



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO  
Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 – 2 AÑOS 6 MESES EN LOS  
PUESTOS DE SALUD DE ANDIGNATO Y LA FLORIDA DEL ÁREA DE  
SALUD N°7 DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE  
TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 JUNIO AI 23 NOVIEMBRE DEL  
AÑO 2012”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

**Autora:** Rea Chacha, Jessika Belén

**Tutora:** Lic. Sánchez Yánez, Margarita Genoveva

**Ambato - Ecuador**

**Noviembre, 2014**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 – 2 AÑOS 6 MESES EN LOS PUESTOS DE SALUD DE ANDIGNATO Y LA FLORIDA DEL ÁREA DE SALUD N°7 DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 JUNIO AI 23 NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”** de Jessika Belén Rea Chacha, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Julio del 2014

LA TUTORA

---

Lic. Margarita Genoveva Sánchez Yánez

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el informe de investigación: **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 – 2 AÑOS 6 MESES EN LOS PUESTOS DE SALUD DE ANDIGNATO Y LA FLORIDA DEL ÁREA DE SALUD N°7 DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 JUNIO AI 23 NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”**, contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de mi exclusiva responsabilidad, como autora del trabajo de grado.

Ambato, Julio del 2014

LA AUTORA

---

Jessika Belén Rea Chacha

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para 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 la misma, dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice presentando mis derechos de la autora.

Ambato, Julio del 2014

LA AUTORA

---

Jessika Belén Rea Chacha

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueba el Informe de Investigación, sobre el tema: **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 – 2 AÑOS 6 MESES EN LOS PUESTOS DE SALUD DE ANDIGNATO Y LA FLORIDA DEL ÁREA DE SALUD N°7 DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 JUNIO AI 23 NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”**, de Jessika Belén Rea Chacha estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Noviembre del 2014

Para la constancia firman:

---

PRESIDENTE/A

---

1er VOCAL

---

2do VOCAL

## DEDICATORIA

Siempre pensé que mi vida estaba hecha para la soledad y nada más pero la vida me tenía preparado un regalo que me colmaría de una alegría incomparable que me estremecería el corazón al saber que ya estaba dentro de mí una vida creciendo día tras día, doy gracias a Dios por permitir tener un angelito de él en mi vida ya que con la llegada de mi preciosa hija a este mundo mi corazón se llenó de alegría, las noches triste se terminaron para convertirse en gritos de alegrías, para mirarla todos los días como mi pequeña hija crecía dando sus primeros pasos, los balbuceos, las travesuras, las caídas, y poder escuchar su tierna voz decirme mamá, siempre mi preciosa es quien me da fuerzas para seguir luchando por mi futuro y recorriendo los senderos oscuros de la vida, con una sonrisa tierna llena de alegría mi hogar es por esta razón que este trabajo lo dedico a **Ingrith Mayte** mi hija.

**Jessika**

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar a Dios por darme la vida, la sabiduría para continuar exitosamente, a mis padres quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, a mis hermanos por darme siempre su apoyo en los momentos más duros de mi vida sobre todo con mi hija. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento de mi inteligencia y capacidad. A mi esposo por ser mi amigo incondicional por su amor, comprensión y constante estímulo.

A la UTA por abrirme las puertas para culminar mi formación académica, preparándome para un futuro competitivo.

Además un agradecimiento especial a mi tutora por compartir sus conocimientos y hacer posible el desarrollo de este trabajo.

## ÍNDICE

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE .....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xii
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY .....	xv
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA .....	2
1.1    TEMA.....	2
1.2    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	2
1.2.1    CONTEXTUALIZACIÓN: .....	2
1.2.2    ANÁLISIS CRÍTICO: .....	4
1.2.3    PROGNOSIS: .....	6
1.2.4    FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:.....	6
1.2.5    PREGUNTAS DIRECTRICES: .....	6
1.2.6    DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: .....	7
1.3    JUSTIFICACIÓN.....	7
1.4    OBJETIVOS.....	9
1.4.1    OBJETIVOS GENERALES: .....	9
1.4.2    OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	9
CAPÍTULO II .....	10
MARCO TEÓRICO.....	10
2.1.    ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	10
2.2.- FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA: .....	12



2.3.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL: .....	12
2.5.-HIPÓTESIS .....	52
2.6.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS: .....	53
CAPÍTULO III.....	54
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	54
3.1. ENFOQUE: .....	54
3.2. MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.....	54
3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN: DESCRIPTIVA, ANALÍTICA DE CAMPO .....	54
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	55
3.4.1-POBLACION .....	55
3.4.2-MUESTRA .....	55
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	56
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	60
3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	60
3.8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:.....	61
CAPÍTULO IV .....	62
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	62
CAPÍTULO V .....	85
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	85
5.1. CONCLUSIONES .....	85
5.2. RECOMENDACIONES .....	86
CAPÍTULO VI.....	87
PROPUESTA DE SOLUCIÓN .....	87
6.1. DATOS INFORMATIVOS .....	87
6.1.1. TÍTULO .....	87
6.1.2. INSTITUCIÓN EJECUTORA.....	87
6.1.3. BENEFICIARIOS.....	87
6.1.4. UBICACIÓN .....	87
6.1.5. TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN .....	87
6.1.6. EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE.....	87

6.1.7. COSTO.....	88
6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA .....	88
6.3. JUSTIFICACIÓN.....	89
6.4. OBJETIVOS.....	89
6.4.1. OBJETIVO GENERAL .....	89
6.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	90
6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD .....	90
6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TÉCNICO.....	91
6.6.1. LECHE MATERNA .....	91
6.6.2. TIPOS DE LECHE MATERNA.....	92
6.6.3. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.....	92
6.7. PLAN OPERATIVO .....	96
6.8. ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.....	99
6.9. PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA...	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
BIBLIOGRAFÍAS .....	100
LINKOGRAFÍA .....	101
CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS DE UTA .....	103
ANEXOS .....	105
ANEXO I.....	106
ANEXO II.....	107
ANEXO III.....	108
ANEXO V.....	112
ANEXO VI .....	113
ANEXO VII .....	114
ANEXO VIII.....	115

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 .....	49
TABLA N° 2 .....	50
TABLA N° 3 .....	51
TABLA N° 4 .....	53
TABLA N° 5 .....	54
TABLA N° 6 .....	55
TABLA N° 7 .....	56
TABLA N° 8 .....	58
TABLA N° 9 .....	59
TABLA N° 10 .....	61
TABLA N° 11 .....	62
TABLA N° 12 .....	63
TABLA N° 13 .....	64
TABLA N° 14 .....	66
TABLA N° 15 .....	67
TABLA N° 16 .....	68
TABLA N° 17 .....	70

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1 .....	49
GRÁFICO N° 2 .....	50
GRÁFICO N° 3 .....	52
GRÁFICO N° 4 .....	53
GRÁFICO N° 5 .....	54
GRÁFICO N° 6 .....	55
GRÁFICO N° 7 .....	57
GRÁFICO N° 8 .....	58
GRÁFICO N° 9 .....	60
GRÁFICO N° 10 .....	61
GRÁFICO N° 11 .....	62
GRÁFICO N° 12 .....	63
GRÁFICO N° 13 .....	65
GRÁFICO N° 14 .....	66
GRÁFICO N° 15 .....	67
GRÁFICO N° 16 .....	69
GRÁFICO N° 17 .....	70

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 – 2 AÑOS 6 MESES EN LOS PUESTOS DE SALUD DE ANDIGNATO Y LA FLORIDA DEL ÁREA DE SALUD N°7 DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 JUNIO AI 23 NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”**

**Autora:** Rea Chacha, Jessika Belén

**Tutora:** Lic. Sánchez Yáñez, Margarita Genoveva

**Fecha:** Julio del 2014

**RESUMEN**

El embarazo en la adolescencia constituye un verdadero problema de salud por esta razón es de gran importancia se cumpla adecuadamente esta etapa de la vida para que en lo posterior no tenga consecuencias graves tanto para la madre como para el hijo.

Esta investigación tiene por objeto establecer si existen alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad hijos de madres adolescentes.

Se trabajó de manera conjunta con los Puesto de Salud Andignato y Florida encontrando una población total de 10 niños; se trata de una investigación exploratoria para conocer la realidad del problema y además de una investigación descriptiva porque se ha detallado cada una de las variables, para lo que se utilizó la encuesta dirigida a las madres adolescentes y a sus hijos, además se aplicó el test de Denver de acuerdo a la edad para Identificar algún tipo de alteración en el crecimiento y desarrollo psicomotor de los infantes.

Aplicando los instrumentos de recolección de información se encontró que existen 10 madres adolescentes en los Caseríos de Andignato y la Florida pertenecientes en su mayoría a la etapa de adolescencia tardía.

En cuanto a los niños se ha determinado que 1 de ellos presentan alteraciones en la relación Peso/Edad y uno registra alteraciones en cuanto a la Talla/Edad, mientras que en las valoraciones de las medidas antropométricas restantes todas se encuentran en el rango normal.

**PALABRAS CLAVES:** MADRES\_ADOLESCENTES, EMBARAZO, ADOLESCENCIA, CRECIMIENTO, DESARROLLO.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
NURSING CAREER

**"ADOLESCENT MOTHERS AND ITS RELATIONSHIP WITH GROWTH AND DEVELOPMENT OF THE CHILD 0-2 YEARS 6 MONTHS IN POSTS HEALTH ANDIGNATO AND FLORIDA HEALTH AREA # 7 ON THE PROVINCIAL ADDRESS HEALTH TUNGURAHUA IN THE PERIOD 23 JUNE at 23 NOVEMBER THE YEAR 2012 "**

**Autora:** Rea Chacha, Jessika Belén

**Tutora:** Lic. Sánchez Yáñez, Margarita Genoveva

**Date:** July 2014

**SUMMARY**

The teenage pregnancy is a real health problem for this reason is very important this stage of life is properly discharged back to what is without serious consequences for both mother and child. This research aims to establish whether there are alterations in the growth and development of children from 0 to 2 years 6 months old children of adolescent mothers.

We worked together with the Health and Post Andignato Florida finding a total population of 10 children; is an exploratory research to understand the reality of the problem and also a descriptive research because it has detailed each of the variables, for which the survey of teenage mothers and their children was used in addition test was applied Denver according to age to identify some kind of alteration in the growth and psychomotor development of infants.

Applying the data collection instruments was found that there are 10 teenage mothers in the hamlets of Florida Andignato and mostly belonging to the stage of late adolescence.

As children it has been determined that 1 of them have altered the relationship weight / age and one recorded alterations in terms of height / age, while the rating of the other anthropometric measures are all in the normal range.

**KEYWORDS:** TEEN\_MOTHERS, PREGNANCY, ADOLESCENCE, GROWTH, DEVELOPMENT



## INTRODUCCIÓN

La presente investigación está dirigida a los hijos de Madres Adolescentes con el propósito de evaluar la relación que existe entre ser madre adolescente y el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.

El embarazo y la maternidad en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública muy grave y preocupante, provocando gran impacto 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 hijo que esperan.

Por la maternidad que se da en adolescente se puede evidenciar consecuencias a nivel familiar, económico y social. La madre adolescente pierde la oportunidad de continuar con sus estudios y alcanzando grandes triunfos para su futuro, además provocan un aumento en la pobreza y de maltrato tanto físico como psicológico por parte de sus parejas, familiares y personas de su entorno.

También se puede decir que las consecuencias para sus hijos son preocupantes, ya que el ser hijo de madre adolescente se convierte en un factor de riesgo muy alto para el niño, quien puede nacer y presentar a lo largo de su vida problemas especialmente en su crecimiento y desarrollo, ya que la madre adolescentes no cuenta con un conocimiento adecuado para el crecimiento de su hijo por la inmadurez que ellas presentan.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 TEMA**

“Madres Adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 – 2 años 6 meses en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida del Área de Salud N°7 de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua en el período 23 Junio al 23 Noviembre del año 2012”

#### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

##### **1.2.1 Contextualización:**

###### **MACRO**

En el Ecuador según la Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría Filial Pichincha. 2007: El embarazo en la adolescencia es la gestación que ocurre entre los 10 y 19 años. Por la edad y condiciones sicosociales es considerado de alto riesgo, especialmente durante los dos primeros años de edad ginecológica. .En Ecuador, Perú y Bolivia, muestra que el 20.3 % de las mujeres entre 15-19 años de edad tiene al menos un hijo.

Además dentro de la misma revista menciona que: el 55.4% de los embarazos adolescentes no fue deseado, según el estudio realizado en el Hospital GO Isidro Ayora (1998-99), mientras el ENDEMAIN III reporta 20.2% de embarazos no deseados.

Debido a múltiples estudios que se han realizado mencionan que el: 92.6% de mujeres de 15 a 19 años conocía de un método anticonceptivo, apenas el 37% usaba alguno Las consecuencias más graves del embarazo precoz son patologías

vinculadas al embarazo, parto y puerperio, puesto que las adolescentes no están en condiciones biológicas, psicológicas o sociales para enfrentar la maternidad.

En los últimos estudios realizados en el país indica que el 71,2% de las embarazadas adolescentes no tenía ningún tipo de instrucción y el 22% cursaba los estudios secundarios. “La falta de orientación por parte de los padres hacia los hijos es motivo principal para que ellos inicien su vida sexual con conocimientos errados. Es por ello que en el país hay muchos casos de niñas de 13 años que ya son madres”, comenta Ruth Yagual, gineco-obstetiz.

## **MESO**

Verificando datos dentro de la provincia de Tungurahua encontramos: que los bebés de madres adolescentes pueden experimentar algunas malformaciones congénitas, retraso mental, ceguera, epilepsia, o parálisis cerebral además en cuanto a su desarrollo puede presentar diversos grados de desnutrición, retardo del desarrollo físico, problemas de conducta y funcionamiento intelectual disminuido, en ocasiones pueden ser objeto de abuso físico y negligencia en sus cuidados: Según Barrero

En Tungurahua se registran partos, cesáreas y abortos. Sin embargo, en el Hospital Provincial Ambato, el 20 por ciento de los partos corresponde a adolescentes hasta 19 años, sin contar con el 17,64 por ciento de abortos en ese mismo grupo demográfico. Dos de tres adolescentes sin estudios son madres por primera vez, ese es el concepto que permanece entre los temas alarmantes de la sociedad: menciona Marianita Proaño, residente neonatología.

Marianita Proaño, residente neonatología además menciona que durante el 2011, 54 quinceañeras o menores alumbraron a un bebé mientras que a otras 22, les practicaron cesárea. El otro indicador señala que atendieron a 507 mujeres entre 16 y 19 años; a 278 les practicaron cesárea y 120 abortaron por diferentes causas.

Debido a las cifras alarmantes que se presentan en el Hospital Docente Ambato ha llevado a programar diferentes actividades dentro de la provincia ya sean con

estudiantes de escuelas y colegias para de esa manera priorizar y concientizar a la juventud.

## **MICRO**

Chimbolema Curay Sandra Elizabeth Incidencia en la deserción escolar por los embarazos prematuros menciona, en los puestos de salud de Andignato y la Florida la realidad se refleja en estudiantes de esta zona ya que los embarazos no deseados les conduce a la deserción escolar en determinados casos, además los embarazos no deseados se presentan en adolescentes que no han culminado su ciclo de estudio, para tener una paternidad responsable, sustentado por la falta de comunicación y formación de valores en el hogar.

Los problemas familiares provocan, cambios de proyectos de vida, frustraciones personales, rechazo social, abortos, maltrato familiar y social, cuyos efectos son a nivel social como a nivel individual, y abarcando en su mayoría problemas relacionadas con embarazos en las adolescentes

Dentro de esta zona se han verificado que la mayoría de madres adolescentes se encuentran dentro del rango de la edad de 14 a 16 años además con una pequeña entrevista pudimos darnos cuenta que carecen de muchos conocimiento en cuanto a una paternidad responsable y los mas importante una buena lactancia materna que deben recibir los bebes recién nacidos.

En el Puesto de Salud de Andignato y la Florida hay un registro de 10 madres adolescentes que acuden a las consultas médicas.

### **1.2.2 Análisis crítico:**

El embarazo de las adolescentes es un problema social de gran trascendencia en nuestro país ya que para lo cual debemos realizar acciones inmediatas pues no podemos permitir que niñas de 14, 15, 16 y 17 años sigan quedando embarazadas, trayendo al mundo a niños a quienes difícilmente podrán cuidarlos, teniendo en cuenta que ellas desconocen del cuidado de un recién nacido.

Debemos tener en cuenta que la educación ecuatoriana requiere de un cambio radical en su estructura en la forma de recuperar valores morales perdidos dentro de la institución, comunidad y también en la familia, ya que los cambios socio-económicos, políticos, culturales así lo requieren, para que los individuos de esta sociedad recuperen los valores.

Cabe recalcar que una mujer que cursa por la etapa de la adolescencia no está preparada físicamente ni psicológicamente para traer al mundo un nuevo ser, es por esta razón que una gestante menor de edad presentan una serie de complicaciones durante su embarazo e incluso en el momento del parto o la cesárea que se realizan por lo general.

Una vez que ha nacido el niño, la madre adolescentes por lo general no se encuentran en las mejores condiciones para brindarle el cuidado que el niño requiere para su buen crecimiento y desarrollo, la mayoría de la madres ignoran las necesidades básicas del recién nacido como por ejemplo; la importancia de la lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida del niño, además tienen un conocimiento pobre sobre vacunación, nutrición y el desarrollo psicomotriz del niño.

Debido a los diferentes cambios que han surgido dentro de nuestro país en las últimas décadas, ha sido de gran influencia para el apareamiento y crecimiento de este problema ya que la mayoría de adolescentes embarazadas son producto de hogares disfuncionales debido a la migración, además por simples curiosidades a lo desconocido, a lo cual se suma la pobreza disminuyendo de esa manera una buena alimentación del niño, todos estos factores influyen dentro de la aparición de alteraciones del desarrollo psicomotriz del niño.

En la actualidad, se está revisando el término embarazo adolescente. Este término, ha sido tradicionalmente aceptado y manejado por los especialistas; no obstante, a la luz de los derechos sexuales y reproductivos y de la perspectiva de género, luce incompleto, ya que omite un factor importante en la ocurrencia del fenómeno: el padre.

