planteamiento del problema.....	2
1. 2.1.- Contextualización	2
1.2.2.- Análisis Crítico	5
1.2.3. –Prognosis.....	6
1.2.4. -Formulación del problema	7
1.2.5.- Preguntas directrices.....	7
1.2.6.- Delimitación del Problema.....	7
1.3.- Justificación	8
1.4.- Objetivos	9
1.4.1.- Objetivos General	9
1.4.2.- Objetivo Especifico	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes Investigativos.....	10
2.2.- Fundamentación Filosófica	12
2.3.- Fundamentación Legal	12
2.4.- Categorías Fundamentales.....	15

CATEGORÍAS FUNDAMENTALES DE LA VARIABLE

2.4.1.-Adolescencia.....	16
2.4.1.2.-Etapasde la Adolescencia.....	17
2.4.1.3.-Educacion Sexual	18
2-4.1.4.- Embarazo en la Adolescencia.....	19
2.4.1.5.- Consecuencias de la maternidad	22
2.4.1.6.-Familia Disfuncional	26
2.4.1.7.-Importancia del control prenatal.....	31
2.4.1.8.- Lactancia Materna	32
2.4.1.9.-Parto.....	37
2.4.2.-Alteración en el Crecimiento y Desarrollo.....	41
2.4.2.1.- Crecimiento y Desarrollo.....	41
2.4.2.2.- Crecimiento	42
2.4.2.3.- Factores que afectan el crecimiento Intra Uterino.....	43
2.4.2.4.- Factores que influyen en el crecimiento y desarrollo	48
2.4.2.5.- Medidas Antropométrica	50
2.4.2.6.- Desarrollo.....	53
2.4.2.7-Formas para Evaluar el Crecimiento y Desarrollo.....	59
2.4.2.8.- Control del niño sano.....	60
2.5.- Hipótesis.....	64
2.6.- Señalamiento de Variables.....	64
2.6.1.- Variable Dependiente	64

2.6.2.- Variable Independiente.....	64
-------------------------------------	----

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA.

3.1 Enfoque.....	65
3.2.- Modalidad de la Investigación	65
3.3.- Nivel o tipo de Investigación	66
3.4.-Población y Muestra.....	66
3.4.1.- Población	66
3.4.2.-Muestra.....	67
3.5.- Operacionalización de Variables.....	68
3.5.1.- Variable Independiente: Madres adolescentes.....	68
3.5.2.-Variable Dependiente: Crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses.....	69
3.6.- Técnica e Instrumentos.....	70
3.5.- Plan de Recolección de Información.....	70
3.6.- Plan de Procesamiento de Información	71

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

4.1.- Datos recolectados d las historias clínicas de las madres Adolescentes.....	72
4.2.-Datos recolectados de las historias clínicas de los hijos de madres adolescentes.....	72
4.3.- Verificación de la hipótesis.....	92

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.-Conclusiones.....	93
5.2.- Recomendaciones.....	94

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1.- Datos informativos.....	95
6.2.- Antecedentes de la propuesta	96
6.3.- Justificación.....	96
6.4.- Objetivos.....	97
6.4.1 Objetivo General	97
6.4.2.- Objetivo Específicos.....	97
6.5.- Fundamentación Científica.....	98
6.6.- Análisis de factibilidad.....	98
6.7.- Metodología	98
6.8.- Modelo operativo	100
6.8- Administracion.....	102
6.9.- Previsión de la evaluación.....	102
6.10.-Bibliografía	103

Anexos

ÍNDICE DE CUADROS

1.- Peso durante el embarazo	28
2.- Peso normal por edad.....	52
3.- Desarrollo del Área Socio efectiva.....	54
4.- Desarrollo del área del lenguaje y comunicación.....	55
5.- Desarrollo en el área cognitiva.....	56

6.- Desarrollo en el área de motricidad fina y gruesa.....	57
7.- Cuadro de variable Independiente.....	68
8.- Cuadro de variable dependiente.....	6
9.- Plan de recolección de información.....	72
10.- Modelo Operativo.....	100

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla1.....	72
Tabla2.....	73
Tabla 3.....	74
Tabla 4.....	75
Tabla 5.....	76
Tabla 6.....	77
Tabla 7.....	78
Tabla 8.....	79
Tabla 9.....	80
Tabla 10.....	82
Tabla 11.....	82
Tabla 12.....	83
Tabla 13.....	84
Tabla 14.....	85
Tabla 15.....	86
Tabla 16.....	87
Tabla 17.....	88
Tabla 18.....	89
Tabla 19.....	90
Tabla 20.....	91

ANEXOS

Anexo 1.- Cuadernillo de lactancia materna y alimentación del niño.....	108
Anexo 2.- Encuesta dirigidas a las madres adolescentes.....	116
Anexo 3- Encuesta dirigidas al personal de salud.....	119
Anexo 4.-Peso /edad niñas menores de 5 año.....	123
Anexo 5.-Peso /edad niños menores de 5 años	124
Anexo 6.-Talla /edad niñas menores de r años.....	125
Anexo 7.-Perímetro Cefálico menor de 2 años	126
Anexo 8.-Normas para evaluar el desarrollo de los primeros meses de edad Aldrish y Norval	127
Anexo 9.-Examen del desarrollo el niño Test de Denver	128
Anexo 10.- Normas para evaluar el desarrollo de los 12 a los 60 meses de edad Barrera Moncada	129
Anexo 11.-Fotos	130
Anexo 12.-Sembríos.....	131

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 ÁREA N. 6 DEL CANTÓN PÍLLARO DE LA COMUNIDAD DE CHAUPILOMA DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO DE 23 JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”

Autora: Sailema Chango, Verónica Cecilia

Tutora: Lcda. Vásquez Espín, Valeria Fernanda

Fecha: Ambato, Diciembre del 2013

RESUMEN

En el subcentro de salud de la comunidad de Chaupiloma del Cantón Píllaro de la Provincia Tungurahua, se realizó un estudio con el objetivo prevenir embarazos en los adolescentes. El embarazo en los adolescentes se da en la edad de 14 a 19 años de edad iniciando precozmente su vida sexual siendo la causa el desconocimiento de los métodos anticonceptivos para la planificación familiar, la desconfianza de padres a hijos.

La presente investigación se realiza principalmente en la modalidad de campo porque se realizó directamente con los hijos de madres adolescentes para ver la realidad como condición de vida, su estado civil ya que la mayoría no son casadas, llevando como consecuencia a una situación económica baja dedicándose a la agricultura que conlleven a la alteración del crecimiento y desarrollo de sus hijos.

A demás de sus hijos también nos enfocamos sobre el embarazo, patologías prenatales, posnatales, lactancia materna lo cual conlleva a un parto complicado a la misma vez afectando a su niño. Cave comentar una de las causas principales de hijos no deseados se evidencia parámetros normales la lactancia materna lo reciben hasta los 2 años 6 meses las enfermedades que se han presentado es la desnutrición, EDAS por malas condiciones higiénicas la misma que se va dando tratamiento.

PALABRAS CLAVES: MENARQUIA, ECTÓPICO, ADOLESCENCIA, SEXO, ESTERILIDAD, CRECIMIENTO, SOMATICO, CONCEPCIÓN, CIGOTO, ANTICONCEPTIVO.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
AUTHORIZE SCIENCES OF THE HEALTH
CAREER OF INFIRMARY**

"TEENAGE MOTHERS AND THEIR RELATION TO THE GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN FROM 0 TO 2 YEARS 6 MONTHS IN THE AREA N. 6 CANTON CATCH HIM CHAUPILOMA COMMUNITY IN THE PROVINCE OF TUNGURAHUA IN THE PERIOD OF JUNE 23RD TO NOVEMBER 23 OF 2012,"

Author: Sailema Chango, Verónica Cecilia

Tutora: Lcda. Vásconez Espin, Valeria Fernanda

Date: Ambato, December 2012

SUMMARY

In the sub-center of community health Chaupiloma Canton Pillaro Tungurahua Province, a study was carried out to prevent teen pregnancy. Pregnancy in adolescents in the age of 14-19 years old early starting their sexual life being the cause ignorance of contraceptives for family planning, distrust of parents to children.

This research is mainly in the form of field because it was made directly with the children of teenage mothers to see reality as a condition of life , their marital status since most are not married , leading consequently to a low economic status dedicating agriculture that lead to impaired growth and development of their children.

A other of their children we also focus on pregnancy, prenatal conditions, postnatal , breastfeeding which leads to a complicated delivery at the same time

affecting your child. Cave discuss one of the main causes of unwanted children evidenced normal parameters it received breastfeeding up to 2 years 6 months diseases that have been presented is malnutrition , poor hygiene EDAS for the same treatment to be given .

KEYWORDS: MENARCHE, ECTOPIC, ADOLESCENCE, SEX, STERILITY, GROWTH, SOMATIC, CONCEPTION, ZYGOTE, CONTRACEPTIVE.

INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación tiene como tema: “Madres adolescentes y su relación con el Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Área n. 6 del Cantón Pillaro de la Comunidad de Chaupiloma de la Provincia de Tungurahua en el período de 23 Junio al 23 de Noviembre del 2012”

El embarazo y la maternidad en adolescentes es preocupante en la salud pública, provocando un problema a nivel social, debido a que la adolescente por su corta edad, inmadurez física y psicológica no está lo suficientemente preparada para brindar los cuidados necesarios al nuevo ser .

Las madres adolescentes que afectan son en la edad de 10 a 19 años de edad en lugares pobres, donde el nivel de educación es bajo, falta de comunicación de los padre, confianza, social económico afectando así a las madres adolescentes y su familia psicológicamente.

La incidencia de las complicaciones obstétricas en las madres adolescentes se da por la inmadurez biológica ya los cuidado, la alimentación, bienestar del niño dependerá de la madre desde el momento que lleva en su vientre, hasta su concepción del mismo.

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 puesto de salud de Píllaro Comunidad Chaupiloma durante el periodo Junio a Noviembre del 2012

1.2 Planteamiento Del Problema

1.2.1 Contextualización

La fecundidad global ha disminuido de manera marcada en **América Latina** en general, y en la Subregión Andina en particular, debido al influjo de factores socioeconómicos (urbanización, migración, industrialización, modernización, globalización), culturales (secularización de valores individualización de proyectos de vida, nuevos estilos de vida, nuevas formas de organización familiar), educativos, de género (creciente inserción laboral y protagonismo social de las mujeres) y tecnológicos (especialmente en los planos de acceso a la información en general y en la anticoncepción).

En muchos países la reducción de la fecundidad se ha registrado en un marco de intervenciones estatales en pro de la planificación familiar.

Pero la fecundidad de las y los adolescentes, sin embargo no ha disminuido; en promedio la Tasa Global de Fecundidad general en la Subregión Andina cayó más de 1/3 entre 1975-1980 y 1995-2005, la fecundidad adolescente se redujo solamente 6 por ciento, permaneciendo alta y presentando inclusive tendencias al alza en algunos países.

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 2 080 ya han sido madres. Si bien la cifra representa menos del 1% del total, da cuenta de un incremento del 74% en los 10 últimos años. A ello se suma una alta tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años. Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes.

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

De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados. La probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y desprotección. En el Ecuador aproximadamente el 30% de la población son adolescentes y Jóvenes, y de ellos 2.783.108 son adolescentes de 10 a 19 años

Según un estudio de la Comisión de Equidad Social y Género del Municipio de **Quito**, 1 de cada 5 embarazos corresponde a adolescentes que en un 80% inician su vida sexual antes de los 15 años. “La falta de educación sexual es un gran problema. Las adolescentes no saben cómo protegerse y lo poco que conocen, muchas veces, son conceptos equivocados”, dice Victoria Campos, sicóloga del Omni Hospital, quien comenta que el 35% de sus pacientes son jóvenes de entre 15 y 17 años.

Y es que no solo el embarazo precoz frustra los sueños de las jóvenes, quienes dejan a un lado los estudios para continuar con su rol de madres, sino que el rechazo de los familiares “deja a la adolescente al borde de la desesperación. Las implicaciones del embarazo y la maternidad adolescente son múltiples y devastadoras, afectan de manera determinante el futuro y el proyecto de vida de los y las adolescentes, pero especialmente los de estas últimas.

Entre las más notorias del embarazo en la adolescencia destacan primero los riesgos de salud, tanto para la joven madre como para el/la recién nacido/a, además de su pareja y sus familias, incluyendo los riesgos del aborto; los múltiples obstáculos para iniciar o continuar la formación escolar; las barreras para el acceso a trabajar, sea presente o futuro; el riesgo de caer o continuar sumida la pobreza; el riesgo de una formación deficiente que se cierne sobre los niños y niñas e inclusive, el riesgo de ser víctimas del estigma social que enfrentan las madres adolescentes.

El fenómeno del embarazo y la maternidad en la adolescencia afecta en mayor medida a las mujeres pobres, rurales y a aquellas con menor nivel educativo, exponiendo a la joven madre, a su pareja y a su bebé al riesgo de que el círculo vicioso de la pobreza se extienda al menos por una generación más. Abordar el problema de la reducción de embarazo adolescente es una responsabilidad multisectorial, interinstitucional y de la sociedad civil en su conjunto.

La adolescencia es una época de cambio en todos los órdenes, social, psicológico, sexual, físico y esto va a originar que sea un campo abonado para toda clase de problemas. Aunque se considera una etapa de la vida llena de salud, durante este periodo existe una morbilidad entre otros, podría explicar algunas de las razones por las que la sexualidad del adolescente puede resultar más problemática.

Entre las consecuencias de que haya una elevada proporción de adolescentes sexualmente activos, se encuentra la aparición de un problema de salud pública: el

embarazo. Las madres que son adolescentes, al ser una población todavía en periodo de formación (física, emocional y sociocultural) deben dar un paso forzado hacia la madurez.

Además, la maternidad no deseada en la adolescencia es un problema de salud personal, familiar y social, con consecuencias a largo plazo para la adolescente y la familia excesiva. El adolescente, a pesar de calificar su salud como buena o muy buena, convive con importantes factores de riesgo, los cuales no conoce en gran medida; mantiene actitudes no saludables respecto a éstos y a la vez los convierte en habituales conductas de riesgo.

1.2.2 Análisis Crítico

En nuestro país hay un porcentaje alto de madres adolescentes de 14 a 19 años edad debido a la falta de comunicación familiar, mala influencia de amistades, falta de información las cuales conllevan a las relaciones sexuales sin protección y a su misma vez un embarazo no deseado. Dejando sus estudios su juventud sin saber la responsabilidad grande que es tener un hijo.

Muchas de las adolescentes se casan otras no conviven con su pareja ya que estos matrimonios no siempre funcionarían por el mismo hecho de ser adolescentes sin conocimientos sin responsabilidades, no tiene un trabajo seguro y si no hay trabajo no habrá un salario adecuado el cual sustente el hogar causando problemas, discusiones hasta la separación del mismo.

Para una adolescente en su edad gestacional la alimentación debe ser balanceada el cual por medio del cordón umbilical el niño se alimenta e ira creciendo y desarrollándose hasta que sea el momento de salir, los controles medico es muy importantes también ya por medio de estos controles determinaremos cómo va creciendo, su peso, talla y problemas que pueden tener como trastornos neurológico, anemia, que en el futuro tengan problemas en el aprendizaje que estos deben ser tratados a tiempo.

El apoyo familiar es indispensable para la adolescente ya que muchos padres se ven heridos por el fracaso de sus hijos el no terminar sus estudios como ellos lo tenían a futuro, sin embargo es importante el apoyo familiar, dar amor, cariño, ya que muchas adolescentes se sienten deprimidas sin el apoyo de su cónyuge allí es donde los padres tienen que apoyarlas y levantarles su autoestima para que ese niño sepa que es bien venido.

Los chequeos de salud son importantes para los niños y tanto el médico como la enfermera les educara sobre higiene, alimentación del niño, que es necesario cumplir con el esquema de vacunación completo para prevenir enfermedades y crezcan sanos y fuertes.

1.2.3 Prognosis

Las madres adolescentes que no acuden a los chequeos médicos y al no tener una alimentación nutritiva en su estado gestacional a futuro concebirá una niño de bajo peso, talla, desnutrido que al concluir su trayecto de vida sus anticuerpos serán débiles y estarán propensos a enfermedades prevalentes en la infancia como neumonía, anemia, EDA, IRA que a futuro tendrán problemas de conducta, aprendizaje y podrían llevar a la muerte de esa criatura por el mismo hecho de ser madre adolescente sin conocimientos y responsabilidades.

1.2.4 Formulación Del Problema

- ¿De qué manera influye el ser madre adolescente con el crecimiento y desarrollo del niño de 2 años 6 meses en el Puesto de Salud de la Comunidad Chaupiloma del Cantón Píllaro de la Provincia de Tungurahua?

1.2.5 Preguntas Directrices

- ¿Cuántas madres adolescentes son atendidas de 11 a 19 años en el Puesto de salud de Chaupiloma?
- ¿Cuál es el número de hijos que tiene cada una de las madres adolescentes identificadas?
- ¿Cuál es la relación en el crecimiento antropométrico y desarrollo de acuerdo al test de Denver en los niños menores de 0 a 2 años 6 meses?
- ¿Cómo afecta el ser hijo de madre adolescente en relación con el crecimiento antropométrico, desarrollo según el test de Denver, el incumplimiento del esquema de vacunación y alimentación adecuada?
- ¿Qué actividades se puede desarrollar en área para mermar el porcentaje de madres adolescentes?

1.2.6 Delimitación

Campo: Enfermería

Área: Salud Pública

Aspecto: La relación de ser madre adolescente y la presencia de alteración en el crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz del niño.

Delimitación Temporal: La investigación se llevara a cabo desde de junio a diciembre del 2012.

Delimitación espacial: Puesto de Salud de la Provincia de Tungurahua Cantón Pillaro Comunidad Chaupiloma.

1.3 Justificación:

El tema que se está investigando es de considerable **interés** para la sociedad del Cantón Píllaro Provincia de Tungurahua, ya que la falta de comunicación y protección de los adolescencia incrementa mayor incidencia de embarazos en las familias con inestabilidad económica, social y emocional, razón por la cual se pretende con esta investigación promover comunicación.

Es de **importancia** ya que tanto la madre adolescente su niño deben realizarse chequeos médicos, tener una buena nutrición acudir a las vacunas para así prevenir enfermedades que puedan conllevar hasta la muerte y ver crecer un niño fuerte y sano.

Es **novedoso** ya que en nuestra sociedad existen adolescentes de 14 a 19 años de edad que son madres, sin tener profesión ni trabajo que pueda sustentar su hogar ya que en muchas familias no existe comprensión de padres hacia los adolescentes.

Es de **utilidad** orientar no solo a los adolescentes sino también a la comunidad sobre la presente investigación que es necesaria en beneficio de las madres adolescentes y niños de 0 a 2 años y 6 meses del cantón Píllaro, para así reducir el porcentaje de madres adolescentes mediante charlas educativas y mejorar el crecimiento y desarrollo del niño.

Es **impactante** para la sociedad ya que las adolescentes tuvieron de 1 u 2 hijos antes de los 19 años de edad dejando su juventud, educación hacia atrás.

El trabajo es **factible** ya que se tiene el permiso y acceso al centro de salud del área N: 6 del Cantón Pillarlo, Comunidad Chaupiloma teniendo el apoyo de un equipo de salud que se hallan con la disposición y preparación necesaria que nos brindara todo el apoyo condicional.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general:

Investigar de qué manera influye el ser madre adolescente en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses edad que han sido atendidos en el área N.- 6 del Cantón Píllaro de la Comunidad de Chaupiloma de la Provincia de Tungurahua en el periodo 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- 1.- Investigar cuántas madres adolescentes de 10 a 19 años de edad son atendidas en el puesto de salud del Cantón Píllaro de la Comunidad de Chaupiloma.
- 2.- Determinar de qué manera afecta el ser madre adolescente en relación con las medidas antropométricas según el test de Denver y el incumplimiento del esquema de vacunación.
- 3.- Desarrollar charlas que contribuyan a mermar el índice de madres adolescentes .y contrarrestar en parte las alteraciones del crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz del niño.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes investigativos

Valencia Guanoluisa Carla Verónica, ciudad de Ambato, Relación entre el estado nutricional y desarrollo psicomotor en niños de seis meses a un año de edad que asiste a consulta en el centro de salud N: 1 La investigación múltiples sobre “Relación entre el estado nutricional y desarrollo psicomotor en niños de seis meses a un año de edad que asiste a consulta al centro de salud N: 1 de la ciudad de Ambato durante el año 2010 tiene como objetivo general estudiar cómo influye el estado nutricional en el desarrollo psicomotor de los niños de seis meses de edad.

El ministerio de salud pública posee varios programas de prevención del desarrollo de los niños en sus diferentes etapas estos deberían ser aplicados en todos los niños que asisten a consulta pediátrica al centro de salud N:1 poniendo énfasis en niños en riesgo tanto en nutrición como en su desarrollo así aplicando técnicas de estimulación temprana enfocada adecuadamente en cada niño aplicando las planificaciones con amor y calidad siendo así eficientes para satisfacer tanto del niño y su familia obteniendo como resultaos niños sanos e útiles para nuestra sociedad.

Chimbolema C. Sandra (2009 -2009)” Incidencia en la deserción escolar por los embarazos prematuros de las alumnas del ciclo diversificado del Colegio Técnico Agroindustrial “Pedro Fermín Cevallos del Cantón Cevallos.