### **1.2.3 Prognosis:**

Una adolescente que tiene relaciones sexuales a temprana edad, padecerá de un embarazo no deseado perjudicándole no solo a ellas sino también su niño, porque se producirá alteraciones del desarrollo psicomotriz, y en el crecimiento como; bajo peso al nacer, además estos niños se convertirán en víctimas de enfermedades concomitantes como anemia, IRA, EDA, desnutrición, deshidratación e incluso pueden llegar a morir tempranamente.

### **1.2.4 Formulación del problema:**

¿De qué manera influye el ser madre adolescente con el crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua?

### **1.2.5 Preguntas directrices:**

¿Cuántas madres adolescentes de 14 y 19 años son atendidas en los puestos de salud de Andignato y La Florida de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua desde Junio 2012 a Noviembre del 2012?

¿Qué alteraciones existen en las medidas antropométricas en los niños?

¿Cómo afecta el ser hijo de madre adolescente en relación con el incumplimiento del esquema de vacunación?

¿Qué actividades se pueden desarrollar para mermar el porcentaje de embarazos en adolescentes y contrarrestar en parte las alteraciones en el crecimiento y el desarrollo del niño?

### **1.2.6 Delimitación del problema:**

- **Campo:** Enfermería
- **Área:** Salud Pública
- **Aspecto:** Relación entre ser madres adolescentes y el crecimiento y el desarrollo del niño.

#### **Delimitación Temporal:**

La investigación comprenderá desde el 23 Junio del 2012 al 23 de Noviembre del 2012.

#### **Delimitación Espacial:**

Provincia Tungurahua, Cantón Cevallos en el Área de Salud N°7 y en los Puestos de Salud de Andignato y La Florida de la Dirección Provincial de Salud.

### **1.3 Justificación**

**Esta investigación** se realizó con el firme propósito, para proteger y mejorar la salud de las comunidades a través de la educación, promoción de estilos de vida saludable además para prevenir enfermedades o alteraciones del niño. Por lo tanto podemos formar pequeñas organizaciones que junto con el personal de salud realicen trabajos integrales en bienestar de las comunidades que en parte son las madres adolescentes.

**El interés** por la presente investigación nació por la observación directa de estas comunidades, con la presencia de madres adolescentes ha muy tempranas edades que en la mayoría de ellas eran discriminadas por la sociedad, la misma comunidad y la de su familia. Además por las edades que ellas presentan pueden contraer diferentes complicaciones en el momento del parto afectando así a su niño en el crecimiento y desarrollo.

El tema a investigar es de suma **importancia** debido a que se trata de identificar los diferentes factores que le afectan tanto a la madre como al niño en su futuro dentro del crecimiento antropométrico y el desarrollo psicomotriz del mismo.

Su importancia científica es netamente conseguir el mejoramiento de la calidad de vida de la madre y su niño, también es disminuir las tasas de morbimortalidad en el país.

El principal aspecto **novedoso** de esta investigación es estudiar la aparición de Madres Adolescentes y su relación con el Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 – 2 años 6 meses en los puestos de Salud de Andignato y La Florida ya que por medio de las diferentes actividades que se organice en las comunidades se lograra evitar la aparición de madres adolescentes y descartar las alteraciones que aparecen en el niño.

Esta investigación puede tener diferentes **utilidades** para la sociedad ya se orientara a las adolescentes los diferentes métodos anticonceptivos que pueden utilizar, evitando así un embarazo no deseado dentro de su familia.

El **impacto** de esta investigación va tener mayor relieve es en los adolescentes y en parte al personal de salud ya que de una u otra van de la mano, además debemos recordar que con las diferentes campañas que se realizan a nivel mundial se va logras disminuir los índices de madres adolescentes y las alteración del desarrollo psicomotriz de los niños.

Esta investigación es **factible** debido a que se cuenta con los permisos necesarios y aprobados por el centro de salud de Cevallos para acceder a los Puestos de Salud de Andignato y La Florida de la Provincia de Tungurahua, además por el trabajo directo que se va a realizar con los puestos anteriormente señalados, fundamentando en el soporté teórico y estadísticos.

Por lo tanto la presente investigación es original dentro del contexto estudiado, contando con la voluntad y tiempo del investigador.



## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivos Generales:**

- Establecer de qué manera influye el ser Madre Adolescente en relación al proceso de crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad que acuden a los puestos de salud de Andignato y La Florida de la Dirección Provincial de Salud Publicas de Tungurahua.

### **1.4.2 Objetivos Específicos:**

- Detectar cuantas madres adolescentes de 14 y 19 años son atendidos en los puestos de salud de Andignato y La Florida de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua desde Junio 2012 a Noviembre del 2012
- Determinar de qué manera afecta el ser madre adolescente en relación con el crecimiento y desarrollo, tés de Denver y el incumplimiento del esquema de vacunación y que alteraciones aparecen en los niños.
- Desarrollar charlas educativas que contribuya a mermar o disminuir el índice de embarazos en adolescentes y las alteraciones en el crecimiento y el desarrollo del niño.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de Investigación.

Encontramos temas que tienen relación con una de cada variable dentro de la investigación.

**Sandra Elizabeth Chimbolema Curay**, en el año 2009 lo realizó en el colegio técnico agroindustrial Pedro Fermín Cevallos del cantón Cevallos con el tema la incidencia en la deserción escolar por los embarazos prematuros de las alumnas del ciclo diversificado del colegio técnico a, lo realizo con el objetivo de identificar la problemática de los embarazos a tempranas edades en algunas estudiantes del plantel, llegando a una conclusión que esta problemática va a ser resuelta mediante los programas formativos de capacitación sobre sexualidad y comunicación que va a ser dirigido a los padres de familia y estudiantes del plantel

**Carlos Gonzalo Ibarra Chávez**, en el año 2011, lugar que lo realizo fue en la fundación Danielle Children's Fund Ecuador, con el tema el acogimiento institucional temporal como causa de apareamiento del trastorno de adaptación en los niños, lo realizo con el objetivo de determinar si el acogimiento institucional temporal es la causa del apareamiento del trastorno de adaptación en los niños, llegando a la conclusión que el 73% de los niños presentan dicho trastorno, por lo cual se planteó como propuesta la elaboración y aplicación de un “programa multimodal de tratamiento del trastorno de adaptación en niños en acogimiento institucional temporal” el mismo que se basa en la combinación de dos enfoques teóricos: el cognitivo conductual y el familiar sistémico, con el fin de lograr un

tratamiento integral del niño y de su familia durante el transcurso del proceso de acogimiento institucional temporal

**Valencia Guanoluisa Carla Verónica**, en el año 2010, lugar en que se realizó, centro de salud No1 de la ciudad de Ambato, con el tema “Relación entre el estado nutricional y el desarrollo psicomotor en niños de seis meses a un año de edad que asisten a consulta al centro de salud No1 de la ciudad de Ambato, lo realizo con el objetivo de estudiar cómo influye el estado nutricional en el desarrollo psicomotor de los niños de seis meses de edad.

Llegando a la conclusión que 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 No1 poniendo énfasis en niños en riesgo tanto en nutrición como en su desarrollo así aplicando técnicas de Estimulación temprana enfocados adecuadamente en cada niño aplicando las planificaciones con amor y calidad siendo así eficientes para satisfacción tanto del niño y su familia obteniendo como resultado niños sanos e útiles para nuestra sociedad.

**Dra. María I. Andrade** (2009) realiza su investigación en el S.C.S Puengasì sobre el tema “Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente; factores condicionantes y sus consecuencias en mujeres de 15 a 19 años”

Concluye que se encontró adolescentes con embarazos subsecuentes en edades: 3 de 16 años, 1 de 17 años, 3 de 18 años y 3 de 19 años, el estado civil es en su mayoría unión libre, la escolaridad en su mayoría con secundaria incompleta, desempleadas, dedicadas a los quehaceres del hogar y dependientes económicamente de sus familiares, por ser su pareja también adolescente o por tener trabajos ocasionales. Muy pocas usaban métodos anticonceptivos por el temor a ser agredidas en su salud y las que lo utilizaban lo hacían en forma inadecuada teniendo como consecuencia el embarazo.

La adolescente por no estar todavía preparada para asumir el rol de ser madre, al saber que se encuentra embarazada aparece sentimientos encontrados y no saben qué hacer y la primera opción que ellas tienen es la de abortar, pero en este estudio se recalca que el instinto maternal prevalece para que ellas cambien de idea y acepten su maternidad. Además sienten alegría, tristeza, frustración, desesperación, preocupación por el futuro que les espera a ellas y su bebé. Es relevante el saber que en la actualidad la adolescente embarazada ya no es rechazada por las instituciones educativas ni por la familia, es gratificante ver en el estudio que ellas tienen todo el apoyo para seguir adelante, además a pesar de todas las dificultades y limitaciones al embarazarse por segunda vez logran terminar la instrucción secundaria y pensar para el futuro la superación personal y profesional.

## **2.2.- Fundamentación Filosófica:**

Según Lenin: la investigación se enmarca dentro del paradigma Crítico-Propositivo. Crítico por que los problemas parten de situaciones reales y tienen por objeto transformar esa realidad en pro del mejoramiento de los grupos o individuos implicados en ella. En este caso se analizara la realidad de la madre adolescente y las alteraciones del niño en proceso de crecimiento y desarrollo en su contexto y; propositivo por que busca plantear soluciones al problema investigado.

## **2.3.- Fundamentación Legal:**

### **CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

#### **LIBRO PRIMERO**

La investigación se ampara en el código de la niñez y la adolescencia, en el que nos da a conocer:

## **TITULO III**

### **DERECHOS, GARANTÍAS Y DEBERES**

#### **Derechos de supervivencia**

##### **Capítulo II.-**

**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.

**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.

#### **Sección cuarta**

##### **Mujeres embarazadas**

Art. 43 El estado garantizará a las adolescentes embarazadas y el periodo de lactancia de tiempo:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativos social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral durante el embarazo parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación del embarazo y durante el periodo de lactancia.

**Según el Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia:**

**Política 04.-** Asegurar condiciones nutricionales adecuadas y oportunas a todos los niños y niñas.

**Meta:** Disminución en un sexto el nacimiento de niños y niñas con menos de 2.5 kg de peso.

## **TÍTULO VI**

### **DEL DERECHO DE LA MUJER EMBARAZADA A ALIMENTOS**

Art. 148.- Contenido.- La mujer embarazada tiene derecho, desde el momento de la concepción, a alimentos para la atención de sus necesidades de alimentación, salud, vestuario, vivienda, atención del parto, puerperio, y durante el período de lactancia por un tiempo de doce meses contados desde el nacimiento del hijo o hija; si la criatura muere en el vientre materno, o el niño o niña fallece luego del parto, la protección a la madre subsistirá hasta por un periodo no mayor a doce meses contados desde que se produjo la muerte fetal o del niño o niña.

**Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia  
REGISTRO OFICIAL No. 595 de 12 de Junio del 2002 N° 2704**

**Art. 1.- Prestaciones y servicios.-** El Estado ecuatoriano, a través del MSP y de las instituciones que integran el SNS, de conformidad con el artículo 2 de la Ley que se reglamenta, asume las siguientes prestaciones básicas:

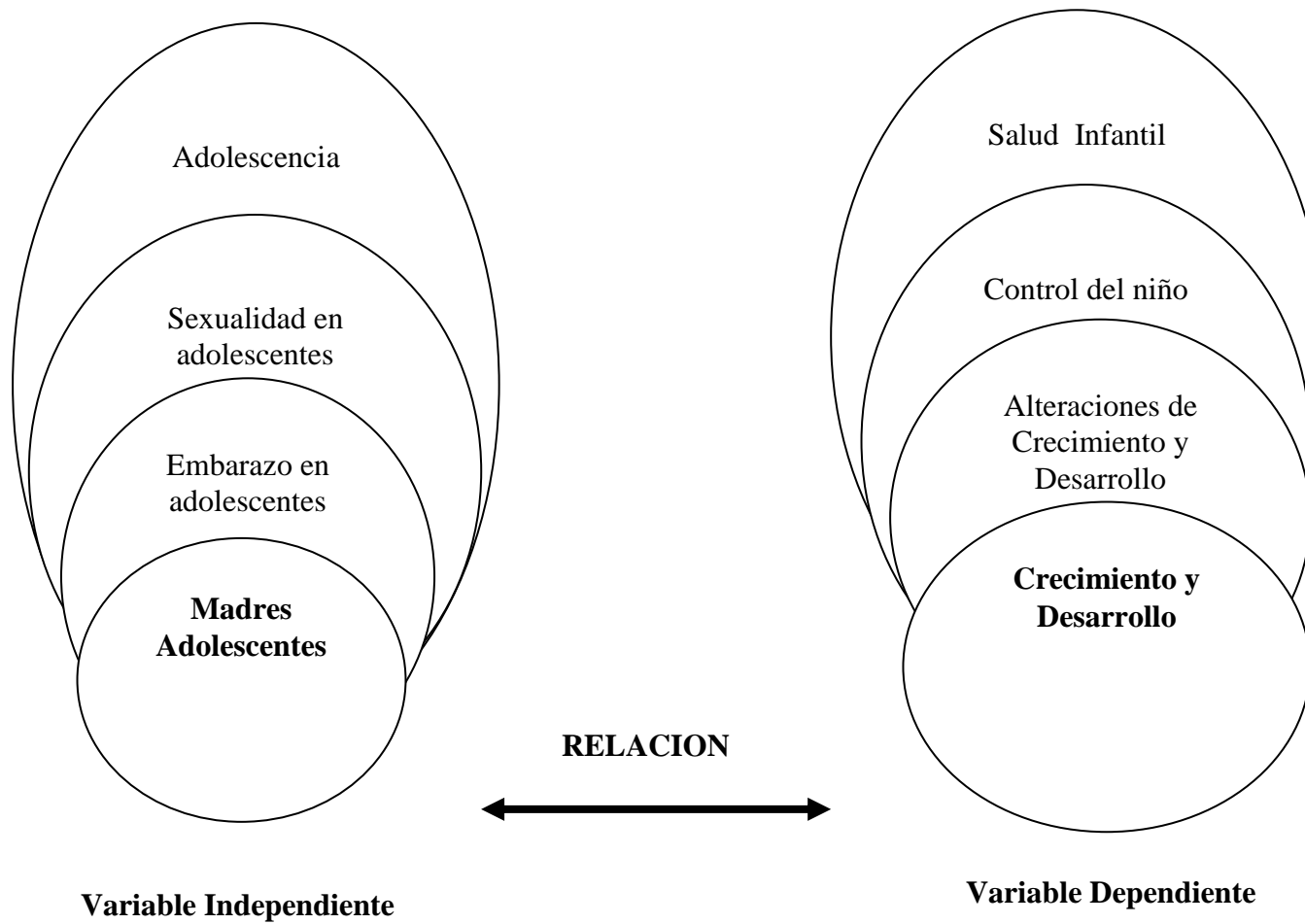
Maternidad: La asistencia será brindada en las etapas: prenatal, parto y post parto.

- La asistencia prenatal incluirá: el diagnóstico del embarazo y los controles que sean necesarios, mediante los siguientes exámenes: biometría hemática, VDRL, grupo sanguíneo y factor Rh, TP, TTP, plaquetas, glicemia, urea, creatinina, EMO, incluido proteinuria, prueba de VIH para los casos de riesgo y la detección de anomalías congénitas en casos de riesgo; el tratamiento de las

emergencias obstétricas más frecuentes como toxemia, hemorragias, sepsis; las producidas por violencia intrafamiliar, asistencia psicológica social: los esquemas básicos de tratamiento en infecciones de transmisión sexual (excepto del SIDA); recibirán micronutrientes de acuerdo a sus necesidades hierro, vitamina A, complejo B y calcio.

- La asistencia del parto implica: atención al parto normal, complicado, cesáreas, incluyendo la atención médica y de enfermería, el uso de medicamentos y exámenes, establecidos por las normas de salud reproductiva del MSP.

## 2.4.- Categorías Fundamentales:



**Figura N.1** Categorías Fundamentales

**Fuente:** Madres Adolescentes

**Autora:** Jessika Rea



## **CATEGORÍAS FUNDAMENTALES VARIABLE INDEPENDIENTE**

### **ADOLESCENCIA**

La OMS define como adolescencia al "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.

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

La adolescencia se divide en tres etapas:

#### **Adolescencia Temprana (10 a 13 años)**

- Biológicamente, es el periodo peripuberal, con cambios corporales y funcionales como la menarca.
- Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo.
- Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías
- Personalmente se preocupa por sus cambios corporales en especial por su apariencia física.

#### **Adolescencia media (14 a 16 años)**

- Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado su crecimiento y desarrollo.
- Psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo valores y conflictos.
- Es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes de riesgo.
- Se preocupan por la apariencia física, quieren tener un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

### **Adolescencia tardía (17 a 19 años)**

- No se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal;
- Se acercan a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta;
- Adquieren mayor importancia las relaciones íntimas.

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

### **Cambios en la Adolescencia**

Papalia, refiere acerca de los cambios de la adolescencia lo siguiente:

#### **Cambios Físicos**

- **Características sexuales Primarias**

Son los órganos necesarios para la reproducción. Entre los órganos sexuales tenemos los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina. En las chicas, el crecimiento de las características sexuales primarias no es evidente pues estos órganos son internos.

En el varón, son los testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata. Durante la pubertad, estos órganos se agrandan y maduran; en los chicos, el primer indicio de la pubertad es el crecimiento de los testículos y el escroto.

- **Características sexuales Secundarias**

Son indicios fisiológicos la maduración sexual de los órganos sexuales:

Por ejemplo; El primer indicio de la pubertad en las chicas es el crecimiento del busto, los pezones se agrandan y sobresalen, la aréola se agranda y los senos adquieren primero una forma cónica y luego redondeada.

En los varones los hombros se tornan más amplios. Otras características sexuales secundarias son los cambios en la voz se hace más grave, debido al crecimiento de la laringe y la textura de la piel, el desarrollo muscular el crecimiento del vello púbico, facial y corporal.

### **Desarrollo del adolescente**

Zubarew Tamara, menciona lo siguiente sobre el desarrollo sexual del adolescente:

- **Desarrollo psicosexual**

La sexualidad del adolescente se expresa en sus relaciones con pares, padres, la sociedad en general y también con el adolescente mismo. Particularmente en la adolescencia cobra gran significación por los múltiples y complejos cambios físicos, cognitivos y psicosociales que ocurren en esta etapa, los que determinan significados y formas de expresión diferentes de la sexualidad. Como consecuencia, la sexualidad influye significativamente en el modo de vida de los adolescentes y repercute en la problemática de salud que puede aparecer en ese momento o en las sucesivas etapas del ciclo vital.

Resulta impostergable, por lo tanto, considerar la sexualidad en el contexto de la salud integral de los adolescentes, por la repercusión que tiene en el estilo de vida e incorporar como estrategia de intervención la educación de la sexualidad tempranamente y en el marco de la promoción y prevención continúa de salud a través del ciclo vital. 36

Lowdermilk Deindra, menciona lo siguiente sobre el desarrollo psicosocial.

### **a) Desarrollo psicosocial**

El adolescente busca la identidad como persona y como miembro de una comunidad más amplia. La meta última es el logro de la identidad que se produce cuando los adolescentes desarrollan su propio sistema de creencias y objetivos profesionales. Aunque luchan para mantener la individualidad tienen dudas sobre sí mismos y buscan la aceptación de sus iguales. Además de esta búsqueda de independencia, los jóvenes también dependen de sus padres para el apoyo financiero y emocional. Algunos alcanzan la identidad de manera prematura.

El adolescente tiene poca importancia por sus padres prefiere tener confianza en sus amigos.

### **b) Desarrollo moral**

Al tiempo que los procesos de pensamiento maduran, también lo hace el razonamiento moral. El desarrollo cognoscitivo y psicosocial permite a los adolescentes un pensamiento más abstracto y un cuestionamiento de las opiniones morales de sus padres. Al mismo tiempo, el desarrollo social los expone a una variedad de valores éticos. A su vez, las experiencias personales fuerzan a los adolescentes a tomar decisiones por sí mismos y a cavilar sobre cuestiones morales de forma más amplia que cuando eran más jóvenes.

## **SEXUALIDAD**

**Díaz Gómez NM, Barroso A, Sexualidad en la adolescencia, 2006. Publica que:**

“La sexualidad es una característica consustancial del ser humano que se expresa en todo lo que sentimos, pensamos y hacemos. Como seres sexuados experimentamos desde niños sensaciones placenteras al tocarnos, ser acariciados o besados, expresamos y sentimos afecto, nos identificamos con nuestro sexo, desempeñamos un rol sexual”.

## **Etapas de la Sexualidad**

- La primera etapa, llamada de aislamiento se da entre los 12 y 14 años.

En el varón es la época de las barras, de la mugre y el desorden como reacción a los cambios, además hay un rechazo a las niñas como forma de superar la dependencia materna. La masturbación es la única forma de actividad sexual. En las niñas en cambio no hay el rechazo a los varones.

- Segunda etapa es a los 14 y 15 años, llamada de incertidumbre.

Se da mayor importancia a los padres, dependiendo muchas veces sus decisiones personales de las tendencias del grupo. El erotismo se da a través de chistes y conversaciones.

- Tercera etapa, entre los 15 y 17 años se da la apertura a la heterosexualidad.

Es la época de los grandes amores "para toda la vida", "que sin la otra persona me muero", y a los tres días se cambió de amor, gran intensidad pero poca duración. Hay una gran idealización de la otra persona. Se dan fantasías masturbatorias más intensas. En esta etapa se define la orientación sexual (quien me atrae, un hombre, una mujer o ambos).

- La última etapa llamada de consolidación se da entre los 17 y 19 años.

Se consolida la identidad (uno sabe quién es, que quiere y a donde va). Las relaciones afectivas son más estables, se logra la des idealización del ser amado sin tantos duelos intolerables.

**Menarquía:** primera menstruación

## **Derechos de la sexualidad**

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

Los derechos sexuales y reproductivos están muy relacionados entre sí, pero lo ideal es entenderlos por separado separados.

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

Abarca por tanto aspectos relativos a la afectividad, los sentimientos, y las emociones, de una persona.

- **Programas de Educación Sexual**

Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y deber de educar, en materia de sexualidad, a sus hijos. La consecuencia de este hecho es que hasta el 57% de los padres no hablan de temas de sexualidad con sus hijos y que hasta el 50% de éstos obtienen información sobre esta materia de sus amigos o medios de comunicación.

La sociedad, en su conjunto, puede tener derecho a preservar unos valores éticos y culturales que le han sido transmitidos y considere que no debe facilitar información a los jóvenes, creyendo que los adolescentes no deben tener relaciones sexuales y, por ello, no necesitan información o bien que la información pueda suponer un aliento a mantener relaciones sexuales.

Las actitudes de ciertas sociedades modernas han demostrado lo erróneo de esta presunción poniendo de manifiesto que el fenómeno habitual es el contrario: a mayor educación e información sexual menor tasa de embarazo adolescente. Un ejemplo lo tenemos en Suecia donde, tanto la tasa de embarazos como la de IVEs en adolescentes, disminuyó de forma notoria a partir de la promulgación de la Ley que obligaba a impartir Educación Sexual en las escuelas.

Otras experiencias similares llevadas a cabo en Holanda o en EEUU han demostrado que el hecho de proporcionar consejo anticonceptivo a los jóvenes no parece promocionar, de forma significativa, el inicio de las relaciones sexuales entre los no activos, si bien aumenta, significativamente, el empleo de métodos anticonceptivos entre los sexualmente activos.

- **Mejora de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos**

Esta debe ser una responsabilidad que asumamos los profesionales sanitarios considerando, además, que no es suficiente con prescribir un determinado método sino que, también, hay que dialogar e informar, faceta en la que los jóvenes no encuentran la respuesta esperada para sus necesidades.

Los servicios tradicionales de Planificación Familiar han jugado un importante papel en la prevención del embarazo adolescente, pero todavía queda mucho por hacer. Debemos innovar estos servicios, para reducir el impacto social desfavorable de la fertilidad adolescente, dotándolos de nuevas estrategias de captación, relación y responsabilidad.

## **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Issler Juan R. Embarazo en la adolescencia.2007.Página:11-23 menciona lo siguiente

"El que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

Los adolescentes tienen pensamientos y actitudes frente al embarazo, en los cuales se demuestra una baja percepción de la gravedad del evento, además los adolescentes relatan del momento "ideal" para un embarazo, como el momento en que pueden tener estabilidad económica y no parece ser tan importante, sentirse preparado o desear el embarazo

#### **A. – Factores Predisponentes**

**1. – Menarca Temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

**2. – Inicio Precoz de Relaciones Sexuales:** se da cuando aún no existe la madurez emocional de cada persona además de una educación sexual oportuna en establecimientos y casas sin poder aplicar una adecuada prevención

#### **3. – Mayor Tolerancia del Medio a la Maternidad Adolescente y / o Sola**

**4. – Bajo Nivel Educativo:** con desinterés general. Debe priorizar 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.

**5. – Migraciones Recientes:** con pérdida del vínculo familiar. Las jóvenes están expuestas a sufrir grandes cambios psicológicos en su vida por la falta de guía paterno.

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

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

**8. – 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.

**9. – 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, los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, no implementan medidas anticonceptivas.

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

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

**12. – Menor temor a enfermedades venéreas.**

#### **B. – Factores Determinantes**

- – Relaciones Sin Anticoncepción
- – Abuso Sexual

#### **Consecuencias de la maternidad – paternidad adolescente**

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

#### **1. – Consecuencias para la Adolescente**

- Abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo
- Reduce sus futuras de buenos empleos

- Posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. 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 poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

## **2. – Consecuencias para el hijo de la madre adolescente**

- Riesgo de bajo peso al nacer
- Aspiración al momento de amamantar por desconocimiento del manejo RN
- Riesgo de sufrir abuso físico
- Negligencia en sus cuidados
- Desnutrición
  - Retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "*extramatrimoniales*" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

## **3. – Consecuencias para el padre adolescente**

- Deserción escolar para absorber la mantención de su familia.
- Peores trabajos y de menor remuneración que sus padres,
- Stress inadecuado a su edad.

- Trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.
- Ruptura del matrimonio por falta de madurez emocional

### **Complicaciones del embarazo en adolescentes**

Entre las complicaciones que se presentan en las adolescentes Laura Melissa Ordóñez León menciona lo siguiente:

#### **Primer Trimestre**

- Trastornos Digestivos
- Metrorragias Ocorre en un 16,9% de las adolescentes.
- Abortos Espontáneos
- Embarazos Extrauterinos

#### **Segundo y Tercer Trimestre**

- Anemia Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural.  
El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica

- Infecciones Urinarias
- Hipertensión Arterial Gravídica
- Mortalidad Fetal
- Parto Prematuro
- Crecimiento Intrauterino Retardado
- Presentaciones Fetales Distócicas
- Desproporciones Cefalopélvicas

## **MADRES ADOLESCENTES**

Mena Wilmary, de la OPS define madre adolescente aquellas mujeres que han tenido a su primer hijo antes de los 20 años.

### **PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTE**

Resulta evidente que el embarazo es consecuencia de las relaciones sexuales pero hay que señalar que el embarazo adolescente es mucho más probable allí donde se les niega la anticoncepción a los jóvenes y donde no se les ofrece información sobre la sexualidad y sus consecuencias.

#### **Prevención Primaria**

Supone la base de la prevención y procura actuar sobre los factores de riesgo que favorecen u originan la aparición del problema. Una vez analizadas las causas del embarazo adolescente, y conscientes de que hay factores difíciles de modificar (estado socioeconómico), proponemos una actuación dirigida a implementar los programas de educación sexual y mejorar la accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos.

#### **Prevención Secundaria**

El embarazo adolescente necesita una mayor atención sanitaria para prevenir y tratar las incidencias que lo complican haciendo especial énfasis en los programas de Educación Sanitaria, puesto que se ha demostrado que las jóvenes embarazadas acogidas en los programas de Educación Prenatal presentan una menor incidencia de morbi-mortalidad, materna y perinatal, y utilizan más los métodos anticonceptivos después del parto.

#### **Prevención Terciaria**

Es responsabilidad de la Administración proveer y garantizar los recursos necesarios a las madres adolescentes para que las repercusiones, a corto, medio y largo plazo, de su maternidad sean lo menos graves posibles. Son necesarias políticas comunitarias de acogida a estas madres que posibiliten la continuación

de sus estudios y formación, de forma que alcancen el desarrollo socioeconómico que les corresponde. La mejora de las condiciones socioeconómicas es uno de los caminos más importantes para resolver este espinoso problema.

## **CATEGORÍAS FUNDAMENTALES VARIABLE DEPENDIENTE**

### **CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Hay que tener presente que si bien el ritmo de crecimiento y desarrollo es propio de cada niño existe un orden de él que permite evaluarlo. Hay etapas de crecimiento y desarrollo que se van produciendo en sucesión ordenada, si bien con alguna variación temporal. Por lo tanto más importante que comparar entre niños con respecto cuanto pesan o miden, o si se sientan solos o caminan es apreciar en el niño individual cual ha sido su curva de crecimiento y desarrollo y su armonía con respecto a hitos generales.

### **CRECIMIENTO**

**Manual de Estimulación Adecuada Bebés recién nacidos hasta los 2 años, Elizabeth Alzate Grisales, 2010 menciona lo siguiente.**

**Definición.-** Es el proceso de incremento de masa de un ser vivo que se produce por dos fenómenos importantes:

1. **Hiperplasia.-** es el incremento en número de células
2. **Hipertrofia.-** es el aumento del tamaño de las células

### **Factores que regulan el crecimiento**

- **Factores nutricionales:** disponibilidad y utilización de los alimentos
- **Factores socioeconómicos:** disponibilidad de recursos, acceso a servicios básicos y de salud, escolaridad adecuada de los padres.
- **Factores genéticos:** potencial del crecimiento

- **Factores neuroendocrinos:** funcionamiento adecuado de glándulas y hormonas que intervienen en el crecimiento.

### **Factores de riesgo según las etapas**

- **Preconcepcionales:** nivel socioeconómico bajo, desnutrición materna, edad materno menor de 15 años, estado civil, escolaridad baja o analfabetismo.

- **Concepcionales:** intervalo intergenesico menor a doce meses, patología obstétrica, poca ganancia de peso durante la gestación, habito de fumar, uso de drogas, trabajo materno de pie, embarazo múltiple, enfermedades crónicas.

- **Postconcepcionales:** nutricionales (déficit nutricional), pobreza, maltrato, carencia afectiva, alteraciones cromosómicas y alteración de glándulas y hormonas que intervienen en el crecimiento.

### **TENDENCIA DE CRECIMIENTO**

Es la dirección que sigue el crecimiento, se represente a través de una línea que dibuja entre el peso anterior con el peso actual, en una gráfica de crecimiento.

**Tendencia ascendente:** el peso ha aumentado a relación con el último control.

**Tendencia estacionaria:** el trazado es horizontal, el peso no ha aumentado desde el último control.

**Tendencia descendente:** el peso ha disminuido desde el último control.

### **Evaluación del crecimiento**

“El crecimiento se evalúa a través del seguimiento periódico del peso, talla y la circunferencia cefálica por eso es importante conocer de qué forma se pueden realizar. Un valor puntual no puede valorar bien el crecimiento del niño, lo más importante es ver cuál es la evolución de estas medidas en él. Las gráficas van de los 0 a los 2 años tanto para niños como para niñas y el tiempo está representado en meses. Siempre hay una línea central más gruesa que es el percentil 50, esto quiere decir que es el valor medio de peso, talla o perímetro de los bebés para esa

edad en concreto. La normalidad se estima que está entre el percentil 3 (línea inferior de la curva) y el percentil 97 (línea superior de la curva). Lo importante es que el crecimiento siga un carril en concreto y no se estanque ni que se sobrepase en exceso”.

### **Antropometría**

- Control de peso
- Control de talla
- Control de perímetro cefálico

### **Talla**

Las mediciones son efectuadas con una cinta métrica que se ubica en un lugar plano sin resaltos. La medida de la altura de los niños se hace situándolos de pie con los talones, la espalda y la cabeza contra la pared donde se encuentra la cinta métrica; el niño no debe tener zapatos, ni gorras u otro implemento en la cabeza que impida la toma del dato. Coloque sobre su coronilla una pieza recta, y realice la medición.

### **Peso**

Para la medición se recomienda utilizar una balanza electrónica o en su defecto las de tipo mecánico, es conveniente utilizar en lo posible la misma balanza en cada control. Verifique que la balanza este en cero, ubique al niño para pesarlo sin zapatos u objetos pesados, observe el peso en el que se encuentra el niño y regístrelo; si es necesario repita el procedimiento para validar la medida.

Los niños extremadamente altos/obesos, estarían por encima del **percentil 97**. Asimismo, los niños extremadamente bajos/delgados, estarían por debajo del **percentil 3**. Lo verdaderamente importante no es tener el percentil más alto posible, sino que **el niño crezca y se desarrolle en torno a un mismo percentil**. Es decir, que si un niño es alto (por tener, por ejemplo, un percentil 90 en la altura), debería estar en un percentil similar según vaya creciendo.

### **Perímetro cefálico**

La circunferencia de la cabeza debe ser determinada en cada exploración física durante los primeros años de vida y por lo menos dos veces al año en la edad preescolar y escolar. Es preferible el uso de una cinta métrica de plástico para una medición más exacta; ésta debe ponerse sobre las prominencias occipital, parietal y frontal con el fin de obtener la circunferencia mayor. Las medidas de la circunferencia de la cabeza reflejan la velocidad del crecimiento del cráneo y de su contenido; también permiten la detección temprana de trastornos de la índole de microcefalia, que son los niños que nacen con una cabeza de tamaño normal o reducido.

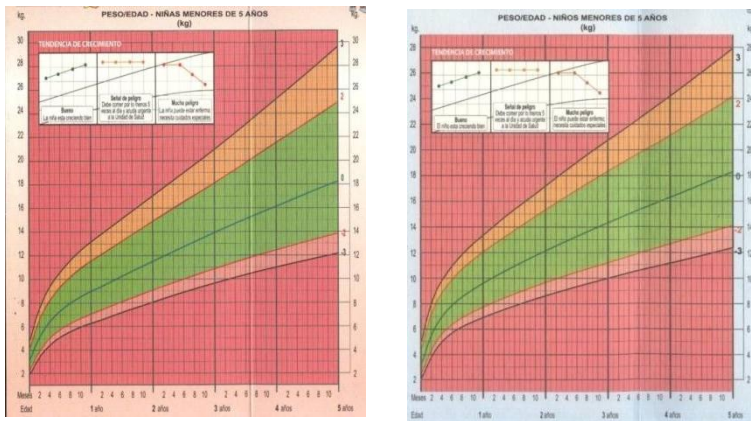
Se recomienda que todas estas evaluaciones se hagan periódicamente durante el proceso, se pueden registrar 3 tomas de medidas durante el mismo. Si el perímetro cefálico se encuentra dentro de los percentiles 3 y 97 se considera como un valor normal. Si éste por el contrario se sitúa por fuera de los valores percentiles mencionados o si cambia dos carriles centilares hacia arriba o hacia abajo, se debe recomendar consultar con un especialista para su atención.

### **Índice de masa corporal**

Propuesto por Quetelet en 1869, se calcula como peso en kilogramos dividido entre la estatura en metros elevada al cuadrado ( $P/T^2$ ). Su incremento se debe a exceso de peso o talla corta, habiéndose demostrado recientemente su relación con la grasa corporal, por lo que es válida como medida de obesidad para niños y adolescentes.

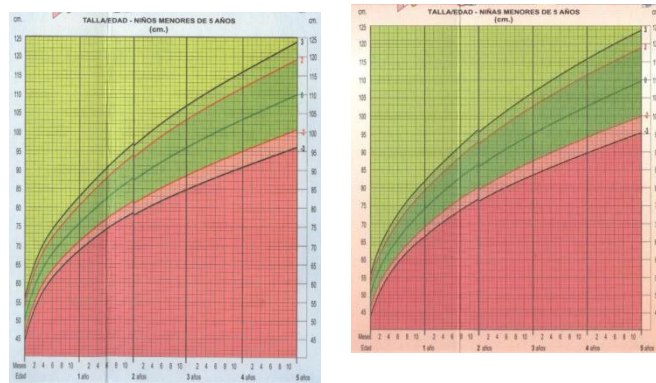
El **Ministerio de Salud** ha adoptado, desde octubre de 2007, las **nuevas curvas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud para el seguimiento y la atención, individual y poblacional**, de los niños entre el nacimiento y los 5 años de edad, en reemplazo de las anteriores, en uso durante los últimos 20 años.