En el colegio Técnico “Pedro Fermín Cevallos, donde estoy realizando el estudio de investigación, pude comprobar que no existe ningún antecedente investigativo del problema planteado por lo cual tuve las puertas abiertas del plantel con permiso de las autoridades para tener acceso a desarrollar mi trabajo de investigación, por lo cual tome la decisión de hacerlo para tratar de disminuir y o evitar más embarazos en la institución, la misma que en muchos de los casos produce deserción escolar.

Asimbaya Jaramillo Maria Elena, durante el año 2008, el hospital “Yeravp-Mackuart” del cantón Salcedo. Relación entre el bajo peso al nacimiento y el retraso del desarrollo psicomotor en niños a los seis meses de edad.

La investigación científica sobre “Relación entre el bajo peso al nacimiento y el retraso del desarrollo psicomotor en niños a los seis meses de edad, que nacieron en el hospital “Yeravp-Mackuart” del Cantón Salcedo, durante el año 2008”, tiene como objetivo general estudiar cómo influye el peso bajo del recién nacido en el desarrollo psicomotor del niño a los seis meses de edad.

Los múltiples programas de detección temprana de los problemas de desarrollo en los niños, con que cuenta el Ministerio De Salud Pública (MSP), deben ser conocidos por los profesionales, de tal manera que sean practicado y aplicados en todos los niños que acuden a la consulta externa del hospital y en especial en aquellos niños de riesgo como cuando nacen con peso bajo, con la finalidad de determinar aquellos que presentan algún grado de retraso psicomotor y requieran un programa de estimulación temprana; estimulación que debe ser entregado de modo integral, con calidad y calidez, con eficacia y eficiencia, para satisfacción del usuario y su familia, para tener niños sanos y útiles e insertos en la sociedad.

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 estatura a los 30 meses de edad, fue significativamente menor en los hijos de adolescentes tanto varones como mujeres). 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”.

2.2 Fundamentación filosófica

La investigación se encuentra dentro del paradigma Crítico-propositivo. Crítico ya que esta investigación se encuentra en situaciones reales y tiene por objetivo mejorar o transformar esa realidad en pro del mejoramiento de las madres adolescentes, de los hijos y de la sociedad. Propositivo porque busca plantear soluciones al problema investigado. En este caso se analizara la realidad de la madre adolescente y las alteraciones del niño en proceso de crecimiento y desarrollo según el contexto.

2.3 Fundamentación Legal

DERECHO EN LA MUJER EMBARAZADA Y ALIMENTO

Art. 18. - Medidas de protección de la maternidad y paternidad. Las medidas que conforman la protección integral se extenderán a la madre y al padre durante el embarazo, el parto y al período de lactancia, garantizando condiciones dignas y equitativas para el adecuado desarrollo de su embarazo y la crianza de su hijo.

Art. 24.- Derecho A La Lactancia Materna.- Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna.

Art. 44.- Derechos Culturales De Los Pueblos Indígenas Y Negros O Afro ecuatorianos.- Todo programa de atención y cuidado a los niños, niñas y adolescentes de las nacionalidades y pueblos indígenas, negros o afro ecuatorianos, deberá respetar la cosmovisión, realidad cultural y conocimientos de su respectiva nacionalidad o pueblo y tener en cuenta sus necesidades específicas, de conformidad con la Constitución y la ley.

Las entidades de atención, públicas y privadas, que brinden servicios a dichos niños, niñas y adolescentes, deberán coordinar sus actividades con las correspondientes entidades de esas nacionalidades o pueblos.

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 crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.

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

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

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y aun medio ambiente saludable.
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los

servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten.

3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten.

4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados.

5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente.

6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios.

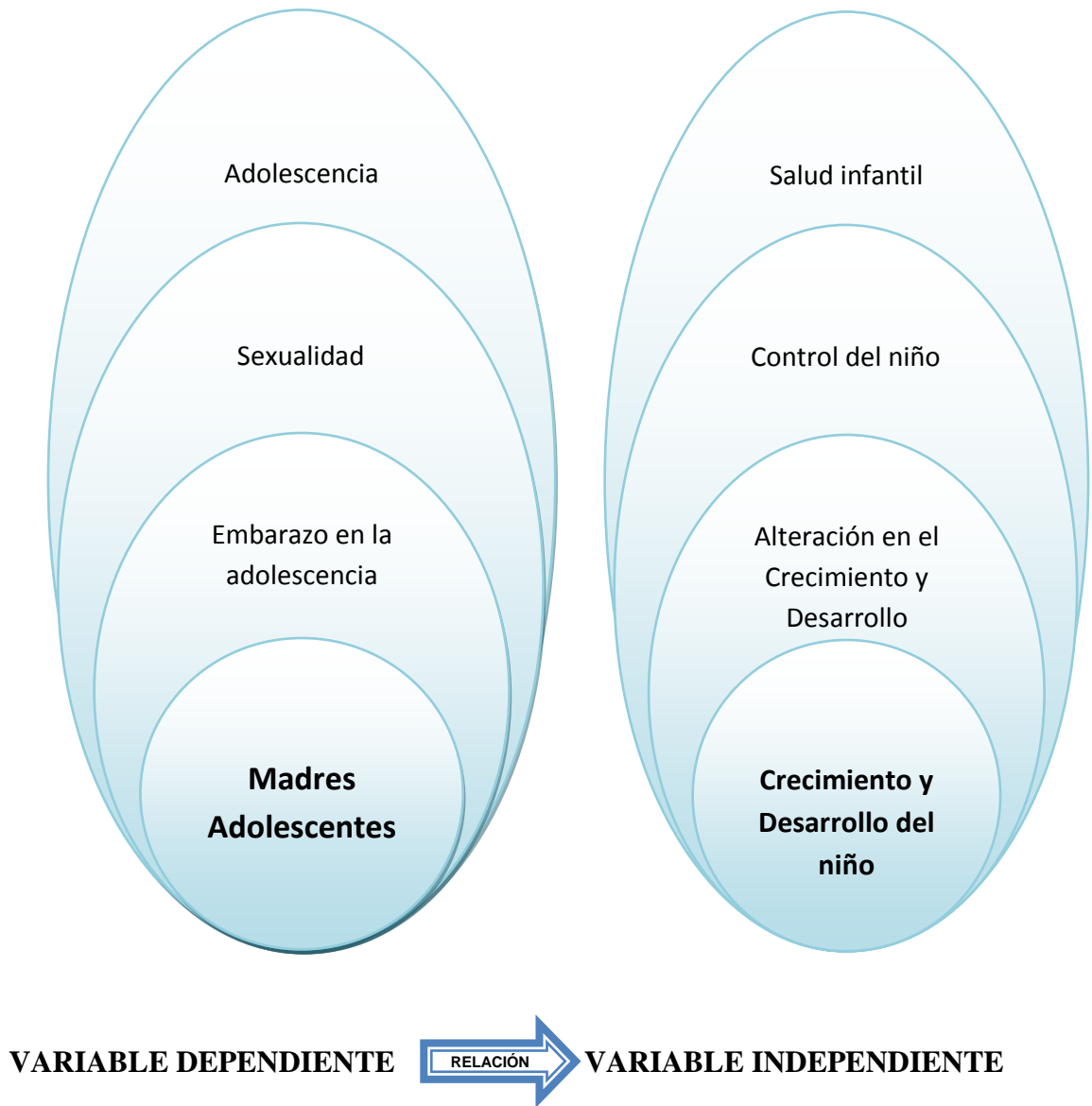
7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales.

8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional.

Artículo 50.-Salud sexual y Reproductiva: Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados, de acuerdo a su desarrollo en salud sexual y reproductiva para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgos. El estado con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva a todos los niños y adolescentes.

Estos servicios y programas deben ser accesibles económicamente, confidenciales, resguardar el derecho de la vida privada de los niños y adolescentes y respetar su libre consentimiento, basada en una información oportuna y veraz. Los adolescentes mayores de 14 años de edad tienen derecho a solicitar por sí mismos y a recibir estos servicios.

2.4 Categorización De Variable



Figuran N: 1 Categorías fundamentales

Elaborado por: Verónica Sailema

CATEGORÍAS FUNDAMENTALES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

1.4.1 LA ADOLESCENCIA

Concepto:

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

Es el periodo del desarrollo que separa a la niñez de la etapa adulta de 12 años con la pubertad y termina hacia los 19 años en el que la persona debe adaptar y ajustar sus comportamientos de la niñez a otras normas establecidas desde el punto de vista social. *Ma. José Aguilar Cordero, Lactancia Materna.*

La adolescencia es una época de cambio en todos los órdenes, social, psicológico, sexual, físico y esto va a originar que sea un campo abonado para toda clase de problemas. Aunque se considera una etapa de la vida llena de salud, durante este periodo existe una morbilidad excesiva. El adolescente, a pesar de calificar su salud como buena o muy buena, convive con importantes factores de riesgo, los cuales no conoce en gran medida; mantiene actitudes no saludables respecto a éstos y a la vez los convierte en habituales conductas de riesgo.

2.4.1.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Se define la adolescencia como una etapa que transcurre entre los 10 y 19 años considerando tres etapas:

•**La adolescencia temprana:** comprende entre de los 10 a 13 años.

Se caracteriza por un rápido crecimiento desarrollo físico, que se inicia con la afirmación de independencia y el desapego de su relación con los padres, para dar más importancia a la relación con los compañeros y con los amigos; se inicia la maduración sexual, la curiosidad por el cuerpo y por el de los semejantes, aparecen las fantasías sexuales, el amor platónico y el enamoramiento; en esta etapa se inicia la toma de decisiones y al final se puede plantear la primera experiencia sexual. *Tratado de pediatría Nelson*

•**La adolescencia media:** que comprende entre los 14 a 16 años.

En esta etapa se complementa la maduración sexual y se produce una separación más formal de los padres. Los adolescentes manifiestan sentimientos de invulnerabilidad y omnipotencia, lo que unido a la falta de información y educación sexual, les puede llevar a conductas generales de riesgo. Se preocupan por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

•**La adolescencia tardía:** que comprende entre los 17 a 19 años.

Se caracteriza por una completa maduración física y social; culmina la maduración psicológica, mejora la predisposición al dialogo con los padres y se consolidan una imagen corporal segura en cuanto a identidad y género.

2.4.1.3 Educación sexual

Trata de impartir una información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social. Debe perseguir la realización de una sexualidad plena y madura que permita al individuo una comunicación equilibrada con el otro sexo, dentro de un contexto de afectividad y responsabilidad. Cabe señalar que la educación sexual corresponde a la familia en cuanto a educación afectiva y a la escuela en cuanto que esta se desarrolla en un régimen de coeducación. La formación e instrucción corresponde a la familia por lo menos en cuanto a información espontánea y sistemática.

Sexo: es el conjunto de características biológicas o rasgos anatómicos y fisiológicos que diferencian al hombre de la mujer.

Sexualidad: comprende, además de los aspectos biológicos del rol sexual que determina la identidad, todas las manifestaciones del estímulo sexual y las normas sociales, religiosas y jurídicas que las regulan o castigan.

Valorización integral del sexo: la raíz biológica del ser humano es bisexual: hombre y mujer. La sexualidad es una forma de ser y manifestarse de lo humano. En el ámbito sexual las principales características son:

- ❖ •No empieza y termina en el mismo individuo, sino que se proyecta en otra persona.
- ❖ •Puede trascender más allá de dos individuos con el fruto de un nuevo ser. Por lo tanto la sexualidad se considera como una experiencia de comunicación entre dos personas y también como un mecanismo de reproducción de la especie humana.

Educación afectiva sexual: es indispensable que el niño reciba amor para poder darlo. Las primeras experiencias maternas (pecho, caricias, alegría, ternura, etc.) Son esenciales para la vida futura. La ayuda al niño para que integre su propio sexo es fundamental. El desarrollo libre de su motricidad y de experiencias e iniciativas personales va a condicionar una sexualidad sana, así como el establecimiento de unas relaciones paterno/filiales.

Información sexual: es un aspecto de la educación sexual que consiste en contestar con verdad, sencillez y precisión a las preguntas que realizan los niños y en proporcionarles los conocimientos adecuados a su edad. Los modos de información pueden ser:

- **No verbal**, que se realiza al contemplar espontáneamente las diferencias sexuales entre padre y hermanos.
- **Verbal familiar**, que es efectiva cuando se informa adaptándose a la edad, se responde sin ir mucho más lejos de lo que el niño solicita y se asigna a cada cosa su nombre correcto.
- **Científica**, es una instrucción sistemática y programada, cuyos contenidos básicos serían el aparato reproductor, la higiene sexual y los aspectos psicobiológicos de la relación y complementación humana.

2.4.1.4 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se llama embarazo adolescente a la preñez de las mujeres menores de 19 años, edad en la que se considera que termina esta etapa de la vida. Esto quiere decir que los adolescentes son capaces de procrear mucho antes de alcanzar la madurez emocional.

Cuando se habla de embarazo adolescente se piensa que las consecuencias que éste tiene para la joven normal, olvidando que el niño que van hacer no sólo tiene una madre, sino un padre.

Factores Predisponentes

- 1. – Inicio Precoz De Relaciones Sexuales:** cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

- 2. – Familia Disfuncional:** uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

- 3. – Bajo Nivel Educativo: con desinterés general.** Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

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

- 6. –Pensamientos Mágico:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

7- Fantasías De Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

1. – **Falta O Distorsión De La Información:** es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

2. – **Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres:** cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas

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

Factores determinantes

El 60% de las jóvenes madres pertenecen a familias cuyos padres están separados. Y un 40% no ha vivido nunca una situación familiar.

1. – Relaciones Sin Anticoncepción

2. – Abuso Sexual

3. – Violación

Rol del profesional de enfermería

El rol profesional de enfermería consiste en prestar apoyo y evitar actitudes de enjuiciamiento. A menudo, la adolescente embarazada se siente asustada, abrumada y sola. El profesional de enfermería puede prestarle asistencia y la orientación que necesita .puede ayudar a informar a sus padres acerca del embarazo. Puede actuar como mediador en caso de conflicto. También deberá informar a las autoridades competentes si el embarazo se hubiera tenido lugar en el domicilio de la adolescente, esta quedara al cargo de un centro o una familia de acogida. Necesitará el apoyo del profesional de enfermería para afrontar el abuso, el embarazo y las posibles acciones legales.

2.4.1.5 Consecuencias de la maternidad – paternidad de la adolescente

Consecuencias Para La Adolescente

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

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

Riesgos para el hijo de una madre adolescente

Riesgos físicos

La adolescente embarazada ha de incrementar su ingesta nutricional para sustentar su propio crecimiento además del feto. La adolescente desconoce cuáles son estas necesidades nutricionales y acerca de recursos económicos suficientes para adquirir alimentos nutritivos. La dieta limitada puede producir un retraso de crecimiento intrauterino, parto prematuro, y un aumento de la tasa de mortalidad fetal.

Riesgos psicológicos

Las adolescentes no se encuentran preparadas desde el punto de vista psicológico y económico para la maternidad, por lo que los hijos de estas madres presentan un riesgo mayor de sufrir alteraciones del desarrollo. Muchas madres adolescentes han de afrontar situaciones sociales y económicas adversas. La tasa de abuso y abandono de los hijos de madres adolescentes son elevadas (Koniak-griffin, Anderson, Verzemnieks y Brecht, 2000). A estos niños no les va bien en el colegio y tienden a abandonar sus estudios antes de finalizar la enseñanza secundaria.

Consecuencias Para El Padre Adolescente

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

Riesgos físicos de embarazo en la adolescente

Quedarse embarazada durante la adolescencia es algo que puede llevar a que los jóvenes no solo experimenten cambios físicos y hormonales que deberían darse en

una edad más adulta. Además puede llegar a tener riesgos psíquicos y en algunos casos también se pueden sufrir riesgos tanto para la madre como para el feto.

El cuerpo de una adolescente, y sobre todo las más jóvenes de unos 13 a 14 años no está formado todo, por lo que si mantienen relaciones sexuales sin protección (o esta falla) y se queda embarazada, este embarazo se puede llegar a considerar de riesgo. Las adolescentes no saben cuidar de su cuerpo ya que es la madre o persona que la cuida de su alimentación; algo que parece que es una tontería pero lo cierto es que un riesgo en el caso de un embarazo, ya que una mala alimentación puede llevar a que el feto no está recibiendo el alimento necesario y acabe muriendo o que la madre sufra de anemia o desnutrición.

Por otro lado hay que señalar que la mujer no alcanza su madurez reproductiva hasta después de los 5 años después de haber aparecido su primera menstruación: lo cual habrá mayores riesgos maternos, fetales y perinatales si recibe un embarazo antes de tiempo. Además el diámetro pelviano no suele ser todavía del tamaño necesario para el paso del feto en el momento del parto y puede provocar lesiones en el tracto vaginal.

Riesgos psíquicos

Al no verse preparadas para este acontecimiento puede que acaben sufriendo en depresión, muchas se encierran en sí mismas cuando descubren su embarazo y lo ocultan lo que está pasando y esto conlleva a posibles secuelas psicológicas que le queden a la joven. Además hay una rotura entre la pareja o de hecho el padre del bebe no se hace cargo

Riesgos sociales

Muchas de las Adolescentes acaban de abandonar sus estudios y su grupo de amigos al verse discriminadas por esto. Los padres de los adolescentes muchas veces acabaran haciéndose cargo del bebe haciendo que crezcan conflictos educativos entre estos con su hija y a la vez con el nieto del que de hecho es responsable la madre.

Reacción de la familia ante el embarazo de la adolescente

Las familias materna y paterna pueden mostrar diversas reacciones ante el embarazo de la adolescente. La noticia puede producir una gran impresión e incredulidad en las familias que promueven la educación y el desarrollo profesional de sus hijos. Algunas reacciones frecuentes en estas familias son la ira, vergüenza, y el pesar. La mayoría de las adolescentes pertenecientes a este tipo familia decide abortar, salvo cuando las creencias culturales o religiosas prohíben esta alternativa. Puede producirse un conflicto entre los padres y otros familiares acerca del afrontamiento del embarazo.

Complicaciones durante el embarazo de la adolescente Los problemas que se pueden presentar, se los puede agrupar en trimestres.

Primer trimestre

- Trastornos Digestivos
- Metrorragias
- Abortos Espontáneos
- Embarazos Extrauterinos

Segundo y tercer trimestre

- Anemia

- Infecciones Urinarias
- Amenaza De Parto Pretérmino
- Hipertensión Arterial (preeclampsia y eclampsia)
- Mortalidad Fetal
- Parto Prematuro
- Crecimiento Intrauterino Retardado
- Presentaciones Fetales Distócicas
- Desproporciones Cefalopélvicas
- Tipo De Parto
- Hemorragia

2.4.1.6 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 co-dependientes, y también pueden verse afectados por las adicciones, como el abuso de sustancias(alcohol, drogas, etc.). Otros orígenes son las enfermedades mentales no tratadas, y padres que emulan o intentan corregir a sus propios padres

Características de familias disfuncionales

- La falta de empatía, comprensión y sensibilidad hacia ciertos miembros de la familia, mientras que, por otra parte, la expresión de empatía extrema hacia uno o

más miembros de la familia (o incluso mascotas) que tienen "necesidades especiales" (reales o percibidas).

- Negación (la negativa a reconocer el comportamiento abusivo, también conocida como el "elefante en la habitación").
- Inadecuados o inexistentes límites para uno mismo (por ejemplo, tolerar el tratamiento inadecuado de los demás, fallar en expresar lo que es un tratamiento aceptable e inaceptable, tolerancia de abuso emocional o sexual, o físico).
- La falta de respeto de los límites de los otros (por ejemplo, deshacerse de objetos personales que pertenecen a otros, el contacto físico que no le gusta a otra persona, romper promesas importantes sin causa justificada, violar a propósito un límite que otra persona ha expresado).
- Extremos en conflicto (ya sea demasiada lucha o argumentación insuficiente entre los miembros de la familia).
- Desigual dado trato injusto de uno o más miembros de la familia debido a su sexo, edad (por ejemplo, las personas mayores, niños), habilidades, raza, posición económica, etc. (puede incluir frecuente actitud de apaciguamiento de un miembro a expensas de otros, o una desigual aplicación de las normas)

Alimentación de una mujer embarazada

Durante el embarazo, el organismo de la mujer experimenta cambios que le afecta física u psíquicamente, por lo tanto su esfuerzo biológico es mayor. La formación de un nuevo ser determina una serie de exigencias en la madre, una es la alimentación, la cual debe reunir las sustancias nutritivas que requieren, tanto la madre como el niño por nacer.

La actividad diaria de la mujer (sin estar embarazada) tiene un gasto aproximadamente de 2.000 calorías. Durante los primeros meses de embarazo, la cantidad de calorías deben mantenerse entre 2.000 y 2.200 aproximadamente por día. Conforme a la gestación progresa los requerimientos del niño aumentan y el consumo de calorías por parte de la madre puede llegar a 2.600 al final del embarazo. Generalmente la actividad de la madre disminuye, no es necesario aumentar la ingesta calórica.

La cantidad de calorías y la calidad de la misma y con el aumento de peso de la madre. El sobrepeso conlleva adversos problemas como son: dolores de pie, piernas, espalda, el corazón tiene que realizar mayor esfuerzo, pierde agilidad y es más propensa a caídas, los kilos de exceso no significan un bebé más grande y saludable, significa más problemas durante el parto y kilos demás en la madre después del parto. El aumento total de peso durante el embarazo se considera que debe ser 10 Kg. a 12 Kg.