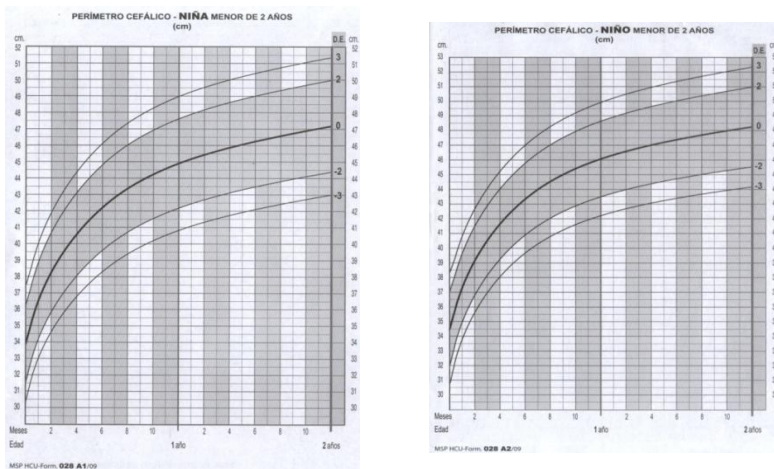
**Figura N.- 2** Tablas para graficar el peso de niñas y niños menores de 5 años

**Fuente:** Patrones de crecimiento Infantil de la OMS – MSP



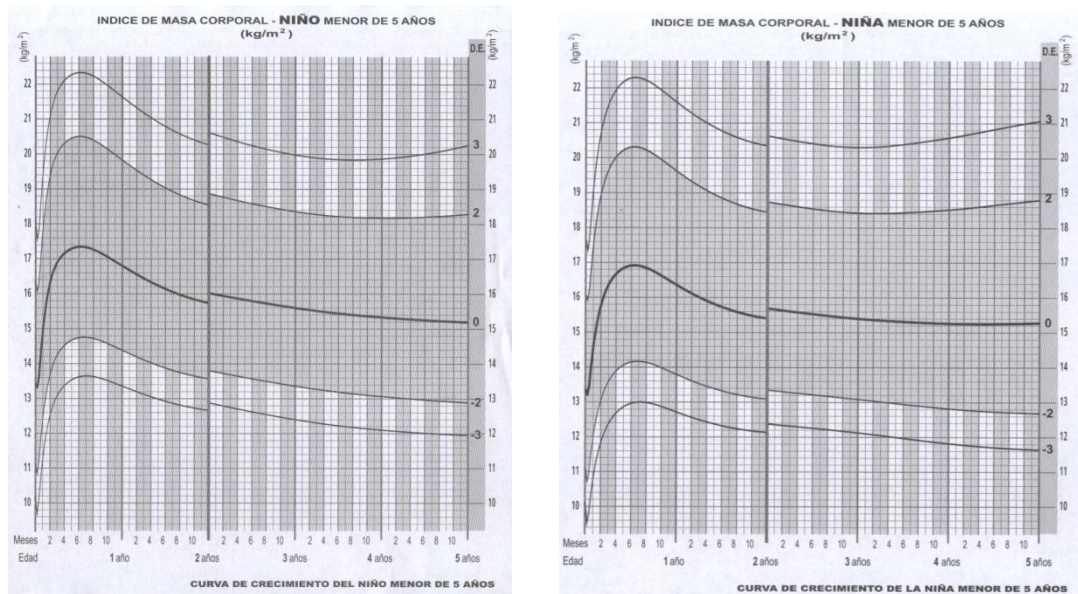
**Figura N.- 3** Tablas para graficar la talla de niñas y niños menores de 5 años

**Fuente:** Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS – OPS



**Figura N.- 4** Tabla para graficar el perímetro cefálico de niñas y niños

**Fuente:** Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS – OPS



**Figura N.-5** Tabla para graficar el índice de masa corporal de niños

**Fuente:** MSP, las hojas del MSP FORM 028 02

### Indicadores Antropométricos

Estos indicadores nos permiten situar a la enfermedad en severidad (P/E), tiempo de evolución (T/E) y pronóstico (P/T).

- **Peso Para La Edad (P/E)**

El P/E se utiliza en los niños y se valora como el porcentaje del peso esperado o ideal para una edad determinada. El déficit de peso evalúa tanto la desnutrición presente como la pasada ya sea debida a un proceso agudo o crónico.

- **Peso Para La Talla ( P/T)**

El peso para la talla P/T ha reemplazado al P/E como criterio para el diagnóstico de desnutrición aguda o presente. Es muy útil para evaluar el impacto de los programas de intervención nutricia.

- Este cociente indica el estado nutricional actual y permite detectar casos de desnutrición aguda comparándolo con gráficas estandarizadas para niños y adolescente.

- **Talla Para La Edad (T/E)**

La T/E cuando se encuentra disminuida es evidencia de una desnutrición crónica o pasada, no es útil en los programas de intervención nutricional. Sin embargo, es el indicador que nos permite diferenciar los procesos crónicos y pasados de los presentes y agudos y de ahí su valor en investigación social.

### **Desarrollo Psicomotriz**

**Definición:** Es un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales en compleja interacción cuyas constelaciones estructurales se modifican en un constante palpitar vital. (OPS-OMS).

Es un proceso adaptativo con diferenciación completa que a partir de la adquisición de nuevas conductas, genera nuevos comportamientos a través de la interrelación personal y con el medio.

Mantiene una relación de dependencia con la maduración del sistema nervioso y una interrelación con el crecimiento.

Los cambios que experimenta el niño son progresivos, armoniosos, integrales, secuenciales, predecibles y se cumplen en etapas definidas. Cada etapa se diferencia por un evento dominante que rápidamente se transforma para evolucionar al siguiente, alcanzando equilibrio y madurez.

### **FACTORES**

**Físico:** aquí se da a entender que no todas las partes del cuerpo crecen al mismo tiempo, cada parte se desarrolla junto con la parte intelectual; este también determina la coordinación motora, tanto la gruesa como la fina.

**Intelectual:** tal como lo dice el nombre habla acerca del desarrollo mental e inteligencia; estos se desarrollan siempre de manera continua y gradual. Se da el desenvolvimiento cuando se adquieren ciertos conocimientos como lenguaje y habilidades como la toma de decisiones.

**Emocional:** este factor sirve para darnos ciertas necesidades que son básicas; como son sentirnos queridos, tener éxito, independencia, así como tener nuevas experiencias.

<b>EDAD</b>	<b>MOTOR</b>	<b>MOTOR FINO / OJOS</b>	<b>AUDICIÓN / LENGUAJE</b>	<b>SOCIAL / PERSONAL</b>	<b>SIGNOS DE ALARMA</b>
<b>1 mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostiene la cabeza unos segundos</li> <li>• Hipertonía de los músculos flexores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigue una luz con la mirada en una curva de 90°</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción a los sonidos.</li> <li>• Se asusta con los ruidos.</li> <li>• Se tranquiliza con la voz de su madre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deja de llorar al cogerlo</li> </ul>	
<b>2 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levanta cabeza en decúbito prono</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigue objetos de colores vivos vertical y horizontalmente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesa momentáneamente en su actividad cuando oye un ruido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonríe</li> </ul>	
<b>3 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pataleo libre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mira las manos y juega con ellas.</li> <li>• Mira de un objeto a otro.</li> <li>• Fija, converge y enfoca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Busca un sonido con la mirada</li> <li>• Contesta con sonidos: e, a, o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigue con la mirada a una persona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No sonríe</li> <li>• No sostiene bien la cabeza</li> <li>• No fija la mirada</li> </ul>

<p><b>4 meses</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostiene la cabeza y el tórax en decúbito prono.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coge al contacto y retiene un cubo, llevándose a la boca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ríe a carcajadas.</li> <li>• Gorjea y grita para llamar la atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devuelve la sonrisa al examinador</li> </ul>	
<p><b>5 meses</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostiene la cabeza sin apoyo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se quita un pañuelo de la cara.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vuelve la cabeza hacia el sonido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfruta con el juego.</li> <li>• Reconoce a quienes están con él.</li> <li>• Establece un lazo afectivo con las personas que le rodean</li> </ul>	
<p><b>6 meses</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se incorpora apoyándose en sus muñecas boca abajo.</li> <li>• Se sostiene sentado con apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se coge los pies y va descubriendo su cuerpo</li> <li>• Toma un cubo de la mesa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parlotea ante una voz</li> <li>• Empieza a imitar los sonidos, vocaliza imitando a un adulto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vuelve la cabeza hacia un interlocutor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No tiene interés por los objetos, ni hace intención de cogerlos</li> </ul>

<b>7 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se da la vuelta en la cuna.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explora los objetos dándoles vueltas en sus manos.</li> <li>• Sigue un objeto al caer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emite 4 sonidos: ga, ta, da.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede beber de un vaso, aunque lo normal es realizarlo a los 10 – 12 meses</li> </ul>	
<b>8 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensayo el gateo o rastreo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intenta coger cosas que están fuera de su alcance.</li> <li>• Pasa un juguete de una mano a otra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emite sonidos para llamar la atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se contempla en el espejo.</li> <li>• Lloro al dejarle con extraños.</li> </ul>	
<b>9 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voltea sobre sí mismo en el suelo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipula simultáneamente dos objetos, uno en cada mano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice papá y mamá.</li> <li>• Los sonidos adquieren entonación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostiene un vaso para beber.</li> <li>• Palmotea y dice adiós con la mano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se sostiene sentado</li> <li>• No parlotea</li> <li>• No tiene interés por mirar o tocar las cosas</li> </ul>
<b>10 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sostiene con ayuda o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Golpea dos objetos conjuntamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escucha un reloj.</li> <li>• Debe responder a su</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonríe y toca su imagen en el</li> </ul>	

	<p>agarrándose a los barrotes de la cuna.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gatea.</li> </ul>		<p>nombre, aún en voz baja.</p>	<p>espejo.</p>	
<p><b>11 meses</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se endereza para sostenerse en pie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agarra con pinza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice 2 palabras con significado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Come con los dedos.</li> <li>• Reconoce cuando le nombran a papá y a mamá y los busca.</li> </ul>	
<p><b>12 meses</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Camina con apoyo</li> <li>• Anda alrededor del parque.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduce unos objetos dentro de otros y hace torres con cubos grandes.</li> <li>• Sostiene un lápiz con intención.</li> <li>• Tira del mantel para coger juguetes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice 3 palabras con significado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juego organizado, interactivo: interpreta mensajes, acompaña con gestos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se sostiene de pie con apoyo</li> <li>• No se comunica ni balbucea</li> <li>• No hace gestos ( decir adiós)</li> <li>• No coge los juguetes</li> </ul>



<b>13 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sostiene solo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferencia por una mano.</li> <li>• Mira ilustraciones.</li> <li>• Señala a personas u objetos familiares si se le pide.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Señala un ruido inesperado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se interesa por los juguetes de los otros niños.</li> <li>• Sostiene un vaso</li> </ul>	
<b>14 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Camina solo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raya con un lápiz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce su nombre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa la cuchara.</li> </ul>	
<b>15 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trepa escaleras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloca un objeto sobre otro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice 4 palabras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseña los zapatos.</li> </ul>	
<b>16 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empuja un cochecito, juguete</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garabatea libremente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice 6 palabras.</li> <li>• Sigue indicaciones sencillas sin ayudas gestuales.</li> <li>• Señala y nombra objetos y partes de su cuerpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intenta voltear un tirador de la puerta.</li> </ul>	
<b>17</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trepa a una silla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tira del mantel para</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conversación,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maneja bien un</li> </ul>	

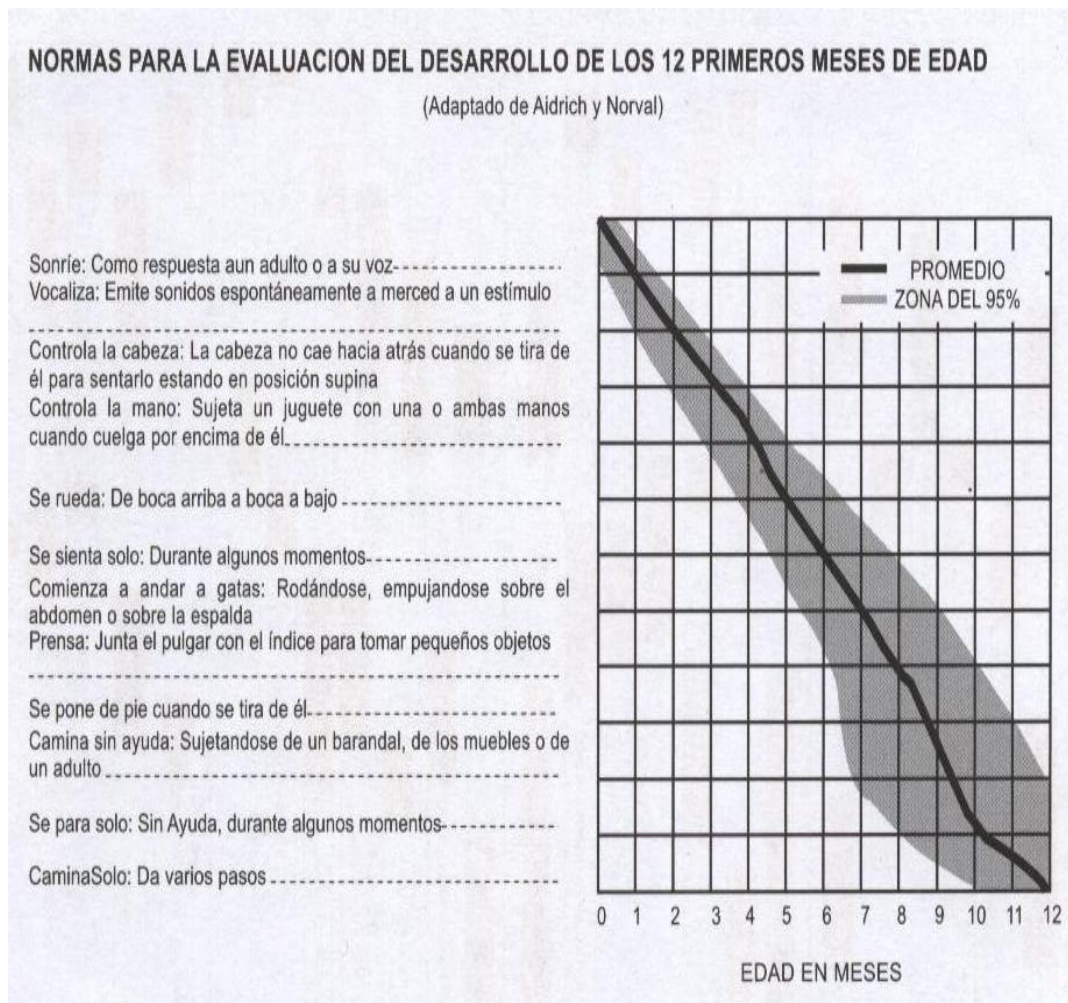
<b>meses</b>		coger un juguete, busca estrategias para conseguir un fin.	balbuceo.	vaso.	
<b>18 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anda hacia atrás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juego constructivo con juguetes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfruta con un libro con dibujos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se quita los zapatos y los calcetines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No dice palabras sencillas.</li> <li>• No camina</li> <li>• No conoce el nombre de los objetos y personas más familiares</li> </ul>
<b>19 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trepar sube y baja escaleras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Torre de 3 ladrillos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice 9 palabras.</li> <li>• Señala las partes del cuerpo cuando se le pide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce una parte de su cuerpo.</li> </ul>	
<b>20 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede saltar, aunque lo normal es que lo haga a los 24 m.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Torre de 4 ladrillos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice 12 palabras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control intestinal.</li> </ul>	

<b>21 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garabateo circular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frases de 2 palabras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control diurno de orina.</li> </ul>	
<b>22 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sube escaleras a pie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Torres de 5 o más ladrillos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escucha cuentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intenta explicar experiencias.</li> </ul>	
<b>23 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sienta por sí mismo en la mesa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia trazos verticales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice 20 o más palabras.</li> <li>• Baila al ritmo de la música.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce 2 partes de su cuerpo</li> </ul>	
<b>24 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sube y baja escaleras a pie él solo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede copiar trazos horizontales, aunque lo normal es que lo haga a los 30 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frases de 3 palabras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce 4 partes del cuerpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No dice frases espontáneas de 2 palabras</li> </ul>
<b>2 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sube y pedalea en triciclo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Torre de 9 o 10 ladrillos.</li> <li>• Copia círculos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa plurales.</li> <li>• Es la edad de todas las preguntas: qué es, dónde, cómo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Come bien por si mismo</li> </ul>	

## Formas de evaluar el desarrollo

Para evaluar el desarrollo en el país se utilizan dos test de acuerdo a la edad del niño; así:

- ✓ **Test de ALDRICH Y NORVAL.**- empleado para la evaluación de niños hasta los 12 primeros meses de edad.



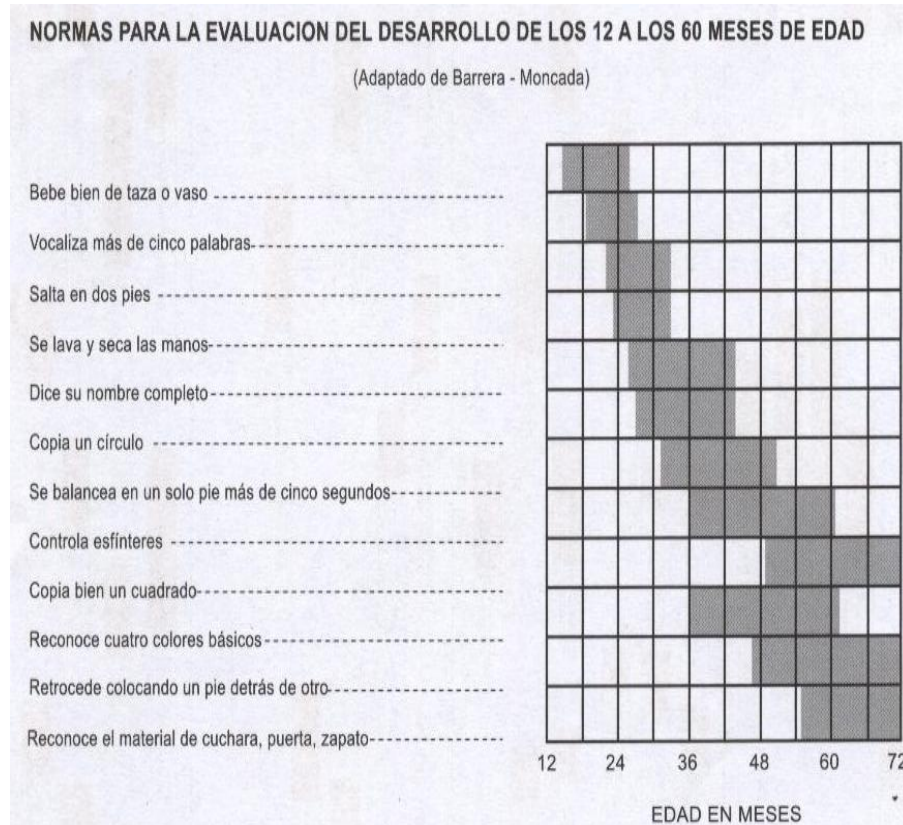
**Figura N°6** Test de Aldrich y Norval

**Fuente:** MSP, Estos esquemas se van a encontrar en el carnet o en las hojas del MSP FORM 028

A/02

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

Esta evaluación se hace en las cuatro áreas de la conducta como son: Psicomotriz gruesa, personal social, motor fino adaptativo y del lenguaje.