Distribuidos de la siguiente forma:

Peso del bebé 3,500 Kg.
Peso de la placenta 0,500 Kg.
Peso del líquido amniótico 1,000 Kg.
Peso de tejidos uterinos 1,000 Kg.
Peso de tejido mamario 1,000 Kg.
Peso de agua y grasa retenida 3,000 Kg.
TOTAL 10,000 Kg.

Tabla N.-1

Recomendaciones nutricionales a la adolescente embarazada

Los requerimientos nutricionales y energéticos de los adolescentes son más elevados por el estado de crecimiento físico de este periodo. En esta etapa de vida tiene mayores demandas de algunos nutrientes como, calcio, cinc, hierro, fosforo, yodo además de necesitar un aporte mayor de vitaminas A,B,C,D y folatos. Todos son fundamentales para el crecimiento físico y la maduración de algunos sistemas. La adolescente embarazada necesita unos aportes extras aproximadamente de entre 200 y 300 Kcal diarias durante todo el embarazo, de modo que el feto depende completamente de la alimentación de la madre.

Necesidad de una buena alimentación

- Es necesaria para la formación de los tejidos en el feto
- Se necesitan vitaminas, minerales y proteínas para proporcionar energía que requiere la madre y para el desarrollo normal del bebé
- Los riñones e intestinos y el corazón de la madre necesitan alimentos que los ayuden a trabajar en forma eficiente.

Dieta adecuada

Una dieta adecuada requiere alimentos de los tres grupos alimenticios que brinden calorías en cantidades adecuadas, no en exceso, pero que cubra las necesidades como las proteínas las cuales son esenciales al igual que carbohidratos, lípidos, vitaminas y minerales (esencialmente el calcio).

Alimentación diaria

- Carne
- Huevos
- Leche
- Queso

Alimentación complementaria

- ❖ Ensaladas
- ❖ Vegetales
- ❖ Cereales y granos
- ❖ Pan
- ❖ Grasas
- ❖ Frutas
- ❖ Postres
- ❖ Papas y pastas
- ❖ Líquidos

Alimentos y cantidades diarias recomendables

- Leche y derivados (2 raciones)
- Carnes y huevos (2 veces a la semana)
- Hortalizas (2 raciones)
- Frutas (5 raciones)
- Granos (1 raciones)
- Verduras y plátanos (1 ó 2 raciones)

- Grasas (5 cucharaditas)
- Azúcares (6 cucharaditas)

Se Debe Evitar

- Comidas con demasiadas calorías
- Controlar el consumo de sal

La mujer embarazada frecuentemente presenta acidez, estreñimiento, vómito y náuseas.

2.4.1.7 Importancia del Control Prenatal

El embarazo puede ser afectado por las condiciones en que se desarrolla, la salud física de la madre es tan importante como su salud emocional y le afecta tanto a ella como al niño.

La detección de enfermedades y de posibles complicaciones, el control del peso hace que el embarazo llegue a término y que no se presente un niño prematuro o con problemas de toxemia, que ponen en peligro su vida fuera del útero.

El control prenatal asegura a la madre un embarazo y un parto sin riesgos para ella y para el niño, es conveniente el control prenatal por un médico, el control se hace en los siete primeros meses, en el 8° mes cada quince días y cada semana en el 9° mes.

2.4.1.8 Lactancia materna

Ma. José Aguilar Cordero.- Define que es el único alimento exclusivo que necesita él bebe, que debe continuar con otros alimentos complementarios hasta los dos años de edad o más. Su composición es cambiante, pues llega a depender de las necesidades del niño. El flujo de leche es un factor que depende de la succión del niño de modo que cuanto mayor es el requerimiento mayor es la producción. Del tubo digestivo del niño y se segrega en tres periodos bien diferenciados: calostro, leche de transición y la leche madura.

Luanne Linnard-Palmer en su libro Notas de pediatría año 2012: La OMS recomienda la leche humana como el alimento exclusivo para los nacidos a término, hasta los seis meses.

- Los niños alimentados con leche materna son más resistentes a enfermedades durante la infancias
- Se digiere más fácilmente evitando problemas estomacales e intestinales
- No existe intolerancia del niño a la leche materna
- La leche materna es un alimento completo de proteínas, glúcidos y grasas contiene vitaminas y minerales. Además brinda al niño anticuerpos que le inmunizan contra algunas enfermedades

- La lactancia es una experiencia única entre el niño y la madre desde el punto de vista psicológico, pues afianza su relación afectiva.

El calostro. Es un líquido amarillento que segrega hasta el 2 y 4 día después del parto, también es un compuesto complejo y de pequeño volumen, tiene alta densidad y está presente en el último trimestre de la gestación. Compuesto de proteínas, minerales, inmunoglobulinas, lactoferrina y leucocitos facilita el crecimiento de lactobacillus bifidus en el aparato intestinal, que le favorece la eliminación de meconio. El calostro tiene un bajo contenido de grasa y lactosa por lo que se adapta a las necesidades calóricas del bebe en su primera semana de vida.

La leche de transición suele durar desde el quinto al décimo día hasta el final de la segunda semana posparto. Este compuesto también es cambiante pues disminuye la concentración de inmunoglobulinas y proteínas e incrementa la lactosa y las grasas para pasar al final de este periodo.

La leche madura se obtiene a partir del décimo día, es de color blanco azulado, poco transparente y rico en todas las sustancias nutritivas que el niño requiere. La leche madura experimenta variaciones en función de la etapa de la lactancia la hora del día, la nutrición de la madre y la edad gestacional del bebe.

Problemas que impiden La Lactancia

Por parte de la madre:

- Pezón plano o umbilicado

- Ausencia de leche (agalactia) o muy poca producción (hipogalactia)
- Grietas en el pezón
- Enfermedades de la madre

Por parte del niño:

- Algunas malformaciones
- Labio partido o labio leporino
- Debilidad del niño

Técnicas de la lactancia materna

Postura: Es la forma en que se coloca la madre para amamantar. Las hay diversas, todas sirven y la elección de una u otra dependerá del lugar, las circunstancias o las preferencias de cada madre.

Posición: Es la forma en que es colocado el bebé para que mame.

Posición sentada o de cuna

Coloque almohadas en el antebrazos de las sillas e indique a la madre que el bebe debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera

Tómelo con el brazo y acérquelo contra el seno en un brazo estrecho. Manténgalo próximo a su cuerpo y en contacto su abdomen con el niño.

Posición sentada

Coloque la cama en posición semifowler, sostenga la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebe estará sobre el tórax de la madre. Esta posición se utiliza cuando hay heridas abdominales (Cesárea).

Posición debajo del brazo, de sandía o de foot-ball americano

El niño es sostenido sobre el antebrazo de la madre y su cuerpo va hacia atrás mientras la cabeza es sostenida por la mano del mismo lado. Se colocara almohadas para ayudar a la madre a sostener el peso del cuerpo del niño.

Posición acostada

Si la madre esta acostada en decúbito lateral, utilice almohadas que le den apoyo a la espalda, disminuyendo así las tensiones que puedan afectar la lactancia, también coloque almohadas entre las rodillas o cobijas para elevar el cuerpo del bebe.

Procedimiento De Amamantar

- ✓ Soporte el seno con la mano en forma de “C” colocando el dedo pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola, pues si chocan los labios del niño con los dedos de la madre se impide que pueda coger todo el pezón y parte de la areola para succión adecuada.
- ✓ Recuerde a la madre que debe acercar al niño al seno y no el seno al niño, previniendo así dolores de espalda y tracción del pezón
- ✓ Estimule el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el niño abra la boca completamente, introduzca el pezón y la areola.

Si se resiste hale suavemente hacia abajo su barbilla para lograr una correcta succión.

- ✓ Los labios del niño deben estar totalmente separados, sin repliegues y predisposición a la formación de fisuras que dificultan la lactancia materna. Si adopta la posición incorrecta se debe retirar del seno e intentar de nuevo.
- ✓ Es importante que los labios permanezcan e vertidos (boca de pescado).
- ✓ Permita al recién nacido la succión a libre demanda y el alojamiento conjunto.
- ✓ El amamantamiento nocturno aumenta la producción de leche.

Signos de buena posición

- La cabeza y el cuerpo del bebé están en línea recta.
- La cara del bebé mira hacia el pecho.
- La madre mantiene el cuerpo del bebé cerca de ella.
- Si el bebé es un recién nacido, la madre lo envuelve en un abrazo. No lo sujeta solamente de la cabeza y los hombros.

Signos de buen agarre

- El mentón y la nariz del bebé están cerca del pecho de la madre.
- Los labios del bebé están e vertidos, sobretodo el inferior bien doblado hacia abajo.
- La boca del bebé está bien abierta.
- Se observa más la areola por encima de la boca del bebé que por debajo.

Higiene de la madre para el amamantamiento

Se practica con la ducha diaria. La piel del pezón y de la areola contienen las glándulas de Montgomery, que se vuelven más aparentes al final del embarazo y

durante la lactancia y que lubrican los pezones con aceites naturales que los protegen sin dañar al niño. Se debe secar bien los pezones antes de colocarse el sostén.

2.4.1.9 PARTO NORMAL

La OMS define parto normal a aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento.

Trabajo de parto

El trabajo de parto consiste en una serie de contracciones continuas y progresivas del útero que ayudan a que el cuello uterino se abra (dilata) y adelgace (se borre), para permitir que el feto pase por el canal de parto. El trabajo de parto suele comenzar dos semanas antes o después de la fecha probable de parto.

Señales del trabajo de parto

Las señales del trabajo de parto varían de una mujer a otra, puesto que cada mujer lo experimenta de manera diferente.

- Indicios de sangre. Es posible que se expulse por la vagina una pequeña cantidad de mucosidad, mezclada con algo de sangre, lo cual indica la iniciación del trabajo de parto.
- Contracciones. La aparición de contracciones (espasmos musculares del útero) a intervalos de menos de diez minutos suele indicar el comienzo del trabajo de parto; a medida que el trabajo de parto avanza, las contracciones pueden volverse más frecuentes e intensas.
- Ruptura de las membranas de la bolsa amniótica (bolsa de aguas) El trabajo de parto a veces comienza con un flujo abundante o con el goteo de líquido amniótico. En caso de que se rompan las membranas de la bolsa amniótica, debe acudir a una casa de salud.

Etapas del trabajo de parto

Primera etapa

La primera fase de la primera etapa del trabajo de parto se denomina la fase latente, cuando las contracciones empiezan a volverse más frecuentes (por lo general, cada 5 a 20 minutos) y algo más intensas. No obstante, la molestia es mínima. El cuello uterino se dilata (se abre aproximadamente hasta tres o cuatro centímetros) y se borra (adelgaza).

La segunda fase de la primera etapa (fase activa) está definida por la dilatación del cuello uterino de 4 a 7 centímetros. Las contracciones se vuelven más prolongadas, intensas y frecuentes (por lo general, cada 3 ó 4 minutos).

La tercera fase se llama transición y es la última. Durante la transición, el cuello uterino pasa de 8 a 10 centímetros. Las contracciones suelen ser muy intensas, duran entre 60 y 90 segundos, y se presentan cada pocos minutos. Durante esta fase, la mayor parte de las mujeres sienten la necesidad urgente de pujar.

En la mayoría de los casos, las fases activa y de transición son más cortas que la fase latente.

La segunda etapa

La segunda etapa del trabajo de parto comienza cuando el cuello uterino se encuentra completamente dilatado y finaliza con el parto del bebé. A menudo, la segunda etapa se llama la etapa de "pujar". Durante la segunda etapa, la mujer toma parte activa pujando para que el bebé atraviese el canal de parto y salga al mundo exterior. El momento en que la cabeza del bebé asoma por la abertura de la vagina se denomina

"coronamiento". La segunda etapa es más corta que la primera, y puede tomar de 30 minutos a dos horas (cuando se trata del primer parto).

Tercera etapa

Después de dar a luz al bebé, la nueva madre entra en la tercera y última etapa del parto: la expulsión de la placenta (el órgano que nutrió al bebé mientras se encontraba dentro del útero). Esta etapa no suele durar más que unos minutos y consiste en la salida de la placenta del útero a través de la vagina.

Parto Provocado:

En algunos casos, es necesario "provocar" el parto, es decir, se debe llevar a cabo un proceso para estimular el inicio del trabajo de parto. Los motivos que hacen necesario provocar el parto varían. Entre los motivos comunes de provocar el parto se incluyen los siguientes:

- La madre o el feto están en riesgo.
- El embarazo continúa mucho después de la fecha de parto calculada.
- La madre padece de pre eclampsia, eclampsia o hipertensión crónica.
- Diagnóstico de crecimiento deficiente del feto.

Entre las técnicas comunes para provocar el parto se incluyen las siguientes:

- Administrar supositorios vaginales que contienen la hormona prostaglandina para estimular las contracciones.

- Administrar una infusión intravenosa de oxitocina (una hormona producida por la glándula pituitaria que estimula las contracciones) u otra droga similar.
- Romper (artificialmente) las membranas de la bolsa amniótica (bolsa de aguas).

Cesárea

Es un tipo de parto por medio de una intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer uno o más fetos a través de una incisión en la pared uterina.

Tipos de cesárea

Programado o de urgencia

La cesárea es más frecuente en:

- Desproporción céfalo pélvico
- Cesárea previa
- Ruptura prematura de membranas
- Presentación pélvica

2.4.2.- ALTERACIÓN EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO

2.4.2.1.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES

Concepto.-

Es el conjunto de cambios somáticos y funciones que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su edad adulta e inclusive hasta la muerte.

El crecimiento y desarrollo de un individuo es un fenómeno continuo que se inicia en el momento de la concepción y culmina al final de la pubertad, período durante el cual se alcanza la madurez en sus aspectos: físico, psicosocial y reproductivo. Esta transformación involucra cambios en el tamaño, organización espacial y diferenciación funcional de tejidos y órganos.

El aumento en el tamaño y masa corporal es el resultado de la multiplicación e hiperplasia celular, proceso conocido como crecimiento. Los cambios en la organización y diferenciación funcional de tejidos, órganos y sistemas son el resultado del proceso de desarrollo o maduración.

Los procesos de crecimiento y desarrollo son fenómenos simultáneos e interdependientes. Ambos procesos tienen características comunes a todos los individuos de la misma especie, lo que los hace predecibles, sin embargo presentan amplias diferencias entre los sujetos, dadas por el carácter individual del patrón de crecimiento y desarrollo. Este patrón típico emerge de la interacción de factores genéticos y ambientales, que establecen, por una parte, el potencial del crecimiento y por otra, la magnitud en que este potencial se expresa

2.4.2.2 El Crecimiento

Es el aumento en el número de células de un organismo, lo que conlleva al aumento del tamaño. Es medible y cuantificable. El crecimiento se consigue por una doble acción: un aumento en el tamaño de las células del cuerpo, y un aumento en su número real.

Tanto el crecimiento como la división celular dependen de la capacidad de la misma para asimilar los nutrientes que se encuentran en el ambiente en que se desarrollan. Así, los alimentos son usados por el cuerpo para construir nuevas estructuras celulares.

El crecimiento del ser humano a partir de la unión de dos células reproductivas adquiere durante el embarazo su máxima expresión. Al nacer el niño al final de la gestación normal, o sea alrededor de 40 semanas de embarazo, la mayoría de ellos, sean varones o niñas, pesarán entre 3 y 3,5 Kg. y medirán alrededor de 50 cm. con un perímetro cefálico de 35 cm.

En los primeros días de vida bajará alrededor de un 10 % del peso de nacimiento. Esta baja está dada por una redistribución del agua corporal y es un proceso fisiológico inevitable y conveniente. Hacia el 5º día de vida el peso se estabiliza y comienza luego un ascenso para volver al peso de nacimiento entre los 10 a 15 días. Durante el primer año triplicará su peso de nacimiento y aumentará su estatura en un 50 %. Su cerebro se desarrollará alcanzando el 70 % del tamaño definitivo. Como decíamos antes la supervisión de este proceso es fundamental y será motivo de visitas mensuales al pediatra los primeros meses de vida.

2.4.2.3 Factores que afectan el crecimiento IU

- ❖ **Demográficos:** condición socioeconómica, educación de la madre, etnia, edad de la madre.
- ❖ **Preconcepcionales:** Paridad, talla materna enfermedades crónicas antecedentes obstétricos desfavorables.
- ❖ **Factores ambientales y del comportamiento:** Hábito de fumar, abuso del alcohol, altitud elevada, estrés
- ❖ **Factores dependientes del cuidado de la salud:** falta de control prenatal.

Importancia de los primeros años en el crecimiento humano.

- El proceso de crecimiento inicia con la concepción y dura hasta los 18 años.
- El ser humano como especie animal es único en su categoría, pues al nacer no está todavía maduro, sino que está totalmente indefenso ante el medio, va a necesitar que se ocupen del él y que satisfagan sus necesidades hasta que consiga ser autónomo.
- La plasticidad del sistema nervioso le va a permitir adecuar su crecimiento y desarrollo a su relación con el medio en el que vive. (el cerebro mayor plasticidad)
- En los primeros años de vida acabará de adquirir las estrategia necesarias para actuar con independencia en su medio y se terminarán los procesos de crecimiento y maduración de muchas de sus estructuras biológicas

Crecimiento fetal

La fecundación

El comienzo del embarazo tiene lugar cuando un óvulo femenino es fertilizado por un espermatozoide masculino. Ésta unión se produce en la trompa y desde allí va avanzando hasta el útero, donde se implantará. La célula fruto de la fecundación llamada cigoto se divide en dos células después de unas horas. El cigoto sigue dividiéndose durante tres días pasando a llamarse mórula.

En el cuarto día esta se transforma en blastocito formada por un grupo celular y una parte líquida de la que surge el embrión y de la capa externa llamada trofoblasto surge la placenta. En el quinto día el blastocisto se implanta en la mucosa del útero. Es en la segunda semana cuando se desarrolla el disco embrionario, de apenas 1mm de diámetro.

Desarrollo fetal

Las semanas del desarrollo fetal, no coinciden con las del embarazo, ya que este se cuenta desde el primer día de la última regla y la fecundación suele producirse dos semanas después.

Después de la fecundación, la implantación del blastocito en el útero y el desarrollo del disco embrionario, comienza la etapa más importante del desarrollo del feto.

3ª semana (5 semanas de embarazo)

Comienza la formación de órganos y de la futura placenta que se encargará de nutrir al bebé. Aparecen vellosidades coriónicas que en contacto con los vasos sanguíneos de la madre nutren y dan oxígeno al bebé. Se inicia también la formación del cerebro, la médula espinal y el desarrollo de los ojos.

4ª semana (6 semanas de embarazo)

El embrión tiene forma de judía, aparecen unas pequeñas protuberancias, que se convertirán en las extremidades superiores e inferiores. A esta altura ya tiene cuello y cabeza con sus ojos y nariz en plena formación. También posee cerebro y corazón que ya empieza a latir, aunque solo tiene 2 cavidades en lugar de cuatro.

5ª y 6ª semana (7 a 8 semanas de embarazo)

Al final de la sexta semana se distingue claramente la médula espinal, el corazón late muy rápido a un ritmo de 140-150 latidos por minutos, el doble que la madre.

Se van desarrollando el estómago, el intestino, el páncreas, el aparato urinario y los bronquios en los pulmones. Las manos y pies parecen aletas.

7ª y 8ª semana (9 a 10 semanas de embarazo)

Aparecen los músculos, cubiertos de una fina epidermis, la médula ósea y los nervios, se desarrollan los órganos sexuales y los dedos comienzan a separarse. Las vértebras y costillas comienzan a crecer. Su aspecto cada vez es más humano. Mide unos 20 mm.

9ª y 10ª semana (11 a 12 semanas de embarazo)

Las extremidades ya tienen codos y rodillas, aparecen los párpados y las orejas se ven claramente. El tronco se extiende y aparecen los primeros cartílagos y costillas. El feto está formado, solo tiene que crecer y madurar todos sus órganos. Los riesgos de problemas serios, malformaciones e interrupción del embarazo disminuyen mucho a partir de ahora.

11ª y 12ª semana (13 a 14 semanas de embarazo)

La médula ósea, el hígado y el bazo producen las células de la sangre del feto, su cara parece más humana y sus intestinos se van colocados adecuadamente en el abdomen. Los riñones se terminan de formar y el feto empieza a orinar en el líquido amniótico.

El bebé empieza a responder a estímulos procedentes del exterior, se mueve, gesticula y hasta succiona. Ya tiene sus propias huellas digitales.

13ª y 14ª semana (15 a 16 semanas de embarazo)

Tiene pelo en su cabeza y pestañas, los párpados permanecen pegados. Puede moverse con mucha facilidad. En la ecografía ya puede apreciarse el sexo del bebé y comprobar que sus órganos están perfectamente. Su piel es transparente y pueden verse sus órganos, empieza a percibir la luz y su cabeza va siendo más proporcionada con el tamaño de su cuerpo.

15ª y 16ª semana (17 a 18 semanas de embarazo)

Hace movimientos respiratorios, sus brazos han crecido y le han salido las uñas, sus huesos cada vez son más fuertes y se mueve mucho. Las orejas y los ojos ya están perfectamente ubicados.

17ª y 18ª semanas (19 a 20 semanas de embarazo)

La piel del bebé produce una grasa con la que mantiene una temperatura corporal adecuada. Ya puede oír, aunque de manera distorsionada al encontrarse en el líquido amniótico. Los pulmones, el aparato digestivo y el cerebro van madurando y ocultos en sus encías van apareciendo los dientes de leche. Empieza a chuparse el pulgar.