**Figura N°7** Test de Barrera y Moncada

**Fuente:** MSP, Estos esquemas se van a encontrar en el carnet o en las hojas del MSP FORM 028 A/02

Además para que se tenga un buen desarrollo y crecimiento del niño debe abarcar la nutrición y la Inmunización de los niños

**Nutrición:** consiste en incrementar la sustancia corporal a partir de la ingesta de alimentos. Nutrir también puede hacer referencia a reforzar o acrecentar algo, sobre todo lo referente a cuestiones morales o culturales.

## **Etapas de la alimentación infantil**

### Recién nacido y primera infancia

La alimentación del recién nacido y la primera infancia pasa por tres periodos que debemos distinguir:

- **Periodo lácteo**, por ser la leche el único alimento. Desde el nacimiento hasta los 6 meses, en los cuales se comienza la introducción progresiva de otros alimentos.
- **Periodo de transición**, o destete, donde vamos introduciendo la alimentación sólida o se opta por una lactancia artificial.
- **Periodo de maduración digestiva**. el niño va alcanzando la madurez inmunitaria y la introducción de los alimentos.

Cómo más adelante veremos, la lactancia materna es la más adecuada para los bebés, pero si esta no puede realizarse, debemos considerar una lactancia artificial con fórmulas adaptadas.

## **La Inmunización**

Según el Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública. Es el proceso de inducción de inmunidad artificial frente a una enfermedad. Se logra al administrar a un organismo inmuno-competente sustancias ajenas a él, no es necesario que estas sustancias sean patógenas para despertar una respuesta inmune, esta inmunización puede producir Anticuerpos (Ac). Los cuales se pueden evidenciar al retarlos contra el Antígeno (Ag). Que estimulo su producción.

## **Respuesta inmune**

Si las barreras inmunológicas no son suficientes y el patógeno penetra al cuerpo, se desencadena en el organismo una respuesta inmune. Entre dos tipos de respuesta inmune: la innata y la adaptativa

### **Inmunidad innata**

Es la primera respuesta del sistema inmunológico cuando un patógeno penetra al organismo. Esta inmunidad da una respuesta inmediata pero no es específica, es decir, que también se ven afectadas células propias del organismo.

### **Inmunidad adaptada**

Cuando el sistema inmunológico innato no es suficiente defensa contra un patógeno, entra a funcionar el sistema inmunológico adaptativo que desencadena una respuesta específica ante los antígenos

### **Inmunización pasiva**

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

### **Inmunización activa**

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

### **La vacunación**

“Una vacuna es un medicamento que proporciona protección contra futuras infecciones”

Una vacuna es un medicamento que se obtiene a partir de un microorganismo. Cuando se administra a una persona sana, hace que su cuerpo produzca defensas

contra éste. Si en un futuro esta persona entra en contacto con el microorganismo contra el cual ha estado vacunada, las defensas lo protegen de la enfermedad.

Consiste en introducir un antígeno de un patógeno para estimular la producción de anticuerpos específicos contra ese patógeno, sin causar la enfermedad. Las vacunas son preparadas con gérmenes muertos o debilitados con la intención de prevenir enfermedades infecciosas y se administran por vía oral o inyección.

La mayoría de vacunas protegen de una enfermedad concreta, pero también hay otras de combinadas que protegen de más de una enfermedad, como es el caso de la vacuna triple vírica (sarampión, parotiditis y rubéola) o la vacuna DTP (difteria, tétanos y tos ferina).

### **Las vitaminas**

Son sustancias orgánicas que, aunque se requieren en pequeñas cantidades, son imprescindibles para mantener el crecimiento y el metabolismo. La mayoría actúa como coenzimas.

Las vitaminas liposolubles se absorben en el intestino delgado pero para que su absorción sea adecuada, requieren sales biliares y algunos lípidos. El exceso de estas vitaminas se almacena principalmente en el hígado.

Las vitaminas hidrosolubles como la vit. C y complejo vitamínico B son solubles en agua y no se pueden almacenar y su exceso se excreta en la orina. Por esta razón, para suplir las necesidades del organismo es necesario su consumo diario

Una buena nutrición basada en una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular es un elemento fundamental de la buena salud. Según la OMS expone que “La nutrición es uno de los pilares de la salud y el desarrollo. En personas de todas las edades una nutrición mejor permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una salud más robusta”.  
Nutrición y lactancia materna. Disponible en: [www.who.int/topics/nutrition/es/](http://www.who.int/topics/nutrition/es/)



## ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

Dentro de las alteraciones del crecimiento Pérez Trinidad refiere las siguientes:

\* **Talla baja:** el potencial genético condiciona que la talla del niño se encuentre en los límites bajos de la normalidad desde los primeros años de vida.

\* **Bajo peso:** se considera que un niño tiene en bajo peso al nacer cuando su peso es inferior a los 2500g. Esta alteración es común en hijos de madres adolescentes ya que no han recibido los cuidados adecuados durante el período prenatal tanto en alimentación como en controles sanitarios.

\* **Desnutrición:** es la causa principal para el retardo del crecimiento, en muchas ocasiones puede ser ocasionada de forma voluntaria por la disminución en la ingesta de alimentos que aporten a un buen desarrollo nutricional. En los niños puede llevar a dos tipos de desnutrición: marasmo y kwashiorkor.

\* **Macrocefalia:** se define como el aumento del PC (Perímetro Craneal) en más de dos desviaciones estándar por encima de la media para la edad, sexo, raza y tiempo de gestación.

\* **Microcefalia:** es la disminución del perímetro cefálico de los niños.

Entre las alteraciones del desarrollo tenemos:

\* **Debilidad motriz** básicamente, estos niños siempre presentan torpeza de movimientos (movimientos pobres y dificultad en su realización) y paratonía el niño no puede relajar el tono de sus músculos de forma voluntaria; incluso en vez de relajarlos, los contrae exageradamente. Este rasgo es el más característico de esta alteración.

\* **Inestabilidad motriz** es incapaz de mantener un esfuerzo de forma constante; se muestra muy disperso.

\* **Farfuleo** se trata de una alteración en la fluidez del lenguaje, en la que el individuo habla a gran velocidad, articulando desordenadamente.

\* **Afasia** trastorno del lenguaje producido por alguna lesión cerebral, después de que el individuo haya adquirido el lenguaje.

### **CONTROL DEL NIÑO (DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO)**

Revisión sanitaria periódica de lactantes y niños para favorecer un crecimiento y desarrollo físico, emocional e intelectual óptimos. Entre estas medidas de asistencia sanitaria se encuentran las inmunizaciones habituales para evitar enfermedades, los procedimientos de exploración selectiva para la detección precoz y tratamiento de enfermedades y la orientación y educación de los padres sobre una nutrición adecuada, la prevención de accidentes y la atención específica y el cuidado del niño en las distintas fases del desarrollo.

#### **Calendario del control del niño sano**

Primer control: Entre los 7 y 10 días de nacido.

Segundo control: Al mes de nacido.

Siguientes controles: Después del segundo control siguen en un periodo de un mes hasta cumplir 1 año de nacido.

Después del año: controles cada 2 o 3 meses hasta los dos años.

A partir de los 2 años: control cada 6 meses.

#### **a) Actividades que incluye control de niño sano**

- ✓ Entrevista con los padres
- ✓ Evaluación del desarrollo psicomotor
- ✓ Antropometría
- ✓ Examen físico

- ✓ Evaluación del estado nutricional
- ✓ Evaluación de visión – audición
- ✓ Entrega de contenidos educativos (alimentación, hábitos de higiene, vestuario, estimulación desarrollo psicomotor, prevención de accidentes y otros)
- ✓ Vacunación.

## **SALUD INFANTIL**

### **Concepto**

**Ignacio Gómez de Terreros** menciona lo siguiente acerca de la salud infantil: La salud de los niños abarca su **bienestar físico, mental, emocional y social**, desde la infancia hasta la adolescencia.

### **Etapas de la niñez**

#### **Postnatal:**

- Perinatal: Nacimiento a 48 horas.
- Neonatal: 48h a 28 días.

#### **Primera infancia:**

- 2º a 12º mes (lactancia).
- 13 a 24 meses (destete).

#### **Segunda infancia:**

- De 3-6 años.

#### **Tercera infancia:**

- De 7 años a la pubertad.

## **Entorno Familiar**

La familia y sus conductas modelan la salud de los niños por las interacciones que se originan en las relaciones entre padres e hijos. La difícil función de "ser padre" demanda apoyo, máxime si se ve enfrentada a situaciones de vulnerabilidad o riesgo a través de condicionantes individuales patológicos, estructuras familiares débiles o estructuras socioculturales negativas, exigiendo soporte de la comunidad (institucionales o no institucionales) y respuestas solidarias.

## **Derecho del buen vivir**

El Sistema de Información sobre la Primera Infancia en América Latina menciona lo siguiente: Derecho al bienestar y a vivir en un entorno familiar y a recibir un trato adecuado en él

- Responsabilidades de los padres, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad con respecto a sus hijos
- Tipo de organización familiar en la que viven los niños
- Seguridad y protección social
- Condiciones de vida
- Acceso a servicios de apoyo del Estado para la crianza

## **2.5.-Hipótesis**

- “Ser madre adolescentes incide con en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en los puestos de salud de Andignato y La Florida de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, periodo Junio 2012 a Noviembre del 2012”.

## **2.6.- Señalamiento de Variables de la Hipótesis:**

### **Variable Independiente:**

- Madre adolescente

### **Variable Dependiente:**

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

### **Termino de relación:**

- Incide.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### **3.1. Enfoque:**

El trabajo de investigación que se realiza tiene un enfoque dentro del paradigma crítico- propositivo el cual es predominantemente cuantitativo y cualitativo pues trata de comprender el fenómeno en su totalidad, logrando una visión más amplia en los aspectos globales del mismo. Se trata de encontrar soluciones aceptadas, en una acción conjunta con la comunidad participativa de igual manera interactuando con la madre adolescente y su hijo dentro del contexto en el que se desenvuelven.

#### **3.2. Modalidad de investigación**

El trabajo de investigación es de **campo**: en el constan los “Puestos de Salud de Andignato y La Florida del Canto Cevallos de la Provincia de Tungurahua”, así como también es **Documental.- Bibliográfica**: ya que esta modalidad ayudara a obtener mayor información acerca del tema en el cual se enfoca tanto sea en los libros y otros documentos por esta razón se utiliza esta modalidad.

#### **3.3. Nivel o tipo de investigación: Descriptiva, Analítica De Campo**

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

### 3.4. Población y muestra

#### 3.4.1-Poblacion

El universo de investigación está compuesto por el siguiente personal; médico rural encargado del puesto de salud, enfermera rural, auxiliar de enfermería, lugar en el cual constan 420 historias clínicas de los pacientes que atienden, alrededor del cual se encuentran 10 casos para la realización de la investigación.

#### 3.4.2-Muestra

Para la presentes investigación se utilizara la muestra no probabilística debido a la escasas de los casos en los puesto de salud a investigar y dentro de esta se va seleccionar la intencional puesto que el investigador es el encargado de seleccionar a la población para la muestra.

<b>PUESTOS DE SALUD</b>		
<b>Personal</b>	<b>Andignato</b>	<b>La Florida</b>
Médico	1	1
Odontólogo	-	1
Obstetras	1	1
Enfermera	1	1
Auxiliar	1	1
Total	4	5

### 3.5. Operacionalización de variables

**Variable independiente:** Madres Adolescentes

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítem Básicos	Técnica	Instrumentos
Se llama madre adolescentes a quienes han tenido un embarazo entre los 10 a 19 años de edad.	Adolescencia	Cambios morfo-fisiológicos y psicológicos	¿Cómo afecta el embarazo en el desarrollo normal de la adolescente tanto fisiológica como psicológicamente?	Investigación de campo	Ficha de datos de las historias clínicas
	Sexualidad	Sexualidad precoz y sus factores  Sexualidad precoz	¿Cuáles son los principales factores que intervienen para el inicio de la sexualidad en la adolescencia?		
	Embarazo en adolescente.	Complicaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abortos Espontáneos</li> <li>• Embarazos Extrauterinos</li> <li>• Infecciones Urinarias</li> <li>• Hipertensión Arterial</li> </ul>	¿En qué etapa de la adolescencia es en la que predominan los embarazos en las adolescentes?  ¿Entre 10 y 13?	Investigación bibliográfica	Encuesta



		<p>Gravídica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento Intrauterino Retardado</li> </ul>	<p>¿Entre 14 y 16?</p> <p>¿Entre 17 y 19?</p> <p>¿Cuáles son las principales complicaciones de las madres adolescentes durante el embarazo?</p>		
--	--	---	---	--	--

**Variable Dependiente:** Crecimiento y Desarrollo del niño.

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítem Básicos	Técnica	Instrumentos
<p>Proceso continuo que incluye cambios físicos, desarrollo psicomotriz del niño.</p>	<p>Alteraciones en el crecimiento</p> <p>Control del niño.</p> <p>Salud infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talla baja</li> <li>• Bajo peso</li> <li>• Desnutrición</li> <li>• Macrocefalia</li> </ul> <p>Valoración del desarrollo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del desarrollo psicomotor</li> <li>• Antropometría</li> <li>• Evaluación del estado nutritivo</li> <li>• Entorno familiar</li> <li>• Derecho del buen vivir</li> <li>• Controles médicos y</li> </ul>	<p>¿Cuáles son las alteraciones antropométricas de los niños, hijos de madres adolescentes?</p> <p>¿Los niños presentan alteraciones al momento de aplicar los test de Aldrich y Norman, Barrera - Moncada o en el test de Denver?</p> <p>¿El niño es llevado al controles médicos y vacunado según calendario mensual del PAI?</p>	<p>Investigación de campo</p> <p>Investigación bibliográfica.</p>	<p>Fichas de datos de la Historia clínica del niño</p> <p>Encuesta</p>

		vacunación			
--	--	------------	--	--	--

### 3.6. Técnicas e Instrumentos

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

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

### 3.7. Plan de recolección de información

El sustento de esta investigación se realizará con la colaboración del personal de la salud así como también de la población involucrada dentro de la investigación.

<b>Preguntas Básicas</b>	<b>Información</b>
¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación y comprobar la hipótesis
¿De qué persona u objeto?	PS de salud de Andignato a la florida
¿Sobre qué aspecto?	Madres adolescentes, crecimiento y desarrollo del niño, vacunación y los test.
¿Quién, quienes?	Jessica Rea
¿Cuándo?	Junio - Noviembre 2012

¿Dónde?	Cantón Cevallos
¿Cuántas veces?	Las veces que sea necesario
¿Qué técnicas?	Observación, encuesta, ficha de observación.
¿Con que?	Cuestionario entrevista
¿En qué situación?	En una ambiente favorable y muy acogedor.

### **3.8. Procesamiento de la información e interpretación de resultados:**

Una vez aplicadas las encuestas se procederá al estudio estadístico descriptiva de las mismas se tabularan los datos y se realizaran cuadros y gráficos de los diferentes aspectos que se investigara, además se realizara la interpretación y análisis de los datos obtenidos, para de ese modo inferir las conclusiones que llevan a verificar las hipótesis planteadas.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

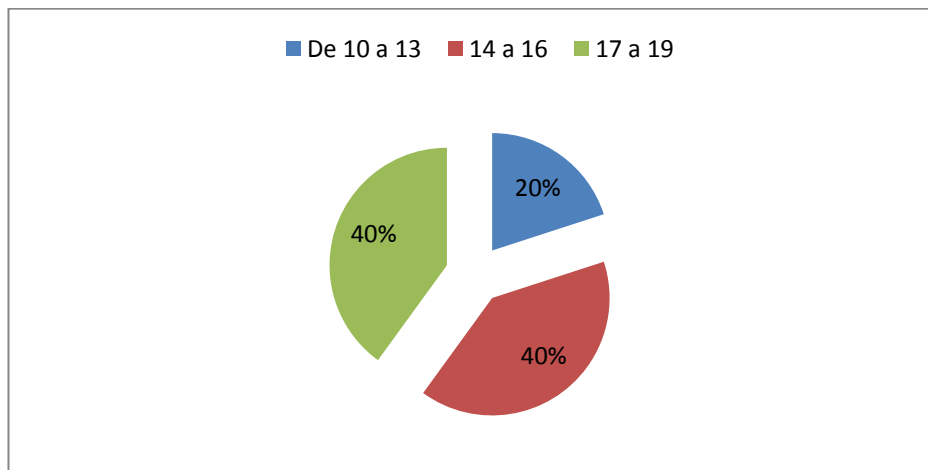
**TABLA N° 1**  
**EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES**

Edad de inicio de relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
De 10 a 13	2	20%
14 a 16	4	40%
17 a 19	4	40%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 1**  
**EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES**



**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**Análisis e Interpretación:** Del 100%, el 40 % corresponde a 4 madres que iniciaron las relaciones sexuales ente los 14 a 16 años, mientras que otro 40 % iniciaron entre los 17 a 19 años, el 20 % restante inició la actividad sexual entre los 10 a 13 años. Llegando a la conclusión que si hay inicio precoz de relaciones sexuales, lo que nos demuestra que el embarazo en adolescentes es un problema marcado en estos sectores que abarca a Salud Pública.