19ª y 20ª semanas (21 a 22 semanas de embarazo)

Aún tiene mucho espacio para moverse y es muy activo. Traga líquido amniótico. Si se trata de una niña sus ovarios tienen más de seis millones de óvulos, cantidad que bajará, hasta uno o dos millones cuando nazca.

21ª y 22ª semana (23 a 24 semanas de embarazo)

Los globos oculares casi se han desarrollado por completo, pero el iris no tiene pigmentación. Ya le crecieron las pestañas y puede abrir los ojos diferenciando la luz de la oscuridad. Algunos órganos producen sustancias importantes para su vida, como la insulina.

23ª y 24ª semana (25 a 26 semanas de embarazo)

Se forman los alvéolos pulmonares. Sus papilas gustativas se están desarrollando. Duerme de 18 a 20 horas diarias, pero cuando está despierto se mueve mucho y cada vez responde más a los estímulos que recibe del exterior. La piel está arrugada y roja.

25ª y 26ª semanas (27 a 28 semanas de embarazo)

La piel se va estirando por la acumulación de grasa. Disminuye la cantidad de vello que cubre su cuerpo (lanugo). El iris ya posee pigmentación. Al aparecer queratina la piel deja de ser transparente. Su corazón late a unos 140 latidos por minutos. Los pulmones casi han completado su desarrollo.

27ª y 28ª semanas (29 a 30 semanas de embarazo)

Los intestinos y el estómago ya funcionan y los riñones están muy desarrollados. Su cerebro ha madurado. Sus pulmones producen surfactante para que cuando nazca pueda respirar por sí mismo. El bebé comienza a buscar su posición definitiva.

29ª y 30ª semana (31 a 32 semanas de embarazo)

Ya puede ver, y su peso va aumentando rápidamente. Una vez ubicado en la que será su última posición irá girando sobre sí mismo y flexionando y extendiendo brazos y piernas.

31ª y 32ª semana (33 a 34 semanas de embarazo)

Traga mucho líquido amniótico y orina mucho (todos los desechos del bebé son filtrados por la placenta cada día). Sigue creciendo muy deprisa, sus huesos y articulaciones son muy flexibles para adaptarse al canal del parto.

34ª semana (36 semanas de embarazo)

La calidad del surfactante es cada vez mejor para que el bebé pueda respirar fuera del útero. Su piel ya no es tan roja y arrugada, y ha perdido todo el lanugo. Ya no se mueve tanto por falta de espacio. Poco a poco se va encajando en la pelvis.

36ª semana hasta término (38 semanas de embarazo hasta término)

El bebé está preparado y puede nacer en cualquier momento. Sus pulmones se pondrán en marcha desde que tenga contacto con el exterior. Si en la semana 39-40 correspondiente a la 41-42 de embarazo, el parto no se presenta, el médico lo provocará, ya que a partir de ahí, la placenta puede perder su eficacia.

2.4.2.4.- Factores que incluyen en el crecimiento y desarrollo

Factores prenatales: influyen en el crecimiento antes y durante el embarazo

Factores genéticos: información recogida en los genes de cada persona.

- En el momento de la concepción se forma una célula nueva, compuesta por 46 cromosomas heredados, 23 del padre y 23 de la madre. La herencia genética queda determinada en ese momento.

- Los genes determinan aspectos como la talla, el peso, el color del pelo y los ojos, aspectos del desarrollo y de la capacidad de aprendizaje.

- La influencia genética es de un 80 - 90%, pero puede disminuir hasta el 60% si el ambiente o los factores son negativos.

Leyes de crecimiento: los gradientes de crecimiento y desarrollo

- El gradiente céfalo caudal: El crecimiento progresa de la cabeza a las extremidades, primero se fortalecen y crecen musculatura y los huesos cabeza, después extremidades superiores y luego las inferiores.

- El gradiente próximo-distal: El crecimiento progresa del centro del cuerpo hacia las extremidades (brazo: hombro, codo, muñeca, manos)

Factores de riesgo que alteran el crecimiento según las etapas

- **Preconcepcionales.-** nivel socioeconómico bajo, desnutrición materna, edad materna, escolaridad baja o analfabetismo.
- **Concepcionales.-** intervalo intergenésico menor a 12 meses, patología obstétrica, poca ganancia de peso durante la gestación, hábito de fumar, uso de drogas, trabajo materno de pie, embarazo múltiple.
- **Postconcepcionales.-** nutricionales (déficit nutricional), socioeconómicos (pobreza), emocionales (maltrato), genéticos (alteraciones cromosómicas) y endócrinas. 5

Períodos de crecimiento

- **Intrauterino**
 - Período embrionario
 - Período fetal

➤ **Extrauterino**

Primera infancia

Segunda infancia

Empuje puberal

Fase final del crecimiento (Velasco María)

2.4.2.5. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Es importante realizar las mediciones con el instrumental adecuado. Es importante evaluar la edad, el sexo si es niño o niña al evaluar los datos antropométricos para la valoración nutricional del niño.

Uso de Índices e Indicadores Antropométricos

Índices.- son necesarios para la interpretación de las medidas y tienen como función resumir las medidas de acuerdo a términos convencionalmente reconocidos y que pueden expresarse matemáticamente, ejemplo: la relación peso para la talla puede expresarse mediante un índice de masa corporal (IMC), el más conocido de los cuales es el índice de Quetelet (peso en kilos/talla ² en metros). En este mismo ejemplo, cuando hacemos referencia al índice peso para talla en niños, parecería que nos referimos a una relación como la de Quetelet, pero en realidad representa el peso de un niño/a observado/a comparado con la media de referencia de un niño/a de la misma talla, para lo cual utilizamos tablas o gráficos estadísticamente construidos para referencia.

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

Peso para la Edad.-este índice refleja la masa corporal relativa a la edad cronológica o desnutrición global.

Este índice es el que sirve de base para la clasificación de Gómez que se utiliza para evaluar el estado nutricional con base en el riesgo de mortalidad en niños de 0 a 7 años. Algunos autores recomiendan utilizarlo principalmente en niños menores de dos años por su rápida variación en estas edades, lo que permite analizar objetivamente los cambios y establecer medidas de intervención cuyos resultados serán asimismo rápidamente evidenciales.

Peso para la Talla.- este índice refleja el estado nutricional actual o **Desnutrición Aguda**. Un bajo P/T implica que la masa muscular y la grasa corporal se encuentran disminuidas. Un bajo P/T es común en los menores de un año y medio, reflejando la alta prevalencia de desnutrición aguda en este grupo de edad pudiendo mejorar con un tratamiento dietético adecuado y los niños y niñas puede lograr un P/T normal.

Talla para la Edad.-: este índice refleja el crecimiento lineal alcanzado y su déficit es indicativo de inadecuada alimentación y/o trastornos de salud por un largo período previo de tiempo que se conoce como

Perímetro Cefálico para la Edad.- es una medida muy importante en los primeros años de vida, a los 4 años alcanza el 92% de su dimensión adulta; su medición durante los dos primeros años de vida es mandatorio, ya que la falta o aumento

excesivo son signos de alarma. A aquellos niños o niñas que se encontraren por debajo o sobre los valores considerados normales, se los considerará atípicos y serán evaluados minuciosamente.

Perímetro braquial para la edad (PB/E)

Mide la delgadez o enflaquecimiento tiene importancia debido a su limitada variación 1cm en total en el periodo de 1 a 5 años esto lo hace independiente de la edad para su interpretación. Es de utilidad cuando se requiere hacer un tamizaje por riesgo de mortalidad a grandes grupos de niños y niñas en situación de emergencia nutricional extrema.

Peso normal aproximado por edad

Edad	Peso en (kg)
Recién nacido	5
6 meses	7
1 año	10
2 años a 3 años	12 a 14
4 años a 5 años	16 a 18
6 años a 8 años	20 a 25
8 años a 10 años	26 a 32
10 años a 14 años	32 a 50
Más de 14 años	50

Tabla N.-2

Fuente y Elaboración: Notas de pediatría de Luanne Linnard-Palmer (2012)

2.4.2.6.- DESARROLLO

Es la aparición de nuevas características o la adquisición de nuevas habilidades. Estos procesos están íntimamente unidos en la realidad y su separación se hace más bien con fines didácticos. Por una parte entonces, se estudia el aumento en tamaño del organismo (medición de peso y talla básicamente o antropometría) y por otra la aparición sucesiva de nuevas habilidades (motoras, sociales, afectivas, de lenguaje.)

La adquisición de nuevas habilidades si bien está íntimamente ligada al proceso de crecimiento y como anticipábamos también se estudia dividiéndolo en distintas áreas para facilitar su apreciación.

El desarrollo psicomotor y emocional

Está estrechamente relacionado con la adquisición de habilidades. Los avances en la etapa infantil van lográndose poco a poco, siguiendo una secuencia constante, lógica y progresiva. Hay grandes variaciones en la evolución de cada niño o niña, por lo que no existe un esquema muy rígido o estricto a seguir.

Valoración del test de Denver

- Test evolutivo conductas a evaluar según edad cronológica del niño
- Evalúa para prevenir riesgos en el desarrollo psicomotor

Evalúa el desarrollo psicomotor 0-6 años de edad cronológica.

AREA/EDAD Desarrollo Del Área Socio Efectiva

0 – 3 m	<ul style="list-style-type: none"> • Sonríe, durante el sueño • Reconoce olor, rostro y voz de su madre
3– 6 m	<ul style="list-style-type: none"> • Responde con una sonrisa si alguien le sonríe. Muestra disgusto si le quitan su juguete. • Presta atención si lo llaman por su nombre
6 - 9 m	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce personas de su entorno. Mueve su mano al saludo. • Inicia pequeñas rutinas diarias y se familiariza con ellas. • Sigue órdenes sencillas como “no, dame, adiós
9–12 m	<ul style="list-style-type: none"> • Señala diferentes partes del cuerpo. Juega solo y con compañía de adul • Le encanta comer con sus manos.
12-15	<ul style="list-style-type: none"> • Expresa miedo, ira y afecto a otras personas. • Intenta quitarse la ropa interior. Imita actividades del hogar.
15-18	<ul style="list-style-type: none"> • Se lava y seca sus manos solo. Utiliza la cuchara y vaso • Adquiere ciertos hábitos y patrones de conducta.
18-21	<ul style="list-style-type: none"> • Comienza a controlar sus esfínteres. • Colabora en el hogar recogiendo y ordenado sus juguetes.
21-24	<ul style="list-style-type: none"> • Se viste solo aunque aún se pone la ropa del revés. • Coge la cuchara e insiste comer solo y depende menos de su madre.
24-27	<ul style="list-style-type: none"> • Controla esfínteres, comparte juegos con otros niños, Colabora en su aseo diario. • Se pone las medias y ropa interior casi sin ayuda.
27-30	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza pronombres como “yo y tú”. • Es cambiante en sus emociones

Desarrollo en el Área de Lenguaje y Comunicación Tabla N° 4

Área edad	Lenguaje y Comunicación
0 – 3 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se comunica mediante el llanto y gorgojeos. ▪ Se tranquiliza con la voz humana y sonidos rítmicos.
3 – 6 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responde a voces con sonido, gestos o movimientos. ▪ Dice “pa, ma, d, b, l, m” y emite sonidos para demostrar su estado de ánimo como también con sus juguetes.
6 - 9 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vocaliza sílabas continuas como ma-ma, ta-ta, pa-pa. ▪ Imita el sonido de algunas palabras emitidas por adultos.
9-12m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desaparece el balbuceo y comienza a imitar los sonidos emitidos por un adulto, diciendo 2 palabras juntas y el significado de ellas.
12 – 15 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprende y emplea unas 6 palabras e inventa otras para referirse a objetos, llegando a vocalizar de 15 a 20 palabras ▪ Nombra con mayor claridad mamá y papá.
15 – 18 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica seis objetos que le son familiares. ▪ Comprende unas 30 palabras dando tono a sus vocalizaciones.
18-21m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intenta decir su nombre. Le es más fácil componer frases de dos palabras e intentara con tres palabras.
21 – 24 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tienen una comprensión semántica de una 100 a 120 palabras. ▪ Domina las frases de tres palabras y utiliza ya las de cuatro.
24 – 27 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprende 31000 palabras. Aprende canciones con movimientos. ▪ Acompaña frases con gesticulaciones para hacerse comprender.
27 – 30 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dice su nombre con mayor facilidad. Emplea plurales. ▪ Domina la construcción de tres a cuatro palabras.

Fuente y Elaboración: Enciclopedia de Estimulación Temprana Inteligencia Emocional y Cognitiva (2007)

Desarrollo en el Área Cognitiva Tabla N° 5

Área Edad	Cognitiva
0– 3 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presenta los reflejos del moro, prensión palmar, babinski, y tiene sus cinco sentidos bien desarrollados. ▪ Puede ver a 50 centímetros de distancia y fija su mirada
3– 6 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se interesa por descubrir la relación causa – efecto. ▪ Desaparece el reflejo de moro. Su capacidad de memoria permite identificar a personas y objetos de su entorno.
6 - 9 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Su atención alcanza los 5 minutos de concentración. ▪ Conoce al menos 5 objetos de su entorno volteando su mirada hacia ellos cuando se los nombra. Aprende por imitación y evita obstáculos.
9–12 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diferencia grande de pequeño, cerca de lejos y tararea la música que escucha. Utiliza su mano preferida para actividades de precisión.
12–15 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forma una hilera de cubos. Ejecuta órdenes sencillas como “tráeme el juguete”. Reconoce y señala dos partes de su cuerpo.
15–18 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica unos seis objetos, los señala y los llama por su nombre. Arma un rompecabezas de dos a tres piezas.
18–21 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conoce las partes de su cara y piensa antes de actuar. Disfruta escuchar su música favorita. Imita situaciones pasadas y lo cuenta.
21–24 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede alcanzar objetos subiéndose en una silla. ▪ Puede cumplir de dos a tres tareas. Ordena sus juguetes.
24–27 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arma rompecabezas de 4 piezas. Distingue un color. ▪ Imita acciones del adulto, utilizando objetos del entorno.
27–30 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distingue dos colores. Se interesa por los animales e imita sonidos. ▪ Comprende tres órdenes y recuerda mensajes dichos por su madre.

Área Edad	Desarrollo del Área de Motricidad Fina Y Gruesa	
	Fina	Gruesa
0 – 3 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiene cerrados los puños. ▪ Presiona objetos al sentirlos en su mano. ▪ Intenta tomar con su mano un objeto cercano. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apenas levanta la cabeza. ▪ Presenta reflejo de marcha. ▪ Tanto en posición ventral como dorsal levanta su cabeza por unos segundos.
3 – 6 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juega e investiga el uso de sus manos. ▪ Pasa objetos de una mano a otra. ▪ Toma objetos con las dos manos usando las palmas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede girar de posición dorsal a ventral. ▪ Hace el intento de levantarse al tomarlo de las manos. ▪ Intenta gatear y se sienta solo por unos minutos.
6 - 9 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con sus manos se lleva los pies a la boca. ▪ Golpea y sacude los objetos. ▪ Utiliza el dedo índice y pulgar para tomar objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Da vuelta sobre sí mismo acostado. Inicia el gateo. ▪ Se arrastra hacia atrás y adelante. ▪ Se sienta solo y gatea muy bien.
9 – 12 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saca objetos de una caja. ▪ Garabatea una hoja de papel. ▪ Construye torres de dos tres bloques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se pone de pie sin ayuda y permanecer así con apoyo. ▪ Sube escaleras gateando. ▪ Se mantiene sentado solo.
12 – 15 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agarra objetos empleando la pinza. ▪ Toma objetos con ambas manos simultáneo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es probable que ya camine solo. ▪ Camina con un objeto en cada mano.
15 – 18 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasa páginas de revista o libros. ▪ Encaja en un tablero piezas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede tomar un objeto del piso mientras camina. ▪ Abre y cierra puertas

	<p>cilíndricas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inserta objetos pequeños en un agujero. 	<p>empujándolas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se sube a una silla sin ayuda.
18 – 21 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Construye una torre de tres a cuatro cubos. ▪ Trata de imitar el dibujo de un adulto. ▪ Construye cubos de cuatro a seis cubos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baja las escaleras sentado y pateando la pelota. ▪ Realiza los primeros intentos por saltar. ▪ Salta con sus dos pies en un mismo sitio.
21 – 24 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensarta objetos en una plancha perforada. ▪ Hace trazos circulares. ▪ Construye torres de ocho a diez cubos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Camina hacia atrás sin ayuda. ▪ Intenta sostenerse sobre un pie. ▪ Corre sin caerse.
24 – 27 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controla el movimiento de su muñeca y la pinza. ▪ Desenrosca la tapa de frascos o botellas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sube y baja escaleras con ambos pies. ▪ Se sienta en cuclillas para jugar.
27 – 30 m	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Come solo empuñando la cuchara. ▪ Une su pulgar con los demás dedos de la mano. ▪ Realiza trazos en líneas verticales, horizontales en vaivén y circulares. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Corre y da medios giros sin dificultad. ▪ Puede saltar hasta treinta centímetros de largo. ▪ Intenta pedalear en un triciclo y disfruta los juegos de patio (columpio).

Tabla N.-6

Fuente y Elaboración: Enciclopedia de Estimulación Temprana Inteligencia Emocional y Cognitiva (2007)

2.4.2.7.- FORMAS DE EVALUAR EL DESARROLLO

Test de Aldrich

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

Se aplicará:

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

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

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

2.4.2.8.- CONTROL DEL NIÑO SANO

La niñez es una época de crecimiento y cambios rápidos. Se 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.

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

EL SISVAN

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

DESNUTRICIÓN

Es una enfermedad causada por la deficiencia prolongada de aportes de calorías y/o proteínas y que se caracteriza por un mayor consumo de reservas proteicas, con alteración de la estructura y función del organismo.

ETIOLOGÍA:

- ❖ Disminución de la ingesta dietética.
- ❖ Mala absorción y digestión de nutrientes.
- ❖ Contaminación de los biberones.
- ❖ Consumo de hidratos de carbono y pobre de proteínas.
- ❖ Aumento de los requerimientos dietéticos.
- ❖ Aspectos psicológicos (anorexia depresión).
- ❖ Deficientes recursos económicos.

Se clasifica de acuerdo a su etiología:

- **Malnutrición Primaria.**-Es consecuencia de un aporte inadecuado de nutrientes.
- **Malnutrición Secundaria.**-Buen aporte de nutrientes, pero existen procesos que dificultan su aprovechamiento, como una obstrucción intestinal, síndromes de mala absorción o la farmacoterapia, aumento de requerimientos y excreción exagerada.
- **Malnutrición Mixta,** Incluye las dos anteriores.

La clasificación de la desnutrición se basa en el peso del niño.

- **Primer grado.**- Es el déficit ponderal oscila entre un 10 -24%.
- **Segundo grado.**- Es el déficit ponderal oscila entre un 25- 39%
- **Tercer grado.**- Es el déficit ponderal es mayor al 40%.

Existen dos formas de malnutrición proteica, calórica:

El Marasmo.-Es la deficiencia de proteínas y calorías es producida por un aporte inadecuado de nutrientes.

Características del marasmo:

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

El Kwashiorkor.- Sólo falta de proteínas, aporte energético adecuado. Es más frecuente en niños 1- 4 años.

Características del kwashiorkor:

- ❖ Extremidades delgadas.
- ❖ Abdomen prominente.
- ❖ Piel seca y escamosa.
- ❖ Eric tema.
- ❖ Purpuras.
- ❖ Pelo fino y seco.

Kwashiorkormarásmico: mixta.

FISIOLOGÍA:

El aparato digestivo se extiende desde la boca hasta el ano. Su función consiste en recibir los alimentos, fraccionarlos en sus nutrientes (digestión), absorber dichos nutrientes hacia el flujo sanguíneo y eliminar del organismo los restos no digeribles de los alimentos. El aparato digestivo se compone del tracto gastrointestinal, formado por la boca, la garganta, el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso, el recto y el ano, y también incluye órganos que se encuentran fuera del tracto gastrointestinal, como el hígado, la vesícula biliar y el páncreas.

FISIOPATOLOGÍA:

Las proteínas proporcionan aminoácidos necesarios para la síntesis y reparación de los tejidos. Los bajos niveles séricos de proteínas dan lugar a edemas.

La muerte celular puede ocurrir por dos mecanismos:

- a. Coagulación protoplásmica por acción directa del agente.
- b. Por isquemia prolongada, secundaria a la coagulación extravascular.

2.4.2.9.- INMUNIZACIÓN

Es un procedimiento para desarrollar protección o inmunidad contra determinada enfermedad con las vacunas (activa) o administración de anticuerpos (pasiva), para prevenir esa enfermedad, precisamente provocando factores inmunitarios.

Tipos de vacunas:

Vacunas vivas atenuadas: derivadas de virus o bacterias que han sido debilitadas bajo condiciones de laboratorio, con capacidad para reproducirse en el individuo sin causar la enfermedad o solo producir síntomas leves (OPV, FA, SRP, BCG).

Vacunas inactivadas: producidas por crecimiento por virus o bacterias que son inactivadas por el calor o químicos, utilizando la célula completa o una fracción (subunidad, toxoide, polisacáridos) no se reproducen en el individuo vacunado y no producen síntomas, requiere múltiples dosis y refuerzos (DPT, DT,dT,Hib).