**TABLA N° 2**  
**GRUPO ETÁREO AL CONVERTIRSE EN MADRES ADOLESCENTES**

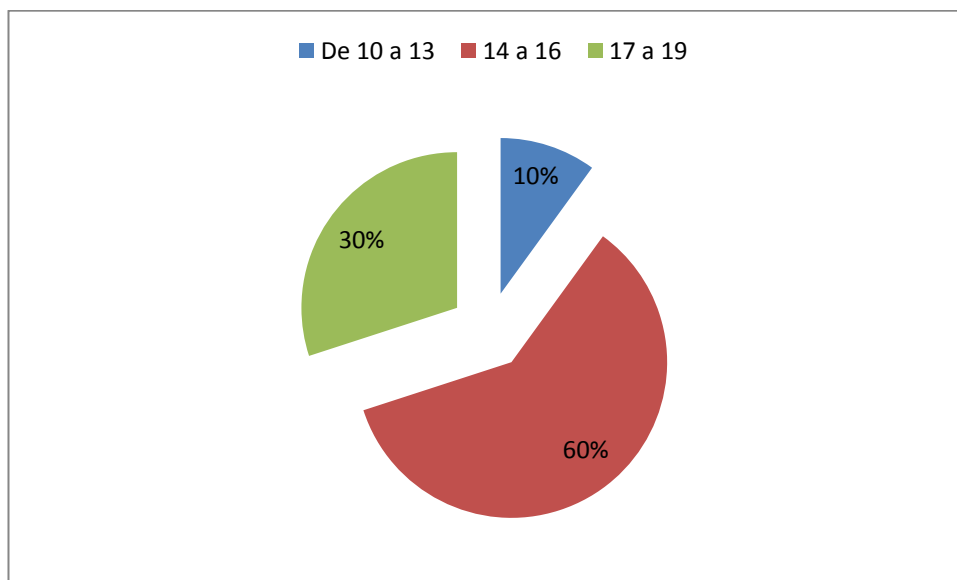
<b>Grupo Etareo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
De 10 a 13	1	10%
14 a 16	6	60%
17 a 19	3	30%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 2**

**GRUPO ETÁREO AL CONVERTIRSE EN MADRES ADOLESCENTES**



**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea



**Análisis e Interpretación:** Del 100%, el 60% corresponde a 6 mujeres que fueron madres por primera vez entre los 14 a 16 años, el 30 % que corresponde a 3 mujeres que fue madre entre los 17 a 19 años y el 10 % corresponde a una mujer que fue madre entre los 10 a 13 años. Se puede apreciar que existe un porcentaje elevado de madres adolescentes entre los 14 a 16 años de edad.

Pudiendo evidenciarse que hay desconocimiento en cuanto a los cuidados de un recién nacido y la importancia de la lactancia materna, mediante una pequeña entrevista con las madres.

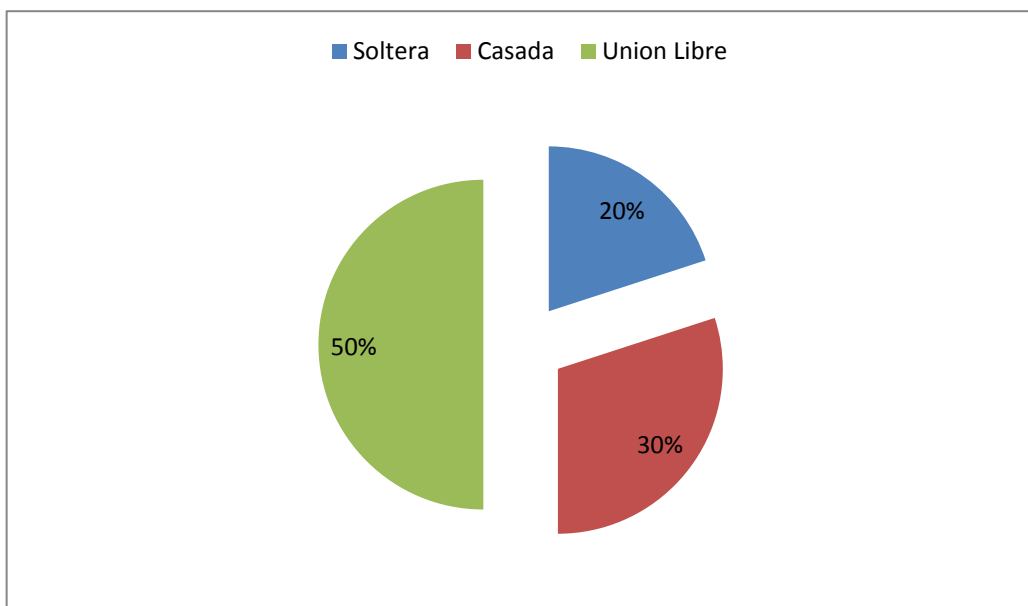
**TABLA N° 3**  
**ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES**

<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltera	2	20%
Casada	3	30%
Unión Libre	5	50%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 3**  
**ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES**



**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**Análisis e Interpretación:** Del 100%, el 50 % que pertenece a 5 madres son de estado civil Unión Libre, el 30% que corresponde a 3 madres son de estado civil casados y el 20% que corresponde a 2 madres se encuentran solteros. Verificando que la mayoría de las madres adolescentes no tienen un hogar formado y adquieren responsabilidades de adultos a muy temprana edades para la formación y crianza de su hijo.

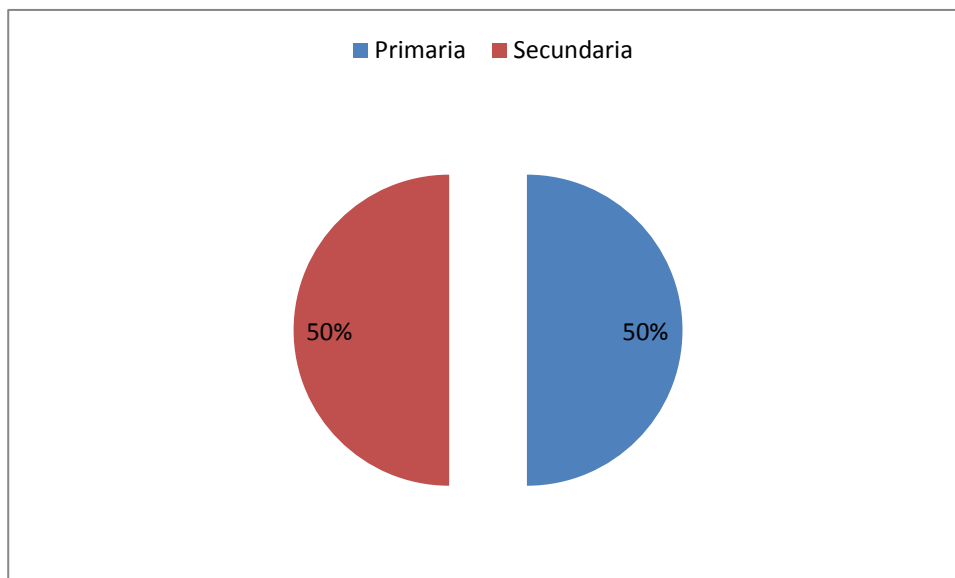
**TABLA N° 4**  
**NIVEL EDUCACIONAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES**

Nivel de Educación	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	5	50%
Secundaria	5	50%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 4**  
**NIVEL EDUCACIONAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES**



**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**Análisis e Interpretación:** Del 100%, el 50% correspondiente a 5 madres tienen un nivel de educación primario y el 50% restante que son 5 madres tienen un nivel de educación secundario.

Pudiendo darnos cuenta que solo la mitad de las madres pueden continuar y terminar sus estudios mientras que el resto no lo terminan por diferentes causas lo cual es un factor determinante para la crianza del niño ya que no posee el conocimiento suficiente para brindarle a su hijo.

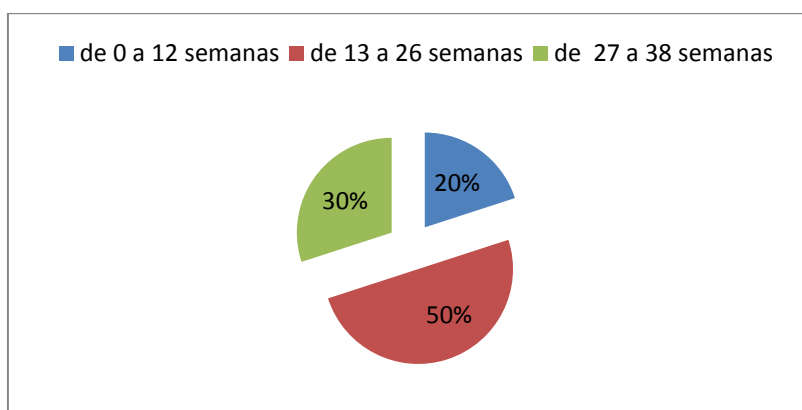
**TABLA N° 5**  
**EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PRIMER CONTROL**  
**PRENATAL**

<b>Edad Gestacional al Primer Control</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
de 0 a 12 semanas	2	20%
de 13 a 26 semanas	5	50%
de 27 a 38 semanas	3	30%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 5**  
**EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PRIMER CONTROL**  
**PRENATAL**



**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**Análisis e Interpretación:** Observamos que 50 % se realizaron su primer control entre 13 a 26 semanas de gestación, el 30 % tuvieron su control de 27 a 28 semanas, y el 20% tuvo su primer control prenatal entre las 0 a 12 semanas. Lo que quiere decir que existe un porcentaje bajo que no pudo asimilar el embarazo con responsabilidad mientras que un porcentaje elevado asumió el embarazo con responsabilidad por lo que acuden en busca de ayuda profesional para realizar su control prenatal y así evitar complicaciones tanto de la madre como del niño además existe un porcentaje bajo que no pudo asimilar el embarazo con responsabilidad.

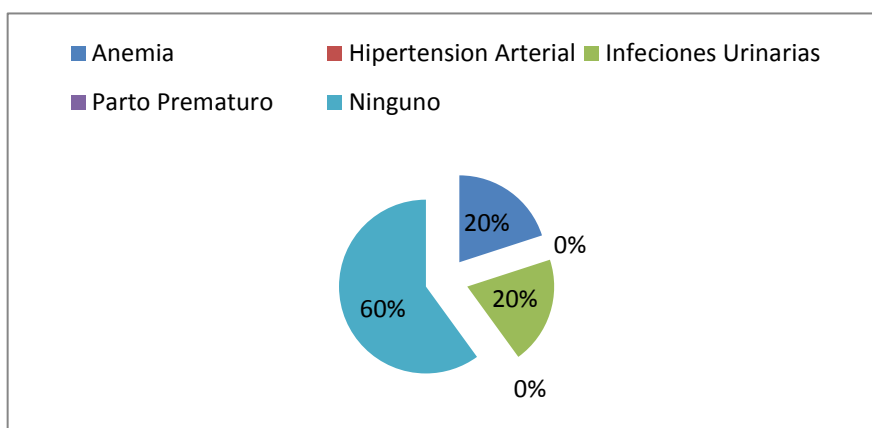
**TABLA N° 6**  
**COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO DE LA MADRE**  
**ADOLESCENTE**

<b>Edad Gestacional al Primer Control</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Anemia	2	20%
Hipertensión Arterial	0	0%
Infecciones Urinarias	2	20%
Parto Prematuro	0	0%
Ninguno	6	60%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 6**  
**COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO DE LA MADRE**  
**ADOLESCENTE**



**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**Análisis e Interpretación:** Del 100%, el 60 % que corresponde a 6 madres no presentaron ninguna complicación, mientras que en un 20% presentaron Anemia y el último 20% restante presentó Infección de Vías Urinarias durante el embarazo.

Lo que podemos concluir es que no se presentó ninguna complicación grave que pueda afectar el ritmo normal de la gestación. Estas alteraciones encontradas se pueden tratar fácilmente y no producen alteraciones en el crecimiento y desarrollo del feto.

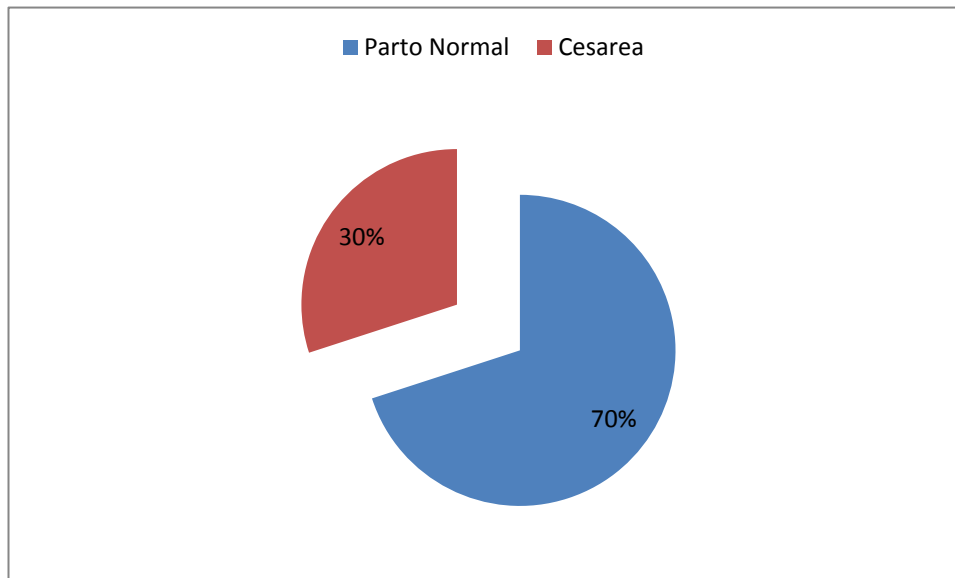
**TABLA N° 7**  
**TIPO DE PARTO DE LA MADRE ADOLESCENTE**

Tipo de Parto	Frecuencia	Porcentaje
Parto Normal	7	70%
Cesárea	3	30%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 7**  
**TIPO DE PARTO DE LA MADRE ADOLESCENTE**



**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**Análisis e Interpretación:** Del 100%, el 70 % correspondiente a 7 madres tuvieron un parto normal mientras que el 30 % que corresponde a 3 madres tuvo un parto mediante cesárea. Lo que se pudo evidenciar que la mayoría de las madres adolescentes tuvieron a sus hijos por parto normal y un porcentaje bajo lo tuvieron por cesárea, que está indicado únicamente si hay riesgo materno o fetal tales como desproporción cefalopélvica, posición fetal anormal.

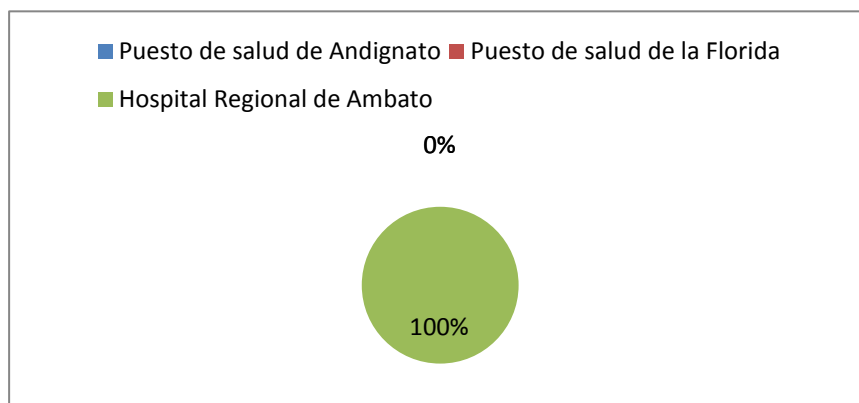
**TABLA N° 8**  
**INSTITUCIÓN DE SALUD QUE ATENDIÓ EL PARTO DE LA**  
**MADRE ADOLESCENTE**

Institución que atendió el Parto	Frecuencia	Porcentaje
Puesto de salud de Andignato	0	0%
Puesto de salud de la Florida	0	0%
Hospital Regional de Ambato	10	100%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 8**  
**INSTITUCIÓN DE SALUD QUE ATENDIÓ EL PARTO DE LA MADRE**  
**ADOLESCENTE**



**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**Análisis e Interpretación:** En porcentaje muy elevado que es el 100 % que corresponde a 10 madres adolescente fueron atendidas en el Hospital Provincial Ambato.

Lo que se puede evidenciar con claridad que la mayoría de las madres adolescentes acuden al Hospital Regional para tener a sus hijos ya que los puestos de salud no cuentan con lo necesario para atender un parto.



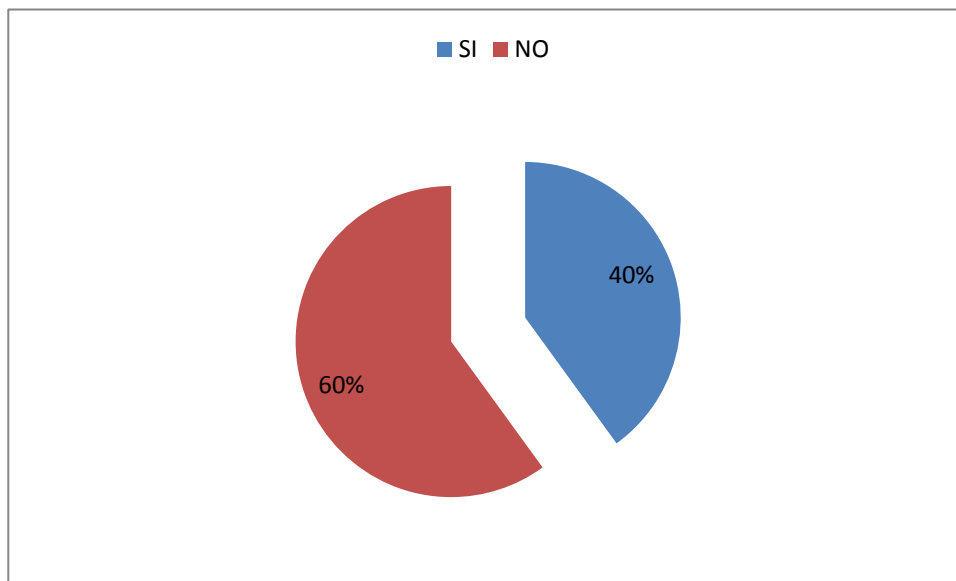
**TABLA N° 9**  
**UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR PARTE**  
**DE LA MADRE ADOLESCENTE.**

Uso de Método Anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
SI	4	40%
NO	6	60%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 9**  
**UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR PARTE**  
**DE LA MADRE ADOLESCENTE.**



**Fuente:** Historias Clínicas de las Madres Adolescentes de los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**Análisis e interpretación** El 60% de las madres adolescentes no utiliza ningún método anticonceptivo, mientras que el 40% restante si realiza planificación familiar constatando que son las personas que se encuentran casadas. El desconocimiento del uso del método anticonceptivo puede ser una causa para tener cifras altas de los embarazos en las adolescentes en esos sectores.