Vacuna recombinante: producida por la inserción del material genético de un agente causante de una enfermedad en una célula inocua, la cual replica las proteínas del agente etiológico, que luego es purificado y usado como vacuna (HB)

2.5.- Hipótesis

“Ser madre adolescente incide con las alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Subcentro de salud N.-7 del Ministerio de Salud Pública, de la Provincia de Tungurahua, cantón Pillaro Parroquia Chaupiloma, Periodo de Junio a Diciembre del 2012”

2.6.- Señalamiento de variables

Variable Dependiente

- Madre adolescente

Variable Independiente

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

Término de Relación:

- Influye

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1.- Enfoque

Al tratarse de una investigación enmarcada dentro del paradigma crítico propositivo, el enfoque es 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 a la misma vez buscando soluciones acertadas, en una acción conjunta participativa interactuando con la madre adolescente y su hijo dentro del contexto en el que se desenvuelven.

3.2.- Modalidad Básica de la Investigación

Se trabajara con una modalidad mixta tanto de campo como bibliográfica , pues se investigara a los hijos de madres adolescentes en su entorno, pudiendo observar la realidad de su situación, sus condiciones de vida y de manera especial se identificarán las alteraciones que pudieran estar presentando en cuanto a su crecimiento y desarrollo durante los 2 primeros años de vida.

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

3.3.- Nivel o Tipo De Investigación

La investigación partirá de un nivel exploratorio que nos permita ubicar de manera correcta la situación objeto para continuar en el nivel descriptivo que se comparara las diferentes problemáticas que se presente en el estudio y finalmente se utilizara la Asociación de variables a fin busca identificar si la presencia alteración 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 d una variable en función de la otra.

La investigación será además de tipo transversal y retrospectiva.

- Transversal en cuanto se realiza en un espacio de tiempo limitado.
- Retrospectiva en cuanto se estudiarán a los hijos de madres adolescentes nacidos desde junio 23 a diciembre 23 del 2012 periodo en el cual los niños tendrán edades comprendidas entre 0 meses a 2 años 6 meses.

3.4.- Población y muestra

3.4.1 Población

El universo de trabajo de investigación está constituida por el médico rural como el jefe del puesto de salud, y los miembros del equipo de salud como son la licenciada de enfermería quienes colaboran con la comunidad brindando su atención profesional de calidad y calidez.

En la unidad de salud se atiende aproximadamente 342 historias clínicas de las cuales se han encontrado 18 casos de madres adolescentes embarazadas.

3.4.2 Muestra

En vista que la población es un porcentaje reducido sea escogido el tipo de muestra no probabilístico, intencional ya que por decisión de la parte investigadora se ha seleccionado a todas las madres adolescentes de 10 a 19 años y sus hijos de 0 a 2 años 6 meses, debido a que el número de casos existentes en los sitios de investigación son limitados.

3.5.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

3.5.1 Variable Independiente: Madres Adolescentes

Conceptualización	Categorías	indicadores	Ítems básicos	Técnicas	Instrumentos
Se llama madre adolescente a quien ha tenido su embarazo entre 10 a 19 años	Madre Adolescente Etapas	<ul style="list-style-type: none"> • Maternidad • Cambios físicos, psicológicos y social 10-13 años 14-16años 17-19años	¿Afecta la maternidad en su adolescencia? ¿Su salud se vio afectada en la maternidad? ¿Qué reacciones se dieron en su entorno? ¿A qué edad tuvo su primer hijo?	Encuestas	Cuestionario estructurado

Elaborado por: Verónica Sailema

Fuente: Investigadora

3.5.2 Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del niño

Conceptualización	categorías	indicadores	Ítems básicos	técnicas	instrumentos
Proceso continuo que incluye, cambios físicos en la personalidad, conducta de pensar y de lenguaje así mismo en el cambio en el desarrollo motriz del niño	Procesos continuos Cambios físicos, emocionales Desarrollo Psicomotriz	controles médicos Peso, Talla, Perímetro cefálico Desarrollo en los 12 primeros meses Desarrollo después de los 13 meses a 60 meses	¿Con que frecuencia lleva al niño a los controles médicos? ¿Cumple con el esquema de vacunación de acuerdo con la edad del niño? ¿El peso, talla y perímetro cefálico en que rango se encuentra? ¿Según el test de adrish y norval el niño presenta alguna alteración? ¿El desarrollo motor, cognoscitivo, social y el lenguaje están de acuerdo a la edad de su niño?	Observación Encuestas	Historias clínicas Carnet de vacunas

Elaborado por: Verónica Sailema

Fuente: La Investigadora

3.6 Técnicas e instrumentos

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

La encuesta utilizara como instrumento un cuestionario que permitirá recolectar información sobre el embarazo, factores protectores, factores agravantes, patologías pre, postnatales, lactancia, alimentación complementaria, vacunas entre otros. Para valorar el desarrollo se utilizara los test de Denver y Bailey.

El proceso de recolección:

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

Se lo realizara mediante la técnica de entrevista y observación.

3.7.- Plan de Recolección de Información

Este plan de recolección de información nos ayudara a formular preguntas tanto para el personal de salud como para las madres adolescentes.

Preguntas	Explicación
¿Para qué alcanzar los objetivos de la investigación?	Para alcanzar los objetivos de la investigación y comprobar la hipótesis.
¿De qué personas u objetos?	Madres adolescentes del Cantón Píllaro comunidad Chaupiloma
¿Sobre qué aspectos?	Sobre el embarazo en la adolescente en su desarrollo y crecimiento del niño
¿Quién y quiénes?	La investigadora: Verónica Cecilia Sailema Chango
¿Cuándo?	Junio– Noviembre 2012
¿Dónde?	Subcentro de Salud de Chaupiloma
¿Cuántas veces?	Las que sean necesarias
¿Qué técnicas de recolección?	Encuesta, Entrevista, Observación
¿Con qué?	Cuestionario, fotos, esferográfico, papeles.
¿En qué situación?	Ambiente accesible

Tabla N.-9

Elaborado por: Verónica Sailema

3.8.- Plan de procesamiento de información

Después de aplicar las encuestas a las madres adolescentes y personal de salud se tabulara los datos en orden numérico mediante cuadros y gráficos para analizar e interpretar los datos de los diferentes aspectos que se investigara para que de este modo inferir las conclusiones de la hipótesis planteada.

CAPÍTULO IV

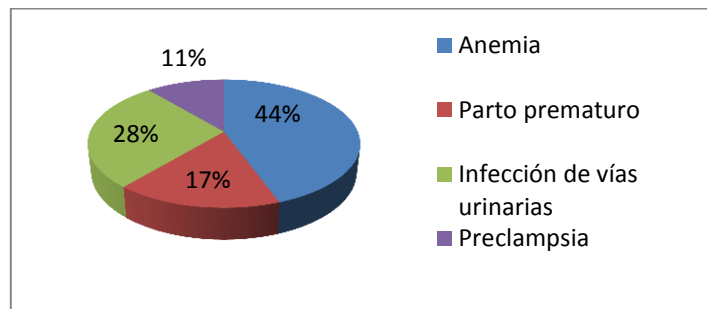
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Datos obtenidos de las historias clínicas de las madres adolescentes

1.-Tema: Complicaciones que tuvo durante el embarazo

Tabla # 1

OPCIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Anemia	8	44%
Parto prematuro	3	17%
Infección de vías urinarias	5	28%
Preclampsia	2	11%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

Analisis: en la tabla y grafico, con respecto a la pregunta se puede observar que las cuatro opciones 8 son amemias que pertenecen al 44%, 3 de partos premeturos que

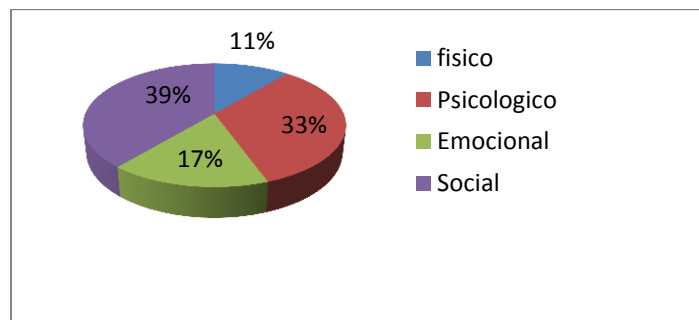
corresponde al 17%, 5a IVU que corresponde al 28%, y 2 a preclampsia que corresponde al 11%.

Interpretacion: con los datos obtenidos se puede concluir que existen ocho casos de amenia en las madres adolescentes debido a que en esta edad se preocupan mas por su figura sin saber que tienen un niño en su vientre, y no consumen los alimentos necesarios.

2.- Tema: Aspectos que se ha visto afectado por su maternidad.

Tabla #2

Opcion	Frecuencia	Porcentaje
fisico	2	11%
Psicologico	6	33%
Emocional	3	17%
Social	7	39%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

Analisis: en la tabla y grafico, con respecto a la pregunta se puede observar que las cuatro opciones 2 son fisicos que pertenecen al 11%, 6 son psicologico que

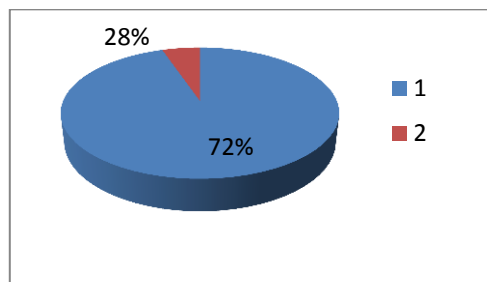
pertenecen al 33%, 3 son emocional que corresponde al 17%, 7 social que corresponde al 39% .

Interpretacion: con los datos obtenidos se puede concluir que los casos afectados por su maternidad son siete en lo social, ya que no la ven como antes, la amistad se va adistanciando con us amigas, ya que tiene otras responsabilidades.

3.- Tema: Afectación en su ámbito familiar

Tabla #3

Opcion	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	72%
No	5	28%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

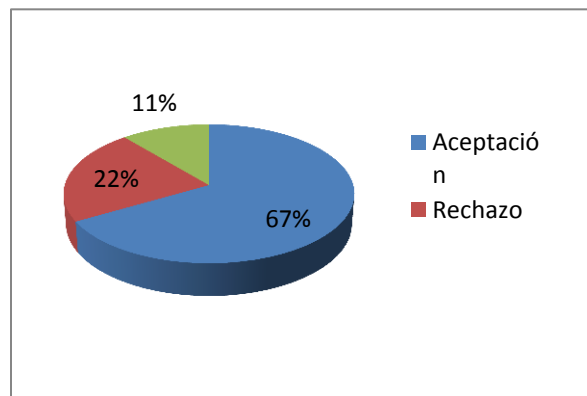
Analisis: en la tabla y grafico, con respecto a la pregunta se puede observar que las dos opciones 13 respondieron que si que corresponde al 72% y 5 responde que no lo que corresponde al 28%.

Interpretación: con los datos obtenidos se puede concluir que los casos afectados en el ámbito familiar son trece que mencionan que sí. Por que muchas familias esperan lo mejor de su hija que tengan una profesión, muchos casos se ven que los mandan sacando de su casa por el hecho que dira la gente como si el embarazo fuera un pecado.

4.- Tema: Actitud que toma la gente en su entorno frente a su maternidad.

Tabla # 4

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Aceptación	12	67%
Rechazo	4	22%
Indiferencia	2	11%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

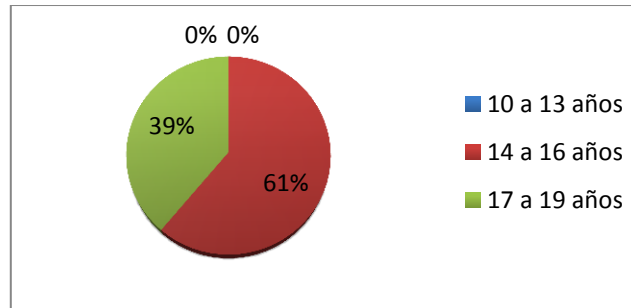
Análisis: en la tabla y gráfico, con respecto a la pregunta se puede observar que las tres opciones 12 respondieron aceptación que corresponde al 67% , 4 respondieron rechazo que corresponde al 22% y 2 indiferencia que corresponde al 11%.

Interpretacion: con los datos obtenidos se puede concluir que los casos afectados son doce de aceptacion . La familia al principio lo rechaza pero recapacitan y buscan lo mejos para la madre adolesente embarazada y lo dan lo mejor por que un hijo es lo mas hermosa que dios nos puede dar.

5.- Tema: Edad al convertirse en madre

Tabla #5

Opcion	Frecuencia	Porcentaje
10 a 13 años	0	0%
14 a 16 años	11	61%
17 a 19 años	7	39%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

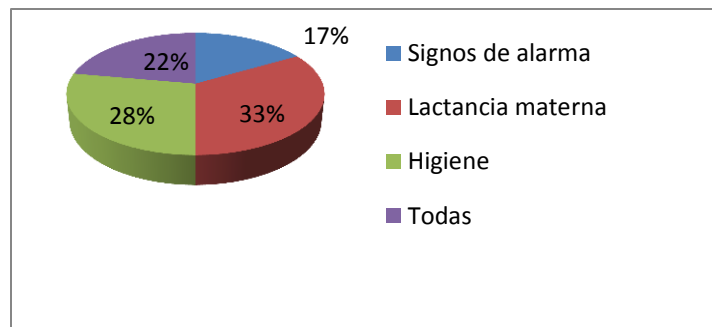
Analisis: en la tabla y grafico, con respecto a la pregunta se puede observar que las tres opciones 11 respondieron de 14 a 16años que corresponde al 61% , 7 de 17 ba 19 años que corresponde al 39% .

Interpretacion: con los datos obtenidos se puede concluir que la edad en convertirse en madres son de 14 a 16 años, ya que en esta edad quieren experimentar, curiosiar lo que es el sexo sin saber que consecuencias pueden pasar. Al no tener confianza en su ambito familiar o por miedo de castigos que le influyen a tomar estas decisiones.

6.- Tema: Recibe a educación sobre el cuidado de su hijo por el personal de salud

Tabla #6

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Signos de alarma	3	17%
Lactancia materna	6	33%
Higiene	5	28%
Todas	4	22%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

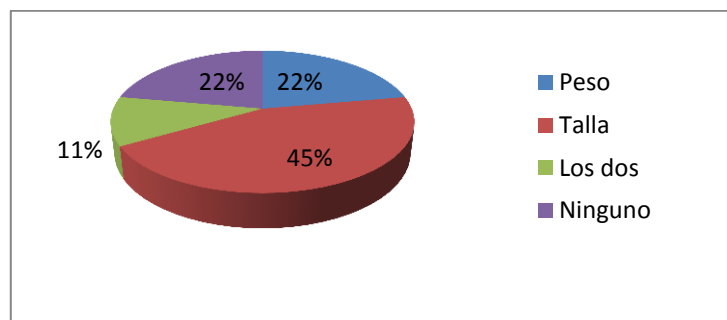
Analisis: en la tabla y grafico, con respecto a la pregunta se observar que las cuatro opciones con respecto a los signo de alarma 6 responden con lactancia materna que corresponde al 33% , 5 responden a higiene que corresponde al 28%, y 4 a todas que corresponde el 22% y 3 responden a signos de alarma que corresponde al 17%.

Interpretacion: con los datos obtenidos se puede concluir todas an respondido seis personas a lactancia materna Se les orienta en la lactancia materna ya que por el mismo hecho de ser adolescentes no tienen el conocimiento necesario del horario de las tomas de la alimentacion el asea antes de darle de comer , la comodidad del niño y su madre al momento de alimentarlo, ocurriendo tabien muerte del niño x el desconocimiento..

7.- Tema: En comparación con otros niños de la misma edad, su hijo ha presentado alteraciones.

Tabla # 7

Opcion	Frecuencia	Porcentaje
Peso	4	22.%
Talla	8	44.%
Los dos	2	11.%
Ninguno	4	22.%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

Analisis: en la tabla y grafico, con respecto a la pregunta se puede observar que las cuatro opciones con respecto al crecimiento 8 responden a talla que corresponde al

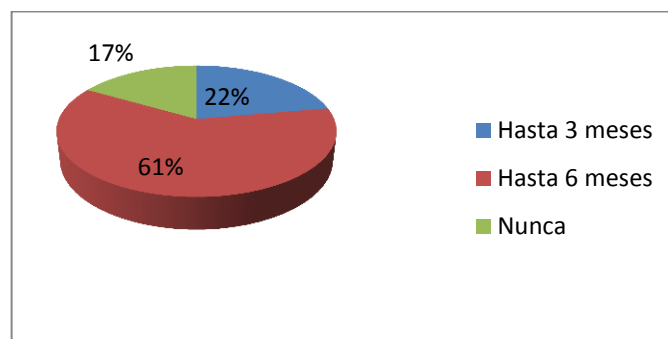
45%, 4 a ninguno que corresponde al 22%, 4 peso que corresponde al 22%, y 2 a los dos que corresponde el 11%.

Interpretación: con los datos obtenidos se puede concluir que ocho son de talla baja, por mismo hecho de que en la comunidad cosechan hortalizas, verduras, frutas, y las personas no lo consumen por que los vende para comprar alimento enlatados, fideo, chitos, papas que no proporcionan una buena alimentacion.

8.- Tema: Su hijo se alimentó solo con leche materna

Tabla # 8

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 3 meses	4	22%
Hasta 6 meses	11	61%
Nunca	3	17%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

Analisis: en la tabla y grafico, con respecto a la pregunta se puede observar que las tres opciones con respecto a la lactancia materna 11 responden hasta 6 meses que

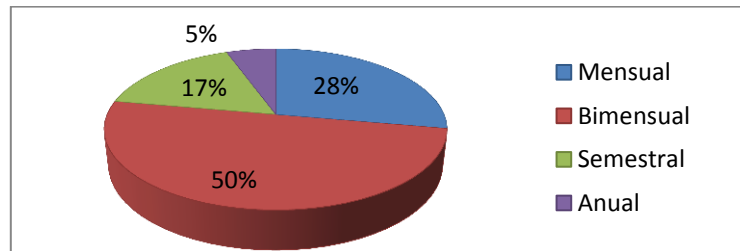
corresponde al 61%, 4 hasta tres meses que corresponde al 22% , y 3 responden que nunca que corresponde al 17%%.

Interpretacion: con los datos obtenidos se puede concluir 11 dicen hasta 6 mese.Gracias a la educacion que reciben en el subcentro de sald por parte del personal las ,madres han sido concientes y responsables de dar la lehe hasta los 6 meses

9.- Tema: Frecuencia de los controles médicos del niño.

Tabla #9

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Mensual	5	28%
Bimensual	9	50%
Semestral	3	17%
Anual	1	5%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

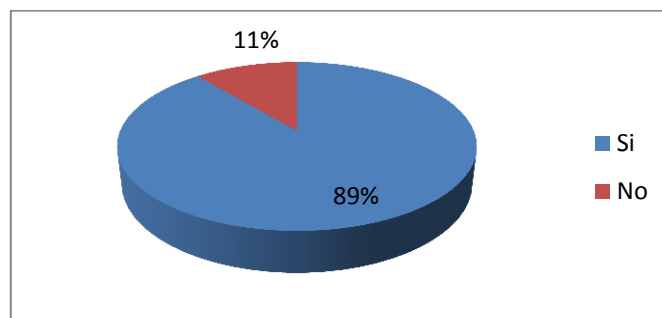
Analisis: en la tabla y grafico, con respecto a la pregunta se puede observar que las tres opciones con respecto a los controles medicos 9 dicen bimensual que corresponde al 50%, 5 dice mensual que corresponde al 28% , y 3 semestral que corresponde el 17% y anual uno que corresponde al 5%.

Interpretacion: con los datos obtenidos se puede concluir que los controles medicos nueve pertenecen a bimensual. Estas madres mencionan que ellas por el trabajo que tienen en la agricultura vasn bimensualmente al control de sus hijos y ellas, otras dicen que su niño no se enferman pero el echo de no enfermarse no quiere decri que este sano por este mismo hecho no saben sus madres que sus niños estan bajo en crecimiento.

10- Tema: Cumplimiento del esquema de vacunación establecido para la edad de su niño.

Tabla #10

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	89%
No	2	11%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

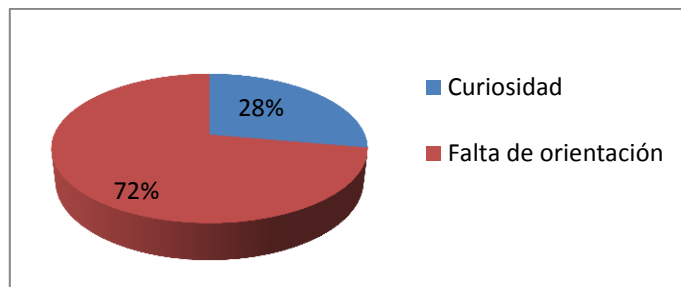
Analisis: en la tabla y grafico, con respecto a la pregunta de vacunacion 16 responden que si que corresponde al 89%, y 2 dicen que no que corresponde al 11%.

Interpretacion: con los datos obtenidos se puede concluir que dieciseis madres adolescentes dicen que si por que el personal de salud les inciste que tiene que acudir a la vacunas para evitar que sus niños se enfermen por lado el personal al no acudir lo va ha buscar en su casa para que no se queden sin sus vacunas.

11.- Tema: Causas más importante para que exista madres adolescentes

Tabla # 11

Opción	Frecuencia	opción
Curiosidad	5	28%
Falta de orientación	13	72%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

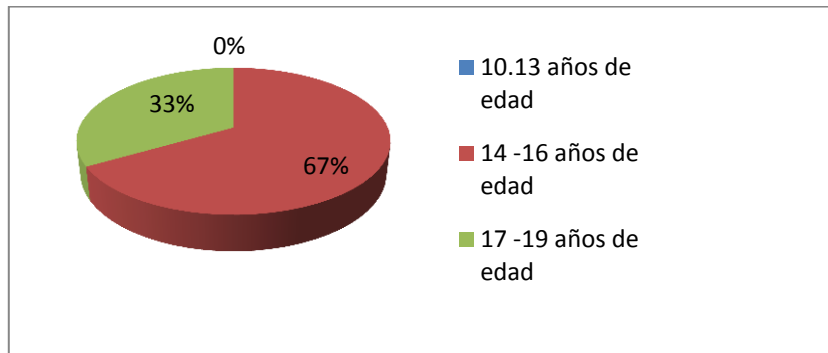
Analisis: en la tabla y grafico, con respecto a la pregunta que exista madres adolescentes 13 respondieron a la falta de orientacion que corresponden al 72% y 5 respondieron a curiosidad que corresponde al 28%.

Interpretacion: con los datos obtenidos se puede concluir que y trece dicen por falta de orientacion . Muchos adolescentes por el miedo de su familia lo reprima, lo insulte, o por el mismo hecho de desconocimiento toman opciones de experimentarlo sin saber lo que puede ocurrir.

12.- Tema: Rango de edad de los casos más frecuentes de madres adolescentes.

Tabla #12

Opción	Frecuencia	Porcentaje
10-13 años de edad	0	0%
14 -16 años de edad	12	67%
17 -19 años de edad	6	33%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

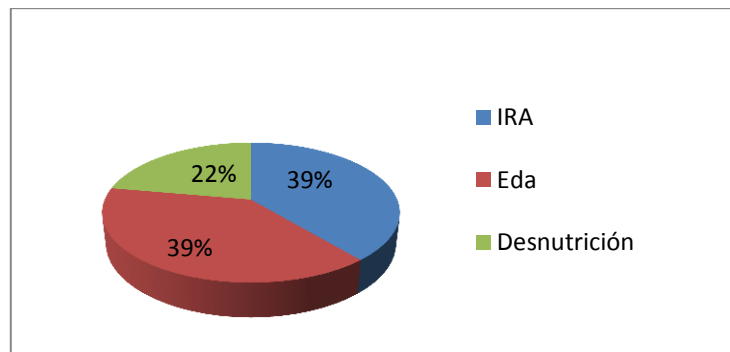
Analisis: en la tabla y grafico, con respecto a la pregunta 12 responden de 14 a 19 años de edad que corresponde al 67% y 6 responden de 17 a 19 años que corresponde al 33%.

Interpretacion: con los datos obtenidos se puede concluir que doce es de 14 a 16 años. Esto se da ya que muchas adolescentes son encaminadas por malas amistades, curiosidad. Sabiendo que no es lo correcto. También por la falta de educación de la misma familia.

13.- Tema: Enfermedades que se presentan con más frecuencia en los hijos de madres adolescentes.

Tabla #13

Opción	Frecuencia	Porcentaje
IRA	7	39%
Eda	7	39%
Desnutrición	4	22%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

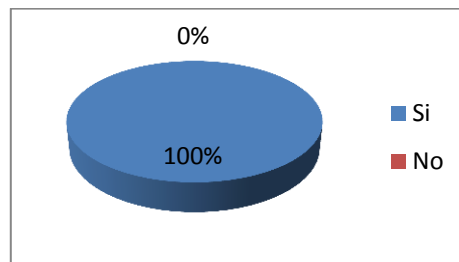
Analisis: en la tabla y grafico, con respecto a la pregunta de enfermedades 7 respondieron a EDA que corresponde al 39% y 4 respondieron a desnutricion que corresponde al 22%, y 7 responden a IRA que corresponde al 39%.

Interpretación: con los datos obtenidos se puede concluir que siete corresponde a EDA y siete con IRA. Estas enfermedades se presentan por una mala higiene, la alimentación de estos niños no son variados ni saludables el clima es frío no se abrigan los niños.

14.- Tema: Educación a las madres adolescentes sobre el cuidado de sus hijos.

Tabla #14

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	100%
No	0	0%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

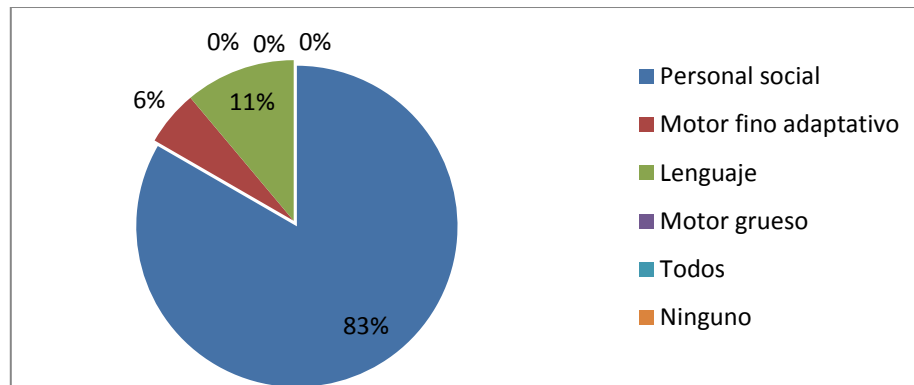
Análisis: en la tabla y gráfico, con respecto a la pregunta 18 responden que si que corresponde al 100% y 0% del no.

Interpretación: con los datos obtenidos se puede concluir dieciocho dicen que si reciben educación sobre el cuidado de sus hijos que el personal de salud esta encaminada y preparada en brindar educación a esta comunidad lo cual día a día los refuerza de conocimientos.

15.- Tema: Aplicación del test de Denver al hijo de madres adolescentes y aspecto que identifica alteraciones con mayor frecuencia

Tabla # 15

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Personal social	15	83%
Motor fino adaptativo	1	6%
Lenguaje	2	11%
Motor grueso	0	0%
Todos	0	0%
Ninguno	0	0%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

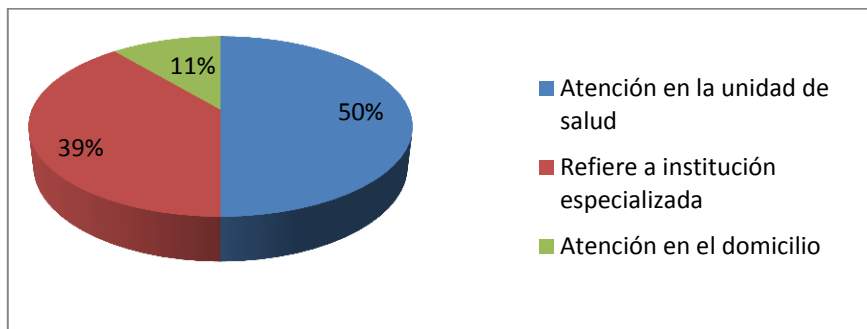
Analisis: en la tabla y grafico, con respecto a la pregunta 15 responden lo personal social que corresponde al 83%, 2 responden al lenhuaje que corresponde al 11% y uno al motor finon adaptativo que corresponde al 5% .

Interpretación: con los datos obtenidos se puede concluir que hay trece casos de lo personal social ya que los niños pasan solo con la madre y no conoce mas personas a su alrededor.

16.- Tema: A los hijos de madres adolescentes a done los transfiere si presenta alteraciones.

Tabla # 16

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Atención en la unidad de salud	9	50%
Refiere a institución especializada	7	39%
Atención en el domicilio	2	11%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

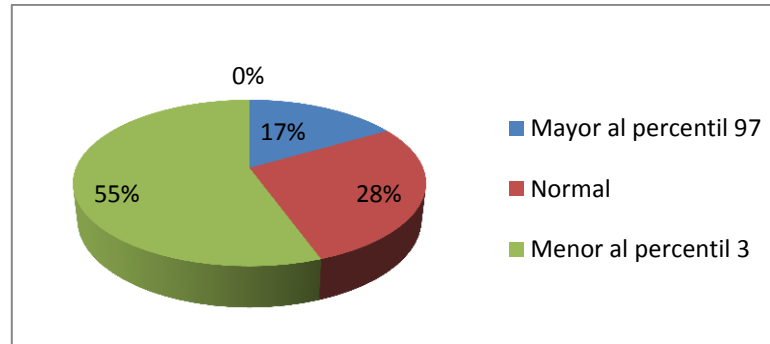
Análisis: en la tabla y grafico, con respecto a la pregunta 9 se refiere a la atención en la unidad de salud que corresponde al 50% , 7 a la institución especializada que corresponde al 39% y 2 atención al domicilio que corresponde al 11%.

Interpretación: con los datos obtenidos se puede concluir que nueve reciben atención en el área de salud. No todos tienen los recursos de dinero suficiente para el control de su hijo y como no aprovechan en el área de salud se cuenta con el personal capacitado e insumos para su atención al cliente.

17.- Tema: Crecimiento de los hijos de las madres adolescentes, y porcentaje según el índice de talla edad.

Tabla # 17

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Mayor al percentil 97	3	17%
Normal	5	28%
Menor al percentil 3	10	55%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Verónica Sailema

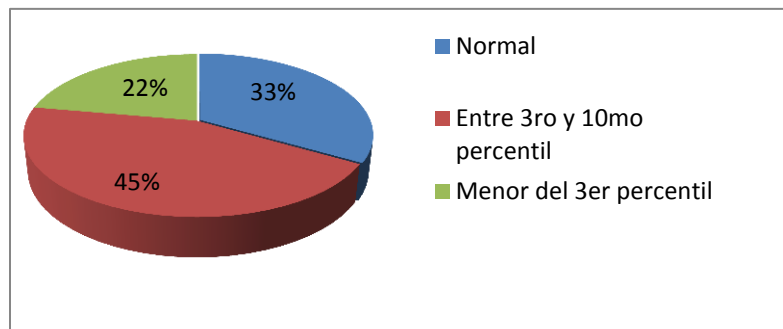
Análisis: en la tabla y gráfico, con respecto a la pregunta 10 responden menor al 3 que es 55%, 5 responden normal 3 que corresponde al 28% y 3 respondieron mayor al percentil 97 que corresponde al 17%.

Interpretación: con los datos obtenidos se puede concluir 10 pertenece menor al percentil 3 se debe a la alimentación inadecuada de los niños no consumen frutas, verduras, consumen comida chatarra desde pequeños.

18.- Tema: Crecimiento de los hijos de las madres adolescentes, y porcentaje que se encuentra según el peso- edad.

Tabla # 18

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Normal	6	33%
Entre 3ro y 10mo percentil	8	44%
Menor del 3er percentil	4	22%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

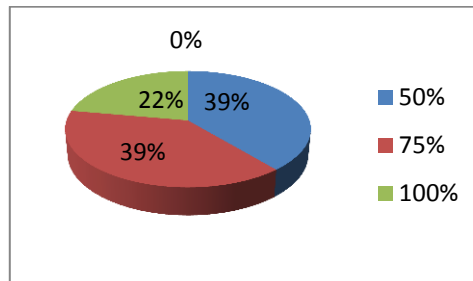
Análisis: en la tabla y gráfico, con respecto a la pregunta de crecimiento 8 responde entre 3ro y 10mo percentil que corresponde al 45% y 6 responden a lo normal que corresponde al 33% y 4 responden menor del 3er percentil que corresponde al 22%.

Interpretación: con los datos obtenidos se puede concluir que ocho pertenecen al 3ro y 10mo percentil, Ya que la alimentación de estos niños no son adecuadas por el mismo hecho su ganancia de peso va hacer insuficientes.

19.- Tema: Cumplimiento del esquema de vacunación de los hijos de madres adolescentes.

Tabla # 19

Opción	Frecuencia	Porcentaje
50%	7	39%
75%	7	39%
100%	4	22%
TOTAL	18	100%



Fuente: Encuesta

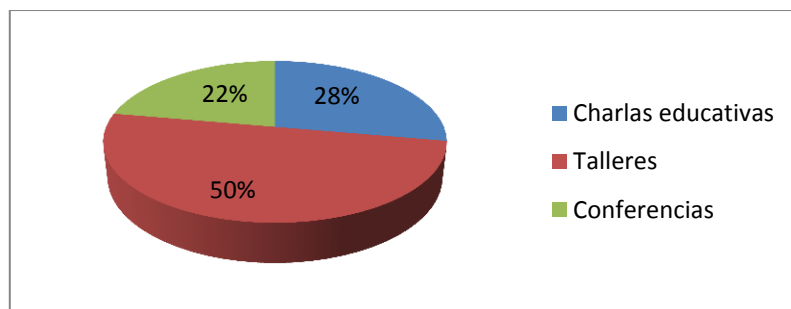
Elaborado por: Veronica Sailema

Analisis: en la tabla y grafico, con respecto a la pregunta de vacunacion 7 responde el 50% que corresponde al 39% , 7 responden tambien al 75% que corresponde al 39% y 4 responden el 100% que corresponden al 22% de cumplimiento de vacunas a sus hijos.

Interpretación: con los datos obtenidos se puede concluir siete es el 39 % el 75% también son siete que es el 39% muchas madres adolescentes no tienen conocimiento para que son las vacunas para que sirven gracias al personal de salud capacitado estas madres son responsables para acudir a los chequeos y vacunas .

20.- Tema: Actividades que deberían implementar para promover un adecuado crecimiento y desarrollo en los hijos de madres adolescentes.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Charlas educativas	5	28%
Talleres	9	50%
Conferencias	4	22%
Total	18	100%



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Veronica Sailema

Analisis: en la tabla y grafico, con respecto a la pregunta de implementar actividades 9 respondieron sobre talleres que corresponde al 50%, 5 respondieron a charlas

educativas que corresponden al 28% y 4 responden a conferencias que corresponden al 22%.

Interpretacion: con los datos obtenidos se puede concluir que nueve dicen si implementar talleres que es el porcentaje mayor. Ya que con talleres se podra retroalimentar conocimientos y dar a conocer nuevos temas para la comunidad para su bienestar tanto para la madre adolescente como la su niño .

4.3 Verificación de la hipótesis

Una vez analizado, procesado lo que son los datos se llega a un acuerdo, que si existen la influencia del crecimiento y desarrollo de los hijos de madres adolescentes.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Dentro del grupo de madres adolescentes inicia la menarquía de 10 a 13 años y causan por su primer embarazo un 18% a partir de 14 años y un 71% 12 años adicional, el inicio de relaciones sexuales se da a los 14 años lo cual indican un inicio precoz en la intimidad y embarazos a partir de la menarquía; por lo tanto no hubo planificación familiar en la que se denota una deficiencia en educación sexual y se relacionan así dos parámetros importantes en este estudio: el nivel de educación de las madres que en su totalidad están cursando solamente la primaria, Y el estado civil en las que nuestra muestra se encuentra civil y unión libre.

Los controles prenatales tan solo en un 14 por ciento se evidencian el incumplimiento y un número superior al 80% no cumplen con el control de número requerido. De esta manera se incrementa el riesgo adicional en el embarazo en adolescentes la detección oportuna de complicaciones por la intervención teniendo con un alto porcentaje de infecciones urinarias y anemias y un 42% cumplido el parto por cesárea y un 80% se realiza el parto en una institución que se mantiene el 1% en parto en domicilio.

En los niños se puede evidenciar en base de los datos obtenidos de la historia clínica. Al momento se evidencia alteraciones en el crecimiento de los niños ya que son amamantados un 80% con leche materna exclusiva, 28% que se alimenta con fórmula, las principales patologías observadas en estas menor son las prevalentes en la infancia en cuanto al crecimiento no se mantiene dentro de los estándares normales.

No existe una valoración del niño lo que hace difícil el análisis de las características psicomotoras del mismo que son parte importante de la intervención en caso de encontrarse alguna alteración.

- Nuestro estudio se evidencia el bajo nivel de educación de las madres adolescentes sobre todo en salud y la importancia médica oportuna.
- Se evidencia un bajo peso en los niños, pero no se evidencia patologías graves.
- Desconocimiento del uso de métodos anticonceptivos

5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomendaría dar educación a los usuarios sobre una guía de planificación familiar, para así evitar embarazos no deseados.
- Implementar educación sobre la importancia de los alimentos que ellos cosechan lo saludable y beneficioso para su crecimiento y desarrollo de la comunidad.
- Concientizar a los adolescentes a acudir a los controles médicos para detectar enfermedades y contribuir a un bienestar saludable de los niños a tiempo.
- Informar al personal de salud que se valore el Test de Denver y explicar la importancia de la realización a los niños para el control.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

Implementar educación sobre alimentación en niños de 0 a 2 años 6 meses de edad y planificación familiar para así disminuir los embarazos en adolescentes. Educación al personal de salud para que se evalúe el Test de Denver.

6.1 Datos Informativos

Tema de la propuesta

Realización de un cuadernillo de alimentos que contiene la comunidad de Chaupiloma y sus nutrientes para así contribuir un estado nutricional saludable de los niños de 0 a 2 años 6 meses, y la importancia de la lactancia materna.

Institución: Subcentro de salud de Chaupiloma

Ubicación

Cantón: Píllaro

Comunidad: Chaupiloma

Beneficiario: Madres adolescentes que acuden al subcentro de salud Chaupiloma.

Responsable: Verónica Sailema

Tutora: Lic. Valeria Vascones

Alcance temporal: Junio-Noviembre 2012

Costo: \$ 500,00

6.2 Antecedentes de la propuesta

La presente propuesta surge como una respuesta a los resultados se han vertido en la investigación tales como.

- Las adolescentes de 13 a 19 años de edad presentan cambios corporales , el aumento de la influencia endocrina y los impulsos primitivos generan confusión y dudas, se tornan más independiente empezando a separarse de sus padres , y vivir su vida
- El niño es un ser humano único e irrepetible, en proceso de crecimiento y desarrollo, avanzando por etapas y periodos permitiendo la adaptación del mundo que lo rodea.
- El hecho de ser adolescente no posee conocimientos necesarios sobre la alimentación tanto como para la madre y su hijo, es por esto la ejecución de un cuadernillo de alimentación para el niño, posiciones de la lactancia materna para así evitar problemas después del parto.

6.3 Justificación

Es de gran importancia de que la comunidad reciba un cuadernillo de los alimentos que ellos tienen al alcance, siendo importantes debido a su contenido de vitaminas, para así evitar enfermedades asociadas a la alimentación.

Se debe recordar también sobre la importancia de la lactancia materna ya que satisface las necesidades inmunológicas y nutricionales del bebe.

6.4 Objetivos

6.4.1 Objetivo general

Diseñar un cuadernillo en un lenguaje más entendible sobre la importancia de la alimentación en los niños menores de un año que permita disminuir la prevalencia de crecimiento y desarrollo en la comunidad de Chaupiloma que va encaminada a obtener una buena alimentación y lactancia materna.

6.4.2 Objetivo específico

- ★ Educar a la madres adolescentes sobre la importancia de los nutrientes que tienen ellos al alcance y como preparar el alimento según la edad de su hijo.
- ★ Informar lo fundamental que es la leche materna sus beneficios y las posiciones adecuadas y eficientes para dar de lactar.
- ★ Concientizar a que todos los adolescentes sobre todo en periodo de gestación y postparto a que acudan a los Subcentros de Salud a sus chequeos médicos oportunos.

6.5 Fundamentación científica

Al nacer el niño debe ser alimentado exclusivamente con leche materna que es un alimento para cubrir sus necesidades en esa etapa de vida.

En alimentación complementaria se introducen alimentos sólidos o líquidos, ya que el niño va experimentando nuevas texturas, colores sabores, olores, mientras va creciendo y desarrollándose.

Este es un proceso que estimula su desarrollo y debe ser agradable y libre de tensiones tanto para los padres o personas encargadas de su cuidado como para los niños.

6.6 Análisis de factibilidad

Es factible otorgar un cuadernillo a la comunidad y personal que elabora en el subcentro de la Comunidad de Chaupilonma sobre la importancia de la alimentación de niños de 0 a 2 años 6 meses de edad y la lactancia materna exclusiva ya que esta comunidad es agricultora se les dará a conocer sobre comidas sencillas de preparar teniendo todos los nutrientes al alcance.

La presente propuesta es factible y se agradece la colaboración del personal de salud del subcentro que elabora día a día manteniendo el bienestar saludable de la comunidad mejorando un mejor estilo de vida.

6.7 Metodología

Se elabora material (cuadernillo) entendible para retroalimentar sus dudas curiosidades, previo a su impresión se repartirá al personal que elabora en el subcentro encargado para validar o realizar ajustes.

Para que produzca el efecto deseado se deberá motivar a los usuarios a la lectura del cuadernillo como también preguntas dudosas para así presentarse con un interés único para poder complementar sus conocimientos y aplicarlos de mejor manera en sus hogares.

MODELO OPERATIVO

Cuadro N.-10 Modelo Operativo

Fases	Etapas	Meta	Actividades	Presupuesto	Responsable
Planificación	Recolección de información científica sobre la lactancia materna y alimentación de 0 a 2 años 6 meses de edad.	Obtener suficiente información científica	<ul style="list-style-type: none"> Estudio del tema Bibliografía 	Hojas \$ 30 Tinta \$ 20 Impresiones Internet \$ 15	Equipo ejecutorios de la propuesta: <ul style="list-style-type: none"> Verónica Sailema Equipo de salud
	<ul style="list-style-type: none"> Captación dirigida a las madres adolescentes 	El 75% de madres adolescentes captadas	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de la HCl 	Transporte \$ 40 Cartulina \$10	
	<ul style="list-style-type: none"> Recolección de material para la realización de la propuesta 	Propuesta Educativa realizada	<ul style="list-style-type: none"> Entrega de cuadernillo sobre lactancia materna y alimentación del niño/a. 	Bolígrafos \$ 3 Material didáctico \$ 25	
	<ul style="list-style-type: none"> Conseguir un lugar adecuado para informar sobre de la alimentación. 	Subcentro de salud Chaupiloma	<ul style="list-style-type: none"> Arreglo del lugar (sillas y mesas suficientes) 	Refrigerio \$ 20 Encuesta \$ 25	
Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de la propuesta Educativa 	El 70% de las madres están presentes.	<ul style="list-style-type: none"> Listado de asistencia a la Charla. 		

Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de todos los contenidos explicativos a las madres adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Concientizar sobre la importancia del tema a un 75% de la población 	<ul style="list-style-type: none"> • Realización del Cuestionario 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de los hijos de madres adolescentes 	Identificar a los niños	<ul style="list-style-type: none"> • Acudir al subcentro de salud de Chaupiloma para recopilar datos de los niños • Visitas domiciliaria de seguimiento 		

Fuente: Investigativa

Elaborado por: Verónica Cecilia Saliema Chango

6.8 Administración

Se evaluará la aplicación del tríptico sobre la importancia del control médico de los niños aplicando la guía de observación que se verá reflejada en la comunidad

6.9 Previsión de la evaluación

- ★ Para verificar se pesará y se tomará la talla de los hijos de madres adolescentes antes de entregar este cuadernillo para así ir evaluando niño por niño de cada madre.

La evaluación se realizará para verificar que las madres adolescentes estén aplicando lo instruido sobre el cuadernillo de alimentación para poder determinar el porcentaje de niños de baja talla y peso en la comunidad de Chaupiloma.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguilar Cordero María José. (2005). Lactancia materna. Edit. EDIDE, S.L. Madrid España. Pág. 1-6, 120-129, 135-146, 409-418
- Gómez Fernando Juan.(2008). El niño sano. (2da Ed.). Medellín Colombia.
- Hernández Ángel Gil. (2010). Tratado de Nutrición, Bases fisiológicas y Bioquímicas de la Nutrición. (2da Ed.). Madrid España. Pág. 529.
- Hinojosa M.(2012). Crecimiento y desarrollo--Evaluación de desarrollo Psicomotor y Estimulación Temprana. Quito, Ecuador. Pág. 82-87.
- Hopkins Johns. (2005). Ginecología y Obstetricia. Madrid España. Pág. 100-106
- Lowdwr milk, Deinfra., Enfermería Materno Infantil. (6ta. Ed.). Edit. Océano, Barcelona.pág. 951, 953-960.
- Nelson. (2009). Tratado de Pediatría Nelson. (18va ed.). Barcelona España.Pág. 65, 1078-1079.
- MSP." Manual de Normas para la atención materno infantil" Ecuador(2000), Pág. 386
- MSP. Manual de Normas Técnico Administrativa, Métodos y Procedimientos de Vacunación y vigilancia epidemiológica del programa ampliado de inmunización (PAI), Dirección de Control Y mejoramiento de la salud pública (2005). Pág. 129
- Palmer Luannel Linnard. (2012).Notas de Pediatría. Edit. Mexicana: Javier de Leon Fraga. Pag.9, 60-67
- Pérez Gonzales M.J. Bueno M. (2007). Nutrición en Pediatría. (3ra Ed.). Madrid. Pág. 11-22, 353-362.
- Towle Mary Ann, (2010). Asistencia de Enfermería Materno-Neonatal. Edit. Miguel Martin Romo. Madrid España. Pág.253-256, 258-267,263-265, 151-153.

- Willians. (2006). Osbtetricia de Willians. (1ra Ed.).México. Pág. 93-95
- Whitney Ellie, RadyRolfes Sharon. (2012). Tratado General de la Nutrición, España. Pág. 529

LINKOGRAGÍA

- Adolescentes y sus problemas: sexualidad, tabaco, psicología publicado en <http://www.bekiapadres.com/adolescentes/>
- Boehlke Julie. Madrés Adolescentes –Monografias.com [en línea] <http://www.monografias.com/trabajos93/las-madres-adolescentes/las-madres-adolescentes.shtml#ixzz2yhP54Iokvv>
- Embarazo adolescente. Disponible en : http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_adolescente
- Cuando los adolescentes Tienen hijos. Disponible en : http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/Cuando_los_Adolescentes_Tienen_Hijos_31.aspx
- Crecimiento, desarrollo y lactancia materna de hijos de madres.Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91212204004>
- Desarrollo Infantil de 0 a 3 años. Disponible en : Monografias.com <http://www.monografias.com/trabajos98/desarrollo-infantil-0-3-anos/desarrollo-infantil-0-3-anos.shtml>
- Desarrollo fisico de los 3 primeros años - slideshare <http://www.slideshare.net/sofiaruizr/i-embarazo>
- DUARTE JONATHAN. Madrés adolescentes. [en línea] 2013 Disponible en: http://wn.com/madres_adolescentes
- <http://www.metroecuador.com.ec/50663-en-ecuador-hay-122-mil-madres-adolescentes.html>

- Madres adolescentes y sus responsabilidades |How en Español
lhttp://www.ehowenespanol.com/madres-adolescentes-responsabilidades-sobre_111150/
- Mendoza Luis Alfonso, Arias Martha G, Mendoza T Laura Isabel. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad. [en línea] disponible en http://www.scielo.cl/...2000500008&script=sci_arttext
- Peor desarrollo cognitivo en hijos de madre adolescente - Embarazo
Disponibile en: <http://www.webconsultas.com/embarazo/vivir-el-embarazo/los-hijos-de-madres-adolescentes-tienen-peor-desarrollo-cognitivo-12279>
- Retrazo del crecimiento. Disponible en :
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002006.htm>
- Script Java .Desarrollo del adolescente. [en línea] . Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002003.htm>
- Valdés S, Essien J, Bardales J, Saavedra D, Bardales E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. RCOG. [en línea] 2002 [2 de junio de 2012]; 28(2). Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.htm.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS -BASE DE DATOS DE UTA

- SciELO: Gatica, Cristina I. y Mendez de Feu, María. Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. Arch. argent. pediatr. [Online]. 2009, vol.107. Disponible en
[:www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752009000600005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752009000600005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1668-3501.
- SciELO: López, 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

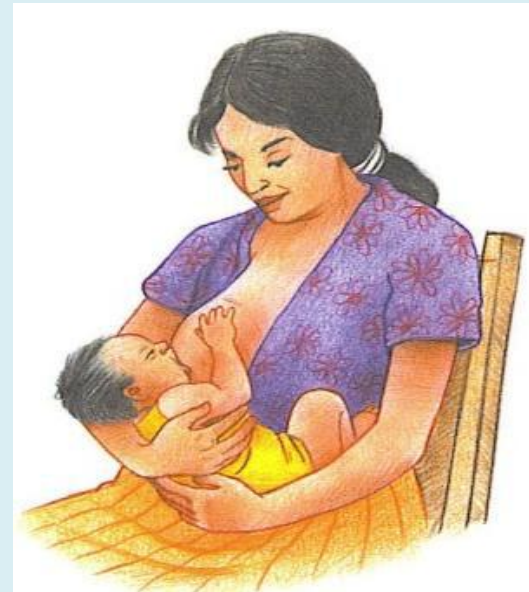
- Springer: World Health Organization Staff. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Editorial Organización Mundial de la Salud. 2003. Disponible en:
www.springer.org/estrategiamundialparalaalimentacióndellactante
- SciELO Cuba: Crecimiento y desarrollo. , CuadHist Salud Pública, 2003, no.93, ISSN 0045-91782.
- SciELO Cuba: Suárez Linares, Judith. Otra mirada al embarazo en la adolescencia. , Revhabancienméd , 2011, vol.10, no.1, ISSN 1729-519X2.

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS	2
LACTANCIA MATERNA	2
LECHE MATERNA	3
BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	3
AGARRE ADECUADO DE LA LACTANCIA MATERNA	4
POSICIONES ADECUADAS PARA EL RN Y LA MADRE	6
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	9
ALIMENTOS A PARTIR DE LOS SEIS A OCHO MESES	9
ALIMENTOS A PARTIR DE NUEVE A ONCE MESES	9
ALIMENTACIÓN A PARTIR DE LOS DOCE MESES	13
HIGIENE DE LOS ALIMENTOS	14
ALIMENTOS QUE NO DEBEN CONSUMIR	15
RECETAS	16

ALIMENTACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD DE LA COMUNIDAD DE



CHAUPILOMA

OBJETIVOS

- 1.- Promocionar las ventajas de mantener la lactancia materna exclusiva, durante los seis primeros meses de vida del niño y la niña.
- 2.- seleccionar los alimentos complementarios adecuados, a partir de los seis meses.

LA LACTANCIA MATERNA

Estrecha los lazos entre la madre y su hijo, dándole seguridad y afecto lo que ayudara a tener un mejor desarrollo psicológico y social



VENTAJAS

- Evita hemorragias
- Retarda la menstruación
- Favorece las reservas de hierro

DISMINUYE EL RIESGO DE:

- Cáncer de mamas, útero y ovarios
- Osteoporosis y artritis

LECHE MATERNA

Es muy importante que al nacer los niños se alimenten exclusivamente con leche materna como es el calostro ya que es el mejor alimento que protegen contra graves enfermedades de la infancia.



El recién nacido debe tener contacto inmediato con su madre y lactar en la primeras horas después del nacimiento.

BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA

Disminuye el riesgo contra:

- ★ Cólicos o indigestión
- ★ Infecciones de garganta y de oídos
- ★ Gastroenteritis
- ★ Diarreas, desnutrición
- ★ Alergias y neumonías



AGARRE DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

- ✚ La lactancia materna no es una habilidad innata, sino que requiere un aprendizaje
- ✚ Los requisitos son alimentación a demanda sin horarios y postura adecuada para dar el pecho.
- ✚ Lávese las manos antes de dar el seno.
- ✚ Lavar los seno antes y después de cada toma.



Agarre adecuado

- La cabeza del bebe y el cuerpo debe estar en línea recta.
- La cara del bebe mira al pecho de la madre.
- La madre mantiene al bebe cerca de ella



Agarre deficiente

- ✦ No puede el bebé extraer la leche
- ✦ La madre presenta los pezones dolorosos
- ✦ Puede provocar, inflamación mastitis

POSICIONES ADECUADAS PARA EL RN Y LA MADRE

Posición sentada



Apoyar la espalda en una silla e inclinar el cuerpo hacia adelante y el pezón caiga dentro de la boca del bebé.

Posición acostada



La madre debe acostarse de lado y apoyar la cabeza y la espalda sobre la almohada y otra en la rodilla para aumentar su apoyo.

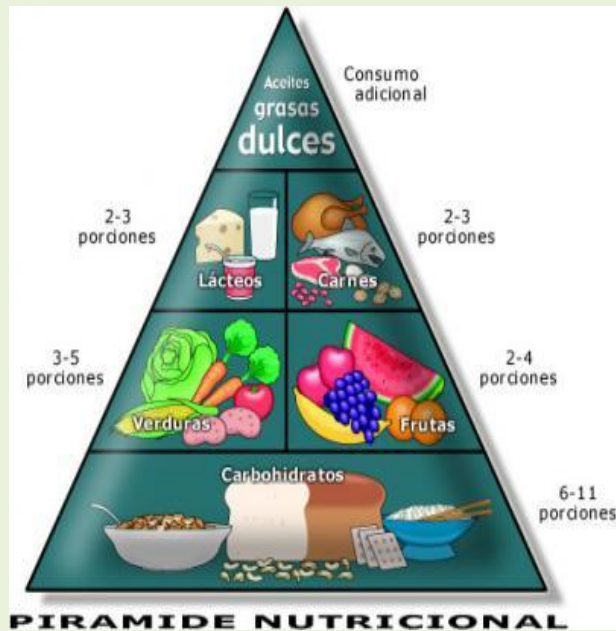
Posición de sandía



Colocar al bebe un lado y apoyarse sobre una almohada con el vientre del bebe sobre las costillas de la madre, cesárea.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Se inicia cuando la leche materna no cubre lo suficientes requerimientos nutricionales del lactante.



ALIMENTOS A PARTIR DE LOS SEIS A OCHO MESES

A partir de este mes en niño o niña requiere del aporte de más nutrientes de lo que normalmente proporciona la leche materna para el adecuado crecimiento y desarrollo.

También empieza un proceso de aprendizaje en el que viendo, sintiendo, oliendo, y probando experimenta nuevas texturas sabores, colores y olores el cual estimula su desarrollo.

RECUERDE

Alimente a su niño animándolos a servirse los alimentos sin forzar, castigar o amenazar



Cereales.-en forma de papilla avena, quinua, trigo

Tubérculos.-papa, melocotón, camote, zanahoria

Vegetales.-espinaca, zapallo, acelga, espinaca/zanahoria

Frutas.- guineo, manzana, papaya, melón, pera

Yema de huevo.- cocida y aplastada

Grasas.- añada a la papilla ½ cucharada de aceite de soya, maíz, oliva, girasol.



ALIMENTOS A PARTIR DE LOS NUEVE A ONCE MESES.

Continuara recibiendo leche materna. Además alimentaos picados y aplastados.



En esta etapa también empiezan a sostener una taza por sí mismo a comer con una cuchara pequeña

- ★ Hortalizas
- ★ Verduras
- ★ Frutas crudas y cocinadas
- ★ Cereales
- ★ Leguminosas.- lenteja, frejol aplastados y bien cocinadas.
- ★ Carnes .-res, pollo picadas finas



ALIMENTACIÓN A PARTIR DE LOS DOCE MESES

Continuar con la lactancia materna a esta edad puede comer el huevo entero, leche de vaca, frutillas, chocolate, con una frecuencia de 5 veces al día en cantidades pequeñas.



ALIMENTACIÓN A PARTIR DE DOS AÑOS 6 MESES DE EDAD.

En esta edad es importante los ácidos grasos ayudan:

- ★ Crecimiento
- ★ Desarrollo visual y cerebral

Hierro, Calcio, Zinc, Vitamina A, Vitamina C, Vitamina D

Alimentos	Porciones
Leche de vaca	1 taza
Queso	1 taja pequeña
Huevos	½ unidad
Hortalizas	½ taza
Verduras	¼ taza
Frutas	1 unidad
Azucares	1 cucharada ½
Harinas	1 cuchara
Carnes	1 porción pequeña

HIGIENE DE LOS ALIMENTOS

- ❖ Lavarse las manos
- ❖ Cocinar bien los alimentos
- ❖ Consumir inmediatamente antes de enfriarse
- ❖ Guardarlos cuidadosamente
- ❖ Lavarse bien las manos antes de preparar los alimentos
- ❖ Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y otros roedores.
- ❖ Hervir bien el agua antes de beberla y preparar alimentos
- ❖ Evitar el uso de biberones



ES IMPORTANTE:

Acudir a los controles médicos en los centros de salud para sus chequeos y recibir sus vitaminas.



NO ES RECOMENDABLE QUE LOS NIÑOS CONSUMAN

El niño no debe consumir frituras, Enlatados, embutidos, gelatinas, grasas, sal, azúcar, café, caramelos.



RECETAS

Cocine 1 zanahoria pequeña

Aplástela hasta formar puré

Añada gotas de leche materna

Cocine 1 papa pequeña

Aplástela hasta formar puré

Añada gotas de leche materna



ANEXO 2



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

**ENCUESTA DIRIGIDA A MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL
SUBCENTRO DE SALUD DE CHAUPILOMA DEL CANTÓN PÍLLARO.**

Objetivo: Recabar información sobre las causas de madres adolescentes y el crecimiento y desarrollo del niño.

Fecha:.....

Instrucciones: Lea determinadamente el siguiente cuestionario y responda con una x en los casilleros determinados.

1. ¿Qué tipo de complicaciones tuvo durante el embarazo?

- | | | | |
|------------------------------|-----|---------------------|-----|
| a.) Anemia | () | b.) Parto prematuro | () |
| c.) Infección Vías Urinarias | () | d.) Preclampsia | () |

2. ¿Cuál de los siguientes aspectos se ha afectado por su maternidad?

- | | | | |
|---------------|-----|-----------------|-----|
| a.) Físico | () | c.) Psicológico | () |
| b.) Emocional | () | d.) Social | () |

3. ¿Ha sido afectado su ámbito familiar?

SI ()

No ()

4. ¿Qué actitud tomo la gente de su entorno frente a su maternidad?

a.) Aceptación ()

b.) Rechazo ()

c.) Indiferencia ()

5. ¿Señale su edad al convertirse en madre?

a. 10 a 13 años ()

b. 14 a 16 años ()

c. 17 a 19 años ()

6. ¿Recibió algún tipo de educación sobre el cuidado de su hijo por el personal de salud?

a.) Signos de alarma ()

b.) Lactancia materna ()

c.) higiene ()

d.) Todas ()

7. ¿En comparación con otros niños de la misma edad, su hijo ha presentado alteraciones en?

a.) Peso ()

b.) Talla ()

c.) Los dos ()

d.) Ninguno ()

8. ¿Hasta qué edad su hijo se alimentó solo con leche materna?

a.) Hasta 3 meses

b.) Hasta 6 meses

c.) Nunca

9. ¿Con que frecuencia lleva a su niño a los controles médicos?

a.) Mensual ()

b.) Bimensual ()

c.) Semestral ()

d.) Anual ()

10. ¿Cumple usted con el esquema de vacunación establecido para la edad de su niño?

SI ()

No ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN Encuestadora: Verónica Sailema

ANEXO 3



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

ENCUESTA DIRIGIDA A PERSONAL DE SALUD QUE ELABORA EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE CHAUPILOMA DEL CANTÓN PÍLLARO.

OBJETIVO: Recabar información sobre las causas de madres adolescentes y el crecimiento y desarrollo del niño.

Fecha:.....

Instrucciones: Lea determinadamente el siguiente cuestionario y responda con una x en los casilleros determinados.

1. ¿Cuál es la causa más importante para que exista madres adolescentes?

1. Curiosidad

2. Falta de orientación

- 2. ¿En qué rango de edad se presentan los casos más frecuentes de madres adolescentes?**
- a. 10 – 13 años de edad
 - b. 14 -16 años de edad
 - c. 17 -19 años de edad
- 3. ¿De los siguientes parámetros que enfermedades se han presentado con más frecuencia en los hijos de madres adolescentes?**
- a. IRA b. EDA c. Desnutrición
- 4. ¿Brinda usted educación a las madres adolescentes sobre el cuidado de sus hijos?**
- Si () NO ()
- 5. ¿Al aplicar el test de Denver al hijo de madre adolescente en que aspecto identifica alteraciones con mayor frecuencia?**
- a. Personal social
 - b. Motor fino adaptativo
 - c. Lenguaje
 - d. Motor grueso
 - e. Todos
 - f. Ninguno

6. ¿Al identificar las alteraciones de la pregunta anterior que actividad realiza?

- a. Atención en la unidad de salud
- b. Refiere a institución especializada
- c. Atención en el domicilio

7. ¿De acuerdo a lo observado en el crecimiento de los hijos de las madres adolescentes; en qué porcentaje se encuentra según el índice talla-edad?

- a. Mayor al percentil 97
- b. Normal
- c. Menor al percentil 3

8. ¿De acuerdo a lo observado en el crecimiento de los hijos de madres adolescentes; en que percentil se encuentra según el peso – edad?

- a. Normal
- b. Entre el 3ro y 10mo percentil
- c. Menor del 3er percentil

9. ¿Las madres adolescentes cumplen con el esquema de vacunación de sus hijos en un porcentaje de?

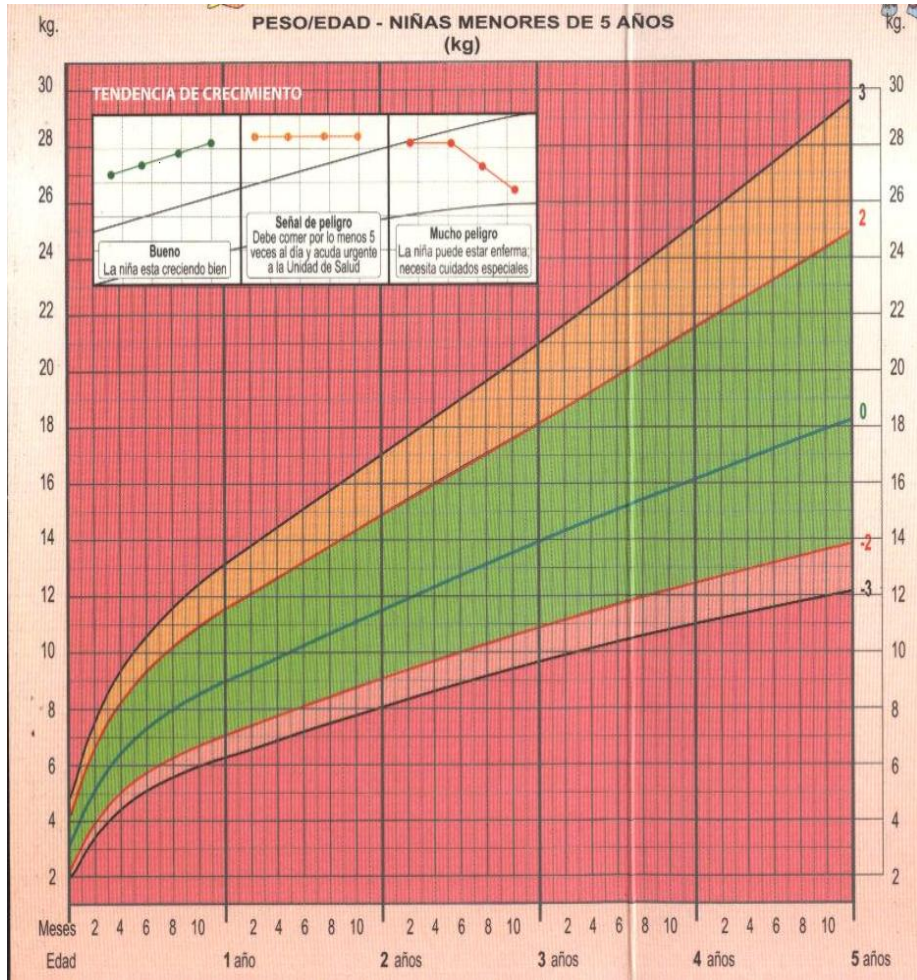
1. 50%
2. 75%
3. 100%

10. ¿Qué actividades se deberían implementar para promover un adecuado crecimiento y desarrollo en los hijos de madres adolescente?