**FICHAS DE DATOS DIRIGIDAS A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE  
LOS NIÑOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES**

**TABLA N° 10**

**VALORACIÓN EDAD GESTACIONAL DEL NIÑO AL NACIMIENTO**

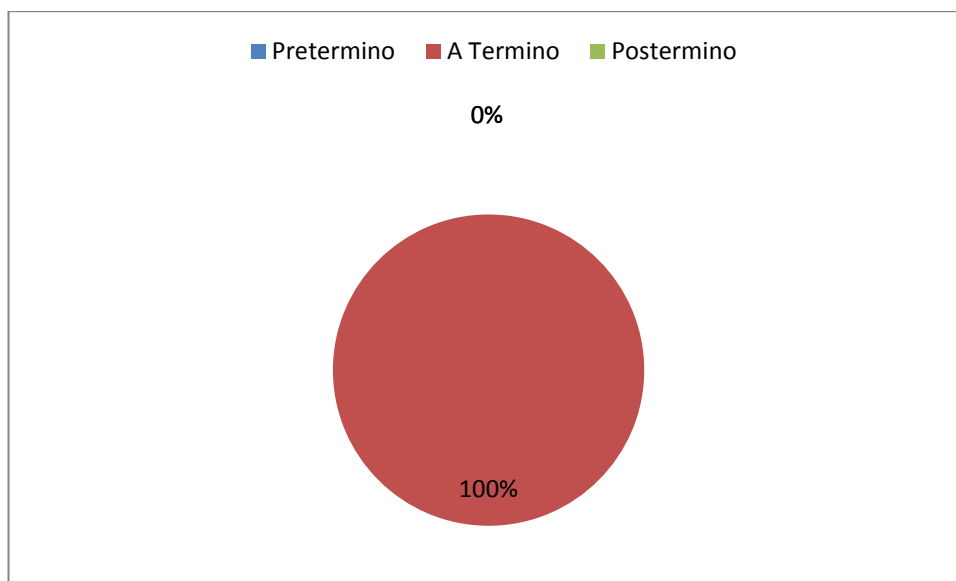
<b>Edad Gestacional al Parto</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Pre termino	0	0%
A Termino	10	100%
Pos terminó	0	0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 10**

**VALORACIÓN EDAD GESTACIONAL DEL NIÑO AL NACIMIENTO**



**Fuente:** Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**Análisis e Interpretación:** De los 10 hijos de madres adolescentes el 100% nacieron en una edad gestacional de 37 semanas de gestación hasta las 40 semanas sin riesgos ni complicaciones durante el proceso de parto y obteniendo un producto en buenas condiciones de salud.

**TABLA N° 11**

**RELACIÓN PESO/EDAD DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTE**

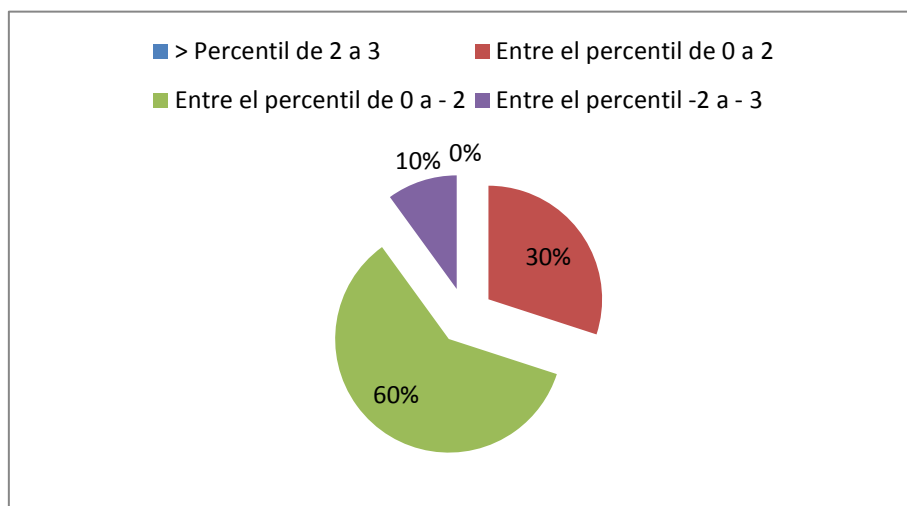
<b>PESO - EDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
> Percentil de 2 a 3	0	0%
Entre el percentil de 0 a 2	3	30%
Entre el percentil de 0 a - 2	6	60%
Entre el percentil -2 a - 3	1	10%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 11**

**RELACIÓN PESO/EDAD DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTE**



**Fuente:** Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**Análisis e Interpretación:** El 60% que corresponde a 6 niños se encuentran en un rango normal de ganancia de peso, es decir, entre los parámetros de bajo 0 a -2 según tablas de valoración establecidas por el MSP, el 30% que son 3 niños están en un rango de desviación PE sobre de 0 a 2 mientras que 1 niño que consta el 10% se mantiene en un rango de bajo de -2 a -3 indicando que se encuentra bajo peso de lo normal.

Según estos datos en relación al peso/edad, se puede notar que la mayor parte de los niños se encuentran dentro del rango normal de 2 a -2.

**TABLA N° 12**

**RELACIÓN TALLA/EDAD DEL NIÑO HIJO DE MADRE  
ADOLESCENTE.**

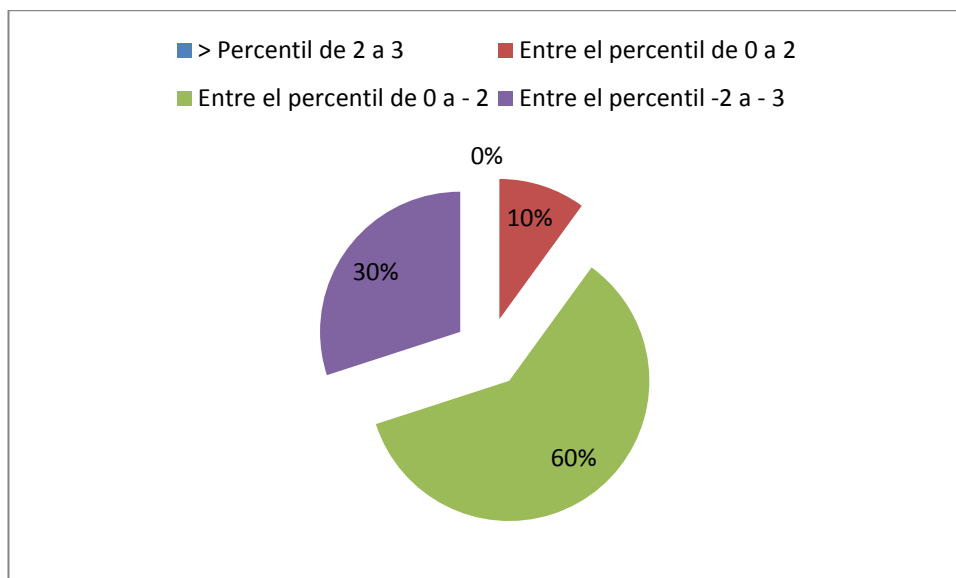
<b>TALLA - EDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
> Percentil de 2 a 3	0	0%
Entre el percentil de 0 a 2	1	10%
Entre el percentil de 0 a - 2	6	60%
Entre el percentil -2 a - 3	3	30%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 12**

**RELACIÓN TALLA/EDAD DEL NIÑO HIJO DE MADRE  
ADOLESCENTE.**



**Fuente:** Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**Análisis e Interpretación:** El 60% que corresponde a 6 niños se encuentran en un rango normal de 0 a -2 en la relación talla/edad, el 10% que corresponden a 1 niño se encuentra en el rango normal del percentil de 0 a 2, mientras que 30 % que corresponde a 3 niños está la talla baja para su edad de -2 a -3.

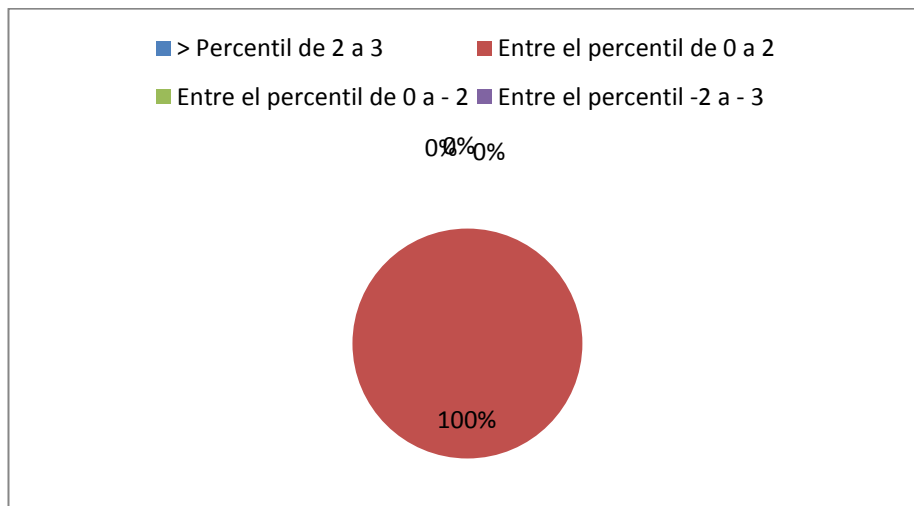
Este indicador permite darse cuenta que la mayor parte de niños hijos de madres adolescentes no presentan alteraciones según los percentiles de 2 a -2 considerado normal de acuerdo a la hoja de desviaciones estándar que se valoran en el MSP.

**TABLA N° 13**  
**RELACIÓN PERÍMETRO CEFÁLICO/EDAD DEL HIJO DE MADRE**  
**ADOLESCENTE**

Perímetro Cefálico	Frecuencia	Porcentaje
> Percentil de 2 a 3	0	0%
Entre el percentil de 0 a 2	10	100%
Entre el percentil de 0 a - 2	0	0%
Entre el percentil -2 a - 3	0	0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida  
**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 13**  
**RELACIÓN PERÍMETRO CEFÁLICO/EDAD DEL HIJO DE MADRE**  
**ADOLESCENTE**



**Fuente:** Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida  
**Elaborado por:** Jessika Rea

**Análisis e Interpretación:** De 10 hijos de madres adolescentes que son el 100%. No presento anomalías en la relación perímetro cefálico/edad. Llegando a la determinación que el ser hijo de madre adolescente no alteró el desarrollo normal del perímetro cefálico, en cada medición realizada se encontraron en un rango normal en el percentil de 0 a 2.

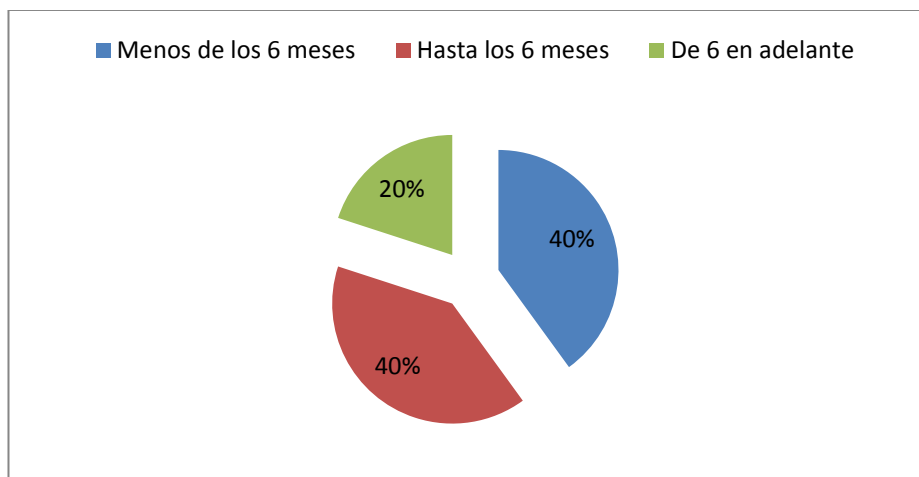
Deduciendo que no existe ninguna clase de alteración en el perímetro cefálico de los niños

**TABLA N° 14**  
**ALIMENTACIÓN CON LECHE MATERNA EXCLUSIVA DEL HIJO DE**  
**MADRE ADOLESCENTE.**

<b>Duración de la Lactancia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menos de los 6 meses	4	40%
Hasta los 6 meses	4	40%
De 6 en adelante	2	20%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida  
**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 14**  
**ALIMENTACIÓN CON LECHE MATERNA EXCLUSIVA DEL HIJO DE**  
**MADRE ADOLESCENTE**



**Fuente:** Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida  
**Elaborado por:** Jessika Rea

**Análisis e Interpretación:** El 40% que son 4 niños fueron alimentados exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses, por este motivo se debe a la falta de tiempo disponible y la actividad que las madres ejercen cotidianamente, el 40% son 4 niños fueron alimentados con leche materna menos de los 6 meses debido a que las madres tuvieron que trabajar para sus hijos por no contar con un buen empleo, y el 20 % que corresponde a 2 niños fueron alimentados con leche materna después de los 6 meses, lo que se puede deducir que existe un desconocimiento sobre la lactancia materna.

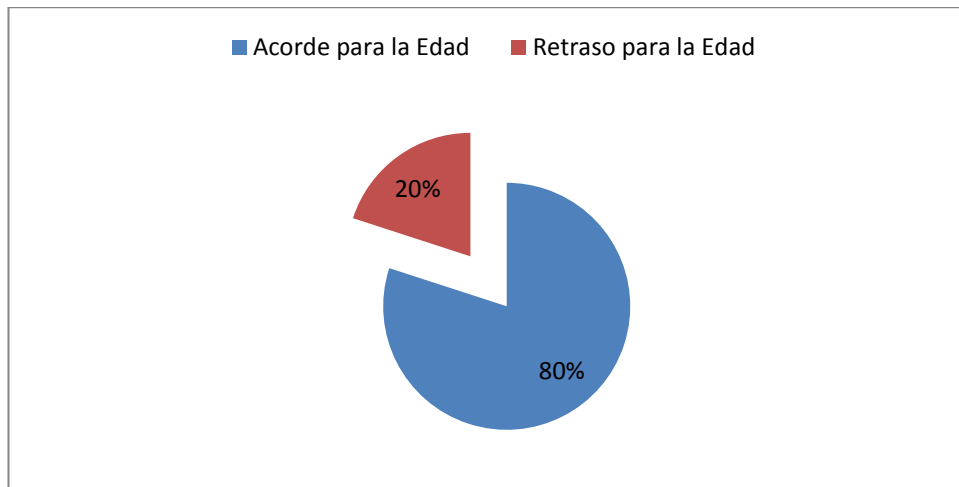
**TABLA N° 15**  
**ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL NIÑO HIJO DE MADRE**  
**ADOLESCENTE.**

<b>Esquema de Vacunación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Acorde para la Edad	8	80%
Retraso para la Edad	2	20%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 15**  
**ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL NIÑO HIJO DE MADRE**  
**ADOLESCENTE.**



**Fuente:** Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**Análisis e Interpretación:** El 80% que corresponde a 8 niños tiene el esquema de vacunación acorde a la edad, mientras que el 20% que representan 2 niños tiene el esquema de vacunación incompleto para su edad.

Deduciendo que la mayoría de niños cumplen el esquema de vacunación, con la finalidad prevenir enfermedades que se relaciona con el Programa Ampliado de Inmunizaciones del MSP.

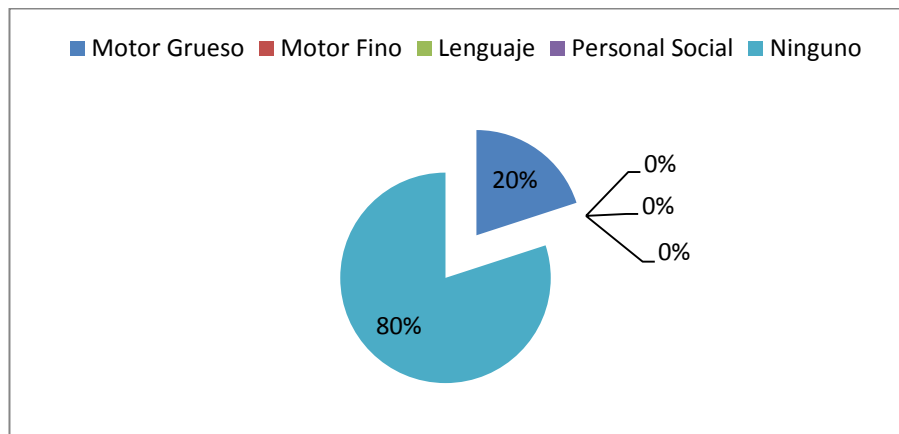


**TABLA N° 16**  
**NIÑOS CON VALORACIÓN DE TEST DE DENVER EN LAS HISTORIA CLÍNICA.**

Alteraciones del Desarrollo	Frecuencia	Porcentaje
Motor Grueso	2	20%
Motor Fino	0	0%
Lenguaje	0	0%
Personal Social	0	0%
Ninguno	8	80%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida  
**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 16**  
**NIÑOS CON VALORACIÓN DE TEST DE DENVER EN LAS HISTORIA CLÍNICA.**



**Fuente:** Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida  
**Elaborado por:** Jessika Rea

**Análisis e Interpretación:** El 80% que corresponde a 8 niños no registran alteración según la historia clínica, el 20% corresponde a 2 niños tienen alteración dentro del parámetro del motor grueso que comprende actividades como el gateo subir y bajar gradas, etc. Se puede evidenciar que las Historias Clínicas no se valoran adecuadamente el formulario del test de Denver de acuerdo a los controles subsecuentes que se realiza.