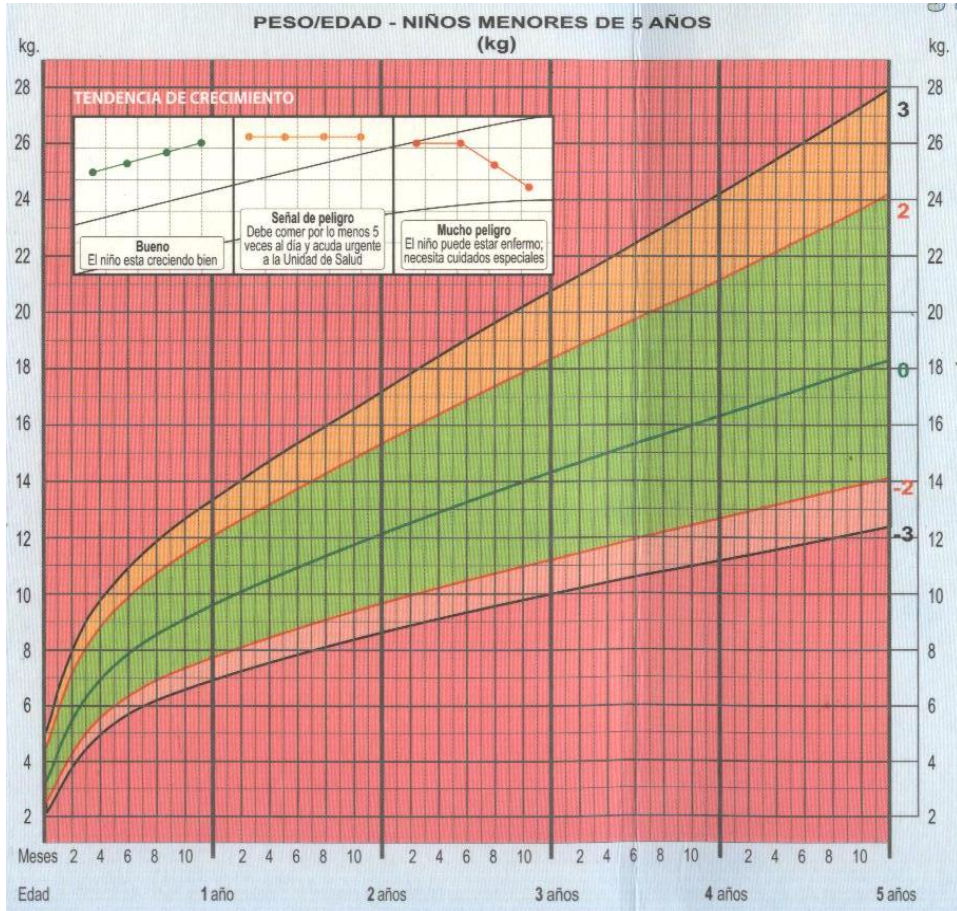
- a. Charlas educativas
- b. Talleres
- c. Conferencias

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN Encuestadora: Verónica Sailema

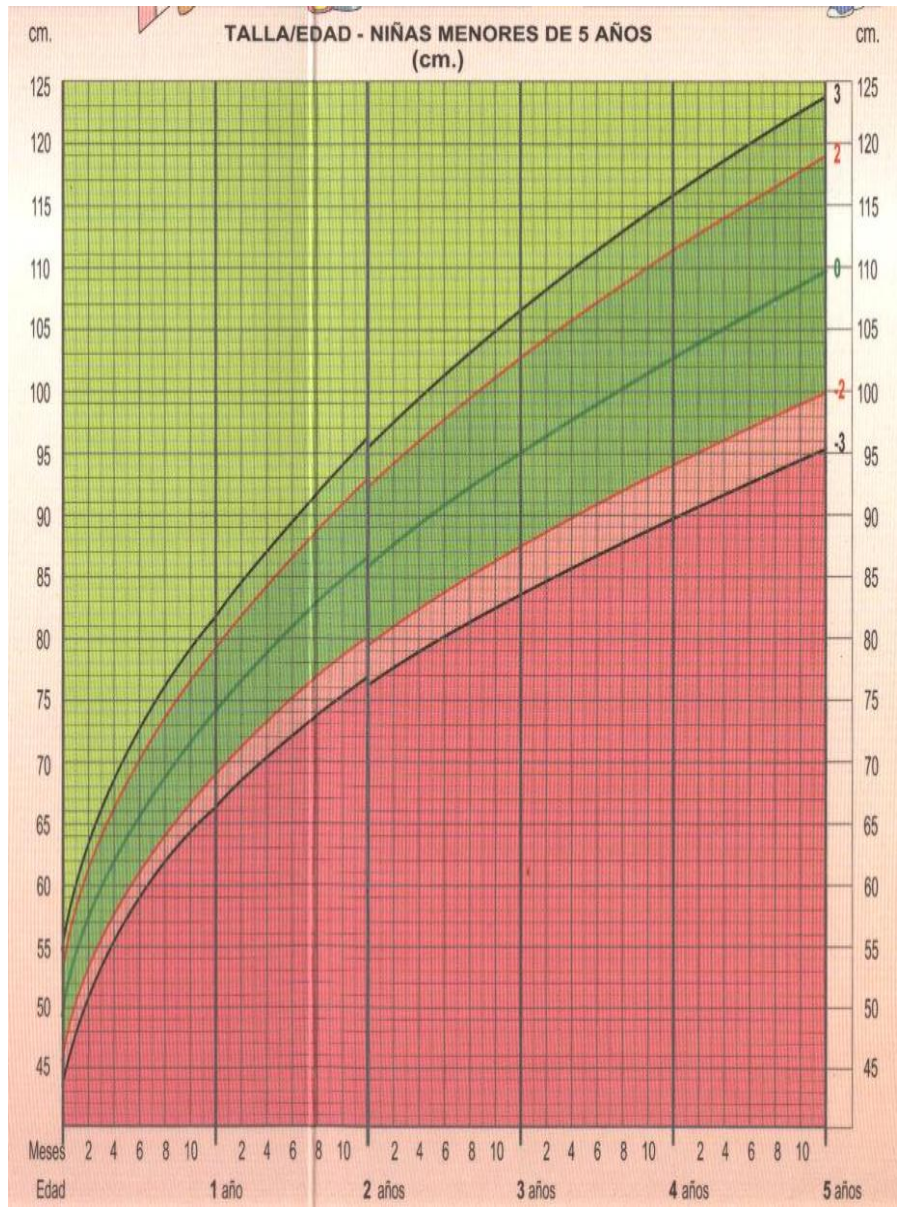
ANEXO 4



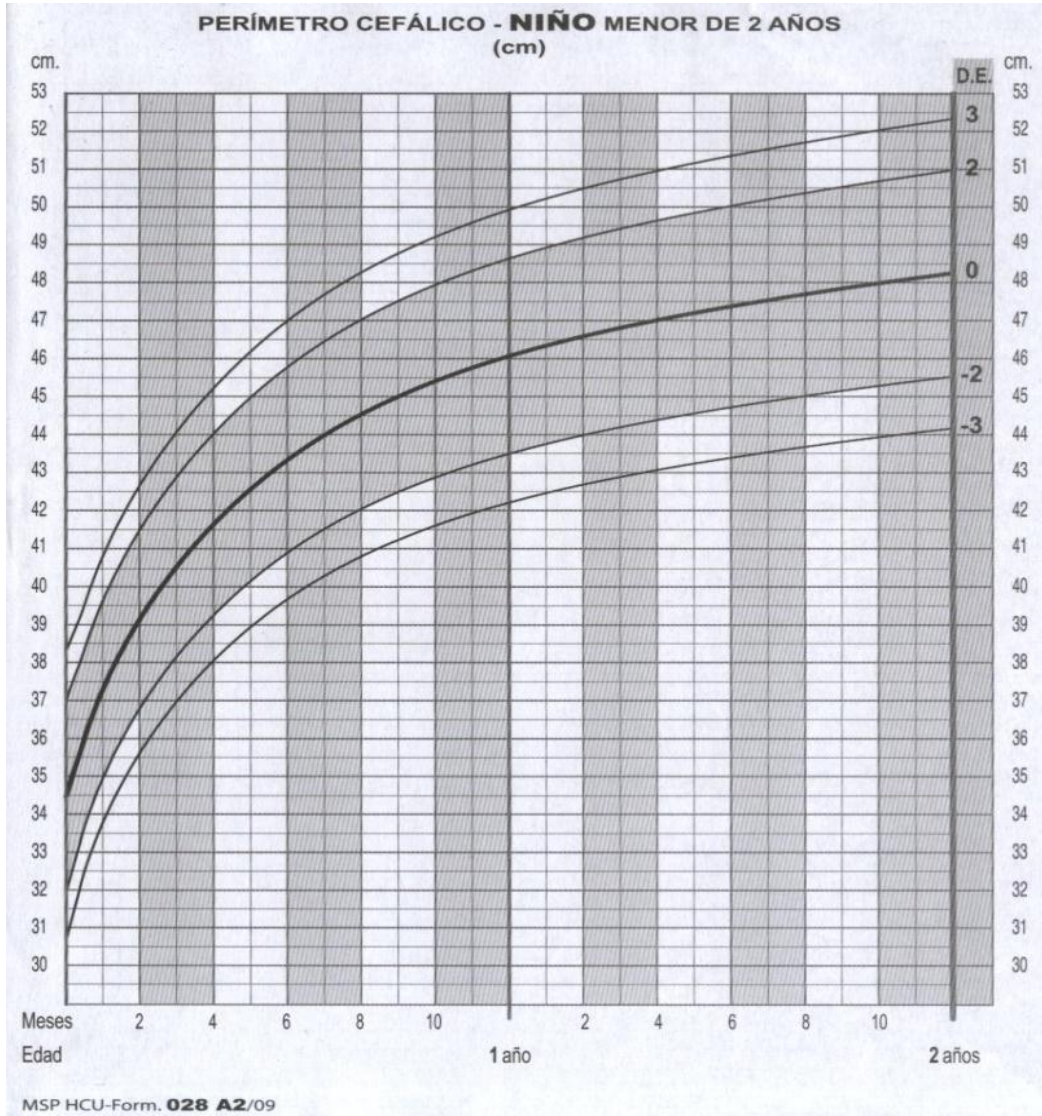
ANEXO 5



ANEXO 6



ANEXO 7

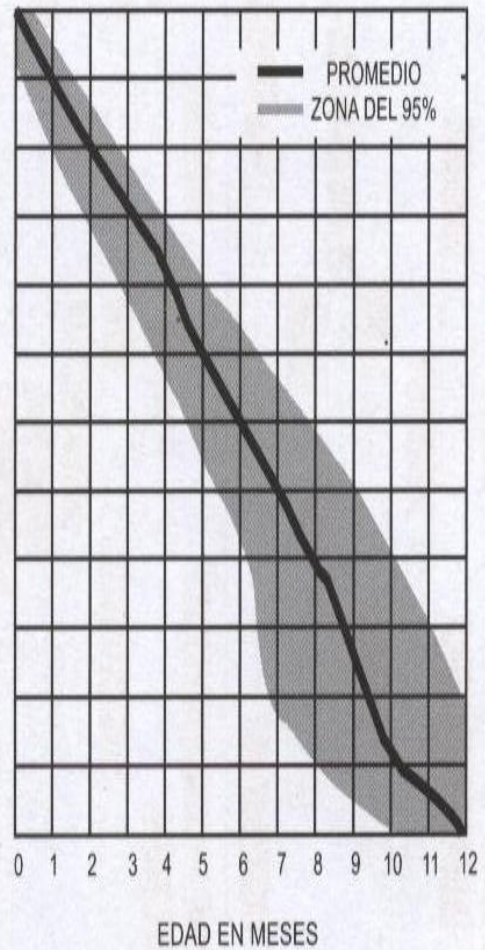


ANEXO 8

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

(Adaptado de Aidrich y Norval)

- Sonríe: Como respuesta a un 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-----
-
- Camina Solo: Da varios pasos-----

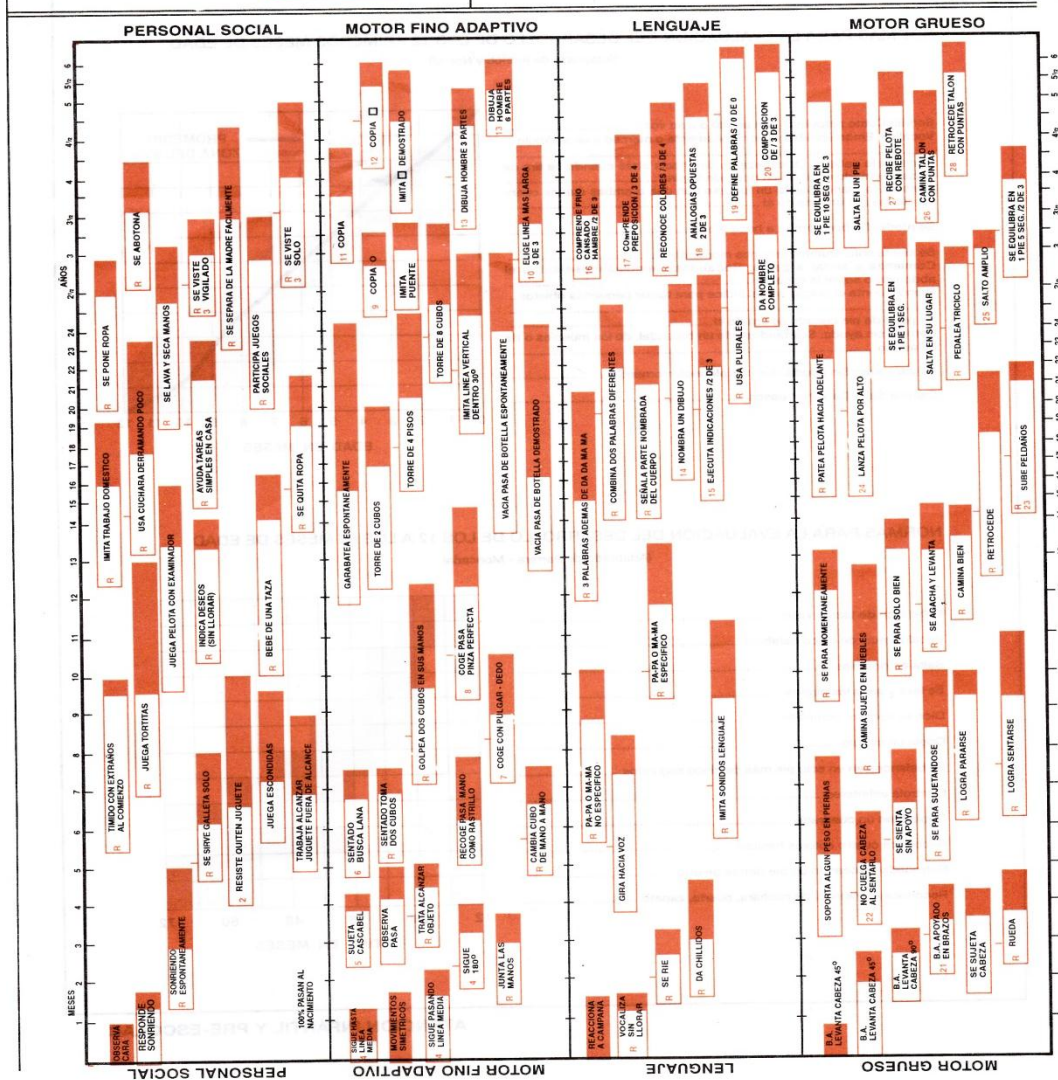


ANEXO 9

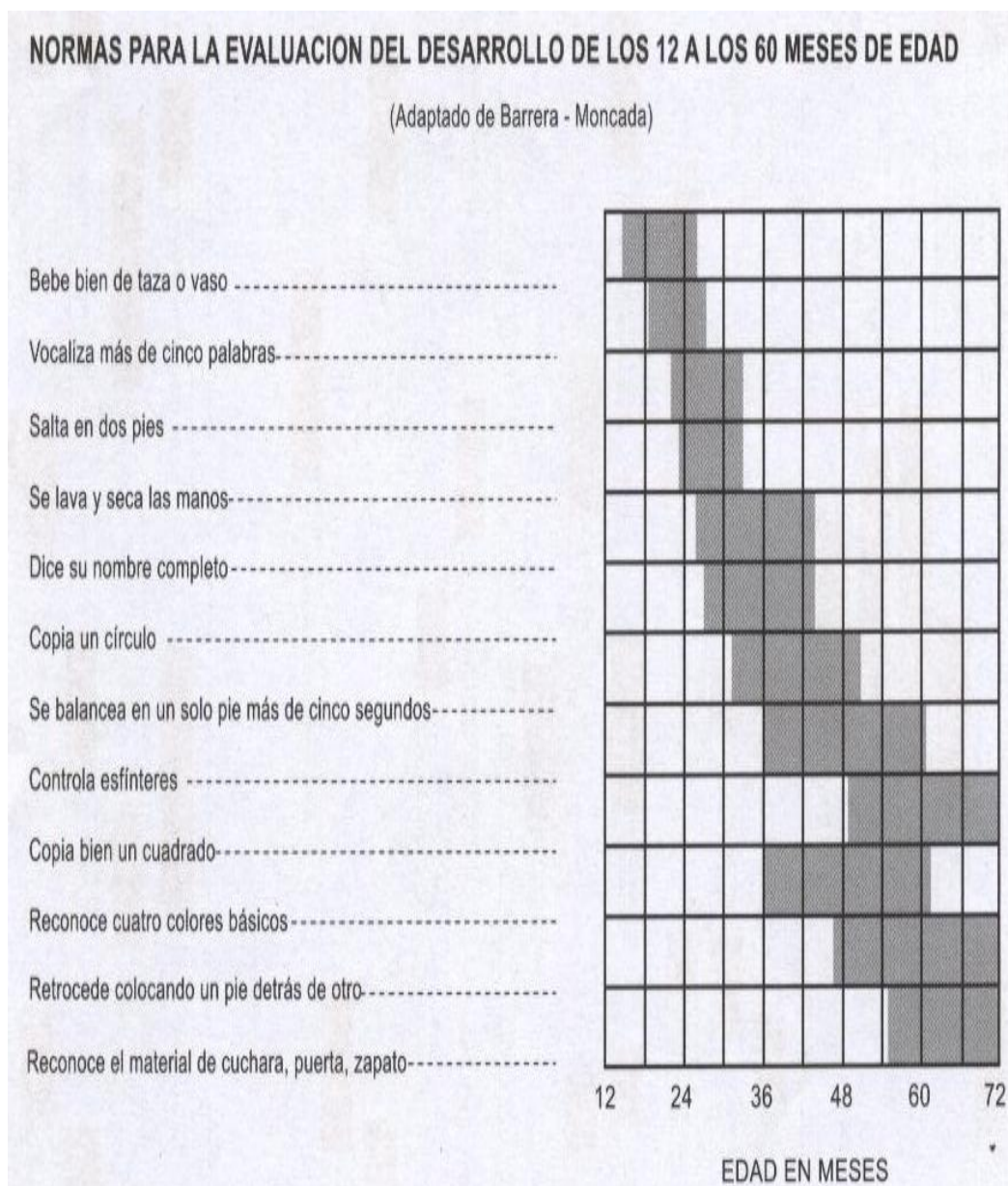
APELLIDO PATERNO _____ MATERNO _____ NOMBRES _____ No. HISTORIA CLINICA UNICA _____

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

EL "DENVER" EXAMEN DEL DESARROLLO DEL NIÑO



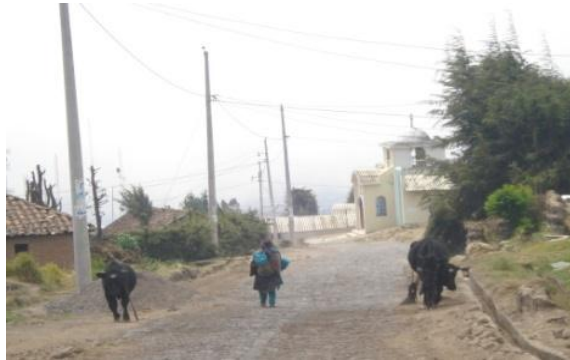
ANEXO 10



ANEXOS 11



SEMBRÍOS DE CHAUPILOMA



Mora

Papas



Maiz

Zapallo

Habas