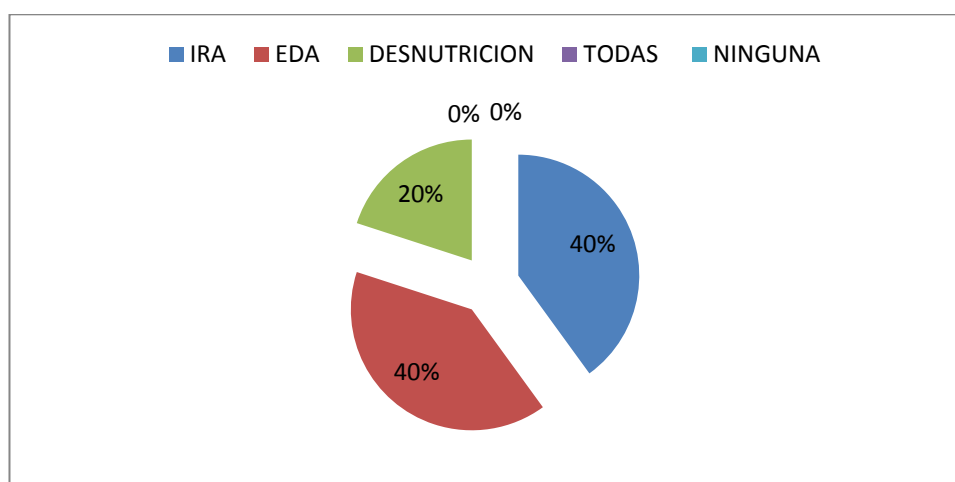
**TABLA N° 17**  
**ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN LOS NIÑOS**  
**HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES.**

Enfermedades de la Infancia	Frecuencia	Porcentaje
IRA	4	40%
EDA	4	40%
DESNUTRICIÓN	2	20%
TODAS	0	0%
NINGUNA	0	0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**GRÁFICO N° 17**  
**ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN LOS NIÑOS**  
**HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES.**



**Fuente:** Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida

**Elaborado por:** Jessika Rea

**Análisis e Interpretación:** El 40% que son 4 niños registran Infección Respiratoria Aguda el otro 40% corresponde a 4 niños tuvieron Enfermedad Diarreica Aguda con frecuencia, el 20% corresponde 2 niño presentó desnutrición. Interpretando que los niños de madres adolescentes si presentaron algunas alteraciones pero no de gravedad que conlleven a hospitalización, solamente a tratamientos ambulatorios.

### Verificación de Hipótesis

“Ser madre adolescentes incide en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en los puestos de salud de Andignato y La Florida del Ministerio de Salud Pública.”.

### ANÁLISIS DE VARIANZA DE UN FACTOR

VALORES TALLA	
Encontrados	Normales
74	71
87	80
73	75
72	69
78	80
75	72
80	77
80	82
79	76
85	80

#### Resumen

Grupos	Cuenta	Suma	Promedio	Varianza
Columna 1	10	783	78.3	24.9
Columna 2	10	762	76.2	19.51

#### Análisis de varianza

Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	22.05	1	22.05	0.99	0.33	4.41
Dentro de los grupos	399.7	18	22.20			
<b>Total</b>	421.75	19				

No hay diferencia significativa con relación de la talla con los valores normales que deben tener cada uno de los niños y niñas de los puestos de salud.

## ANÁLISIS DE VARIANZA DE UN FACTOR PESO

VALORES PESO	
Encontrados	Normales
9	7
13	9
10	8
9	7
8.5	9
8	7.5
10	8.5
11	9.5
10	8.2
11	9.1

### Resumen

Grupos	Cuenta	Suma	Promedio	Varianza
Columna 1	10	99.5	9.95	2.14
Columna 2	10	82.8	8.28	0.80

Análisis de varianza

Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	13.9445	1	13.94	9.49	0.01	4.41
Dentro de los grupos	26.441	18	1.47			
<b>Total</b>	<b>40.3855</b>	<b>19</b>				

Se puede evidenciar que con los análisis de varianza de factor hay diferencia significativa en cuanto al peso de los niños y niñas con los valores normales, además se puede tomar en cuenta que esta diferencia se debe a diferentes factores que abarcan alrededor de las madres adolescentes.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

- Se comprobó que existe un equilibrio en el inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes de 14 a 16 años y 17 a 19 años los mismos que corresponde al 40%.
- Se determinó que la mayoría de madres adolescentes de los caseríos de Andignato y la Florida corresponde a la adolescencia media con el 60%.
- Se puede concluir que persiste un equilibrio en cuanto a la educación con un 50% de Madres Adolescentes son de instrucción primaria y los otros 50 % son secundaria por la misma razón no realizan planificación familiar por desconocimiento.
- Se concluye que la mayor parte de embarazos de Madres Adolescentes terminaron en parto normal, que corresponde al 80 %.
- Se demostró que el 40% de niños fueron alimentados con leche materna menos de los 6 meses, y otros 40% de niños consumieron leche Materna hasta los 6 meses de edad.

## 5.2. Recomendaciones

- Impartir charlas educativas en las escuelas y los colegios a las adolescentes de 10 a 13 años, y 14 a 16 años, para evitar embarazos en adolescentes precoces.
- El personal de salud que se relaciona con Salud Pública debe acudir a las diferentes comunidades para impartir charlas educativas sobre las edades adecuadas para ser madre adolescente
- El personal de salud debe cumplir con el programa de capacitación continua a las madres adolescentes acerca de la Planificación Familiar
- Los puestos de salud de Andignato y la Florida deben ser remodelados para poder atender un parto en caso necesario o de urgencia disminuyendo así varias complicaciones que pueden aparecer durante el parto.
- Se elaborará un tríptico sobre Lactancia Materna para difundir entre las madres adolescentes y concientizar en la exclusividad de la lactancia materna hasta los 6 meses de edad; y de acuerdo a la edad brindarle una alimentación complementaria para su crecimiento y desarrollo.

## CAPÍTULO VI

### PROPUESTA DE SOLUCIÓN

#### 6.1. DATOS INFORMATIVOS

##### 6.1.1. Título

Plan de educación sobre la alimentación complementaria y la lactancia materna para mejorar el estado nutricional de los niños, dirigido a las madres adolescentes de los caseríos de Andignato y la Florida la Cantón Cevallos de la Provincia de Tungurahua.

##### 6.1.2. Institución Ejecutora

Universidad Técnica Ambato

##### 6.1.3. Beneficiarios

Madres adolescentes e hijos de las mismas

##### 6.1.4. Ubicación

Puestos de salud de Andignato y la Florida

##### 6.1.5. Tiempo estimado para la ejecución

Fecha de Inicio	Fin
Octubre	Diciembre 2012

##### 6.1.6. Equipo técnico responsable

Jessika Belén Rea Chacha

Personal de Salud

Presidente de la comunidad

### 6.1.7. Costo

**Cuadro Costos**

<b>Materiales</b>	<b>Costos</b>
<b>Material de Escritorio</b>	\$120
<b>Transporte</b>	\$150
<b>Material Didáctico</b>	\$120
<b>Refrigerio</b>	\$80
<b>Total</b>	\$470

**Elaborado por: Jessika Rea**

### 6.2. Antecedentes de la Propuesta

Según el estudio realizado de la investigación “Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses en los puestos de Salud de Andignato y la Florida del Área de Salud N°7 de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, periodo Junio 2012 Noviembre 2012” se encontró una población de 6 niños en Andignato de los cuales el 60% iniciaron la alimentación complementaria a los 3 meses respectivamente, debido a la carencia de conocimiento por parte de la madre se ha disminuido el consumo exclusivo de leche materna

En la Florida existen 4 niños de los cuales la mayoría de ellos desde el nacimiento recibieron coladas con leche materna; el mayor número de esta población empezó a consumir alimentos complementarios a los 5 meses.



Se puede apreciar que las medidas antropométricas tanto de niñas y niños de los dos lugares solo se ve afectado en un menor porcentaje se mantienen por debajo de la línea del rango normal, dato que no es elevado pero se debe tomar en cuenta para que el niño goce de un excelente crecimiento y desarrollo.

Esta propuesta que se presenta es educativa para evitar complicaciones en los niños al no recibir leche materna exclusiva hasta los seis meses y por el inicio precoz de la alimentación complementaria.

### **6.3. JUSTIFICACIÓN**

En los últimos años, los niños han tomado un aspecto muy importante en el desarrollo de la comunidad ya que son el futuro de la nación, pero a su vez la falta de conocimientos por parte de las madres adolescentes sobre la importancia de alimentar a sus hijos con leche materna exclusivamente hasta los 6 meses, ya que es el inicio de la alimentación complementaria, provocando una deficiencia en el estado nutricional del niño o niña.

Por tal razón se propone un Plan educativo dirigido a las madres adolescentes de los puestos de Andignato y la Florida que permitirá aclarar los conocimientos relacionados con la alimentación de sus niños.

Las madres deben saber que a los 6 meses, la leche materna no cubre las necesidades de energía y de algunos nutrientes por otra parte, estos niños tienen un grado de maduración suficiente y están preparados para alimentación complementaria en porciones pequeñas.

### **6.4. OBJETIVOS**

#### **6.4.1. Objetivo General**

- ✓ Capacitar a las madres adolescentes sobre la alimentación de los niños de acuerdo a su edad de los caseríos de Andignato y la Florida

#### **6.4.2. Objetivos Específicos**

- ✓ Promover la alimentación con leche materna desde su nacimiento hasta los 6 meses de manera exclusiva.
- ✓ Enseñar a las madres adolescentes sobre la alimentación que debe recibir su niño de acuerdo a la edad.
- ✓ Elaborar trípticos acerca de la lactancia materna y alimentación complementaria necesaria que debe recibir un niño.
- ✓ Evaluar el nivel de conocimientos adquirido por las madres.

#### **6.5. Análisis de Factibilidad**

**De carácter social** porque se trabajó con las personas de las comunidades en estudio, teniendo un contacto muy cercano con las mismas y así conocer cómo funcionan los Puestos de Salud y hogares de las madres adolescentes.

**Organizacional** ya que se ha trabajado de manera conjunta con las autoridades de los puestos de Andignato y la Florida y con la Universidad Técnica de Ambato que colaboró con los permisos necesarios para acudir a los Puestos de Salud y nos den apertura para trabajar

**Ambiental** debido a que fuimos nosotras mismas quienes hemos propiciado un ambiente adecuado para la ejecución de este estudio con la cooperación de los moradores de estos lugares. Además para la realización de esta propuesta contamos con el factor económico adecuado.

En lo referente a lo legal en el código de la niñez y la adolescencia en el Capítulo II “Derechos de supervivencia” menciona lo siguiente:

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

Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos.

## **6.6. Fundamentación Científico Técnico**

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento y desarrollo.

Deficiencias en el estado de salud físico y nutricional a menudo conllevan riesgos en el desarrollo infantil.

La alimentación en la primera infancia es en unión con el estímulo, un factor determinante de los mecanismos neurológicos que favorecen el aprendizaje, la salud y una conducta favorable a lo largo de la vida. Los sistemas inmunológicos y las tensiones son regulados por la alimentación en los primeros años de vida (UNICEF, 2006).

### **6.6.1. Leche Materna**

La leche materna es el mejor alimento para los bebés y les proporciona todos los nutrientes que necesitan durante los primeros 6 meses además de servir a las necesidades únicas del lactante humano.

La leche humana contiene sustancias inmunes y bioactivas que están ausentes en las fórmulas comerciales, que confieren al lactante protección frente a infecciones

bacterianas, víricas ayudando a la adaptación y la maduración intestinal del lactante.

Durante el primer año, la leche materna debe ser el principal alimento y es más importante, se debe tener presente que la misión de la alimentación complementaria es ofrecer energía y nutrientes adicionales para la alimentación del niño.

### **6.6.2. Tipos de leche materna**

La composición de la leche materna varía según la etapa de la lactancia. Debemos distinguir dentro de la leche materna al pre calostro, calostro, leche de transición y leche madura.

- ✓ **Calostro:** se secreta durante los primeros días luego del parto. Es un fluido espeso y amarillento debido a la alta concentración de beta carotenos, tiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas A, E, K, ácido siálico, colesterol y algunos minerales (sodio, hierro, zinc, azufre, potasio, manganeso, selenio) en comparación con la leche madura.

El calostro es fundamental para los primeros días del bebe, debido a alta cantidad de factores de defensa.

- ✓ **Leche de transición:** se produce ente el 4 y 15 días posparto.
- ✓ **Leche madura:** se produce a continuación de la leche de transición. Los principales componentes de la leche materna son: proteínas, agua, lactosa, grasa, minerales y vitaminas.

### **6.6.3. Alimentación Complementaria**

Alimentación complementaria es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.

#### **a) Introducción de Alimentos**

##### **✓ 6-7 meses**

**Estadio inicial:** al inicio tienen suficiente con una o dos cucharadas. Puede que al principio al lactante le cueste coger el alimento o no sepa moverlo hasta el final de su boca y se le caiga o lo escupa, esto es normal. Lo mejor es ofrecer purés de un solo alimento, sin azúcar ni sal como: patata cocida, arroz o cereales sin gluten diluidos con un poco de leche materna o con agua, una o dos veces al día y siempre después del pecho.

**Segundo estadio:** una vez que el niño aprende a comer con cuchara se introducen nuevos sabores y mayor variedad de alimentos, en forma de purés aplastados y semisólidos, que además le ayudaran a desarrollar su habilidad motora.

##### **✓ 8-11 meses**

La mayoría de los lactantes a esta edad son capaces de comer alimentos blandos que pueden coger por sí mismos, llevárselos a la boca (migas de pan, arroz, zanahoria cocida, trocitos de patata.) y masticarlos.

- Los vegetales deben cocerse para ablandarlos, las carnes trocearse y triturarse en puré no muy fino. Los derivados lácteos sin azúcar añadido pueden estar presentes en la dieta desde los 9 meses.

La lactancia materna debe continuar a demanda y si se ofrecen otros líquidos es preferible ofrecerlos en taza o vaso.

##### **✓ 12-23 meses**

La mayoría de los niños son capaces de comer casi los mismos tipos de comida que los demás adultos de su casa, teniendo en cuenta que precisan alimentos con alta densidad nutricional y que en esta etapa es tan necesario darle de comer como estimularle para que se autoalimente. Además el consumo de las comidas debe ser de tres a cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee.

#### **b) Consejos al momento de la alimentación**

- ✓ Dar de comer despacio con paciencia y animar al niño a comer, pero no forzar la alimentación.
- ✓ Si el niño rechaza muchos alimentos, experimentar con diferentes combinaciones de comida, sabores y texturas y métodos para animarle a comer.
- ✓ Minimizar las distracciones durante las comidas si el niño pierde el interés con facilidad.
- ✓ Recordar que el tiempo de la comida es un periodo de aprendizaje y amor, y hablar con el niño durante la comida estableciendo contacto visual.
- ✓ Es importante recordar que los niños comen despacio y necesitan que se les dedique tiempo extra, atención y ánimo y que los adultos que les ayudan deben armarse de paciencia. Siempre deben estar supervisados mientras comen.

#### **c) Preparación de los Alimentos**

Una adecuada higiene y manejo de los alimentos sobre todo entre grupos sociales o colectivos más desfavorecidos:

- ✓ Aseo de las manos del cuidador y del niño antes de preparar u ofrecer la comida.
- ✓ Almacenar en refrigerador o alimentar inmediatamente después de la preparación.
- ✓ Utilizar utensilios limpios para la preparación y la alimentación.
- ✓ Evitar el uso de biberones para ofrecer los alimentos complementarios.

**d) Inconvenientes de la introducción prematura de la alimentación complementaria**

- ✓ Interfiere con la alimentación al pecho en perjuicio de ésta.
- ✓ Puede producir alergia a determinados alimentos
- ✓ Conlleva un riesgo de trastornos de la regulación del apetito
- ✓ Puede contener constituyentes perjudiciales para lactantes pequeños
- ✓ Puede contener aditivos y contaminantes.

## 6.7. Plan Operativo

### Plan operativo de la propuesta

FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	PRESUPUESTO	RESPONSABLES
<b>Planificación</b>	1. Recolección de información acerca de lactancia materna y alimentación complementaria de los niños/as.	Consultar información clara y precisa para el público.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilización de libros, internet como medio de información</li> <li>Estudio del tema.</li> </ul>	Hojas \$5 Internet \$10 Tinta \$40 Copias \$6 Marcadores \$8 Cartulinas \$15 Impresiones \$20 Proyector \$40 Trípticos \$80 Caramelos \$5. Bocaditos \$25	JESSICA REA
	2. Elaboración de materiales de apoyo: <ul style="list-style-type: none"> <li>Trípticos</li> <li>Papelotes</li> <li>Diapositivas</li> </ul>	Preparar materiales acordes a la población para facilitar la comprensión del mismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sintetizar la información que se colocará en cada material.</li> <li>Realizar gráficos de la</li> </ul>		



			pirámide alimenticia		
	3. Conseguir lugar para charlas	Encontrar un lugar cómodo para impartir las charlas en un 100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de permiso.</li> <li>• Limpieza del lugar.</li> </ul>		
<b>Ejecución</b>	1. Charla educativa.	Lograr la comprensión de los temas expuestos en un 100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de carteles demostrativos.</li> <li>• Presentar diapositivas</li> <li>• Entrega de trípticos</li> </ul>		
	2. Tiempo de esparcimiento	Entretener a las madres para que no se cansen y pongan interés en los temas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas</li> <li>• Entrega de bocaditos</li> </ul>		

<b>Evaluación</b>	<b>1.</b> Devolución de los temas impartidos.	Recibir respuestas coherentes de acuerdo a las preguntas planteadas en un 80% positivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ronda de preguntas al público asistente.</li> </ul>		
	<b>2.</b> Valoración a los niños hijos de madres adolescentes luego de 3 meses	Disminución de la desnutrición leve y moderada en un 80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar a los niños y niñas</li> </ul>		

**Elaborado por: Jessica Rea**

### **6.8. Administración de la Propuesta**

La propuesta será administrada por la UTA y las estudiantes del VI Seminario de graduación de Enfermería en los Puestos de Salud de Andignato y la Florida.

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

El seguimiento y evaluación se lo ha realizado según lo establecido en modelo operativo, mediante valoraciones mensuales a los niños hijos de madres adolescentes por otro lado se examinara los resultados y se tomaran en cuenta las respectivas sugerencias para modificar la propuesta o mantenerla.

Además se realizara una socialización con el personal de salud acerca de los resultados en el cual se llega a la conclusión den brindarles charla educativa sobre la lactancia materna y la alimentación complementaria para evitar alteraciones dentro del crecimiento y desarrollo del niño.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍAS

- Díaz Gómez, N. M., Barroso. ( 2006). Sexualidad en adolescentes
- Issler, J., (2001). Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina N° 107, en su trabajo sobre “Embarazo en la Adolescencia”.
- López, D., y BENJUMEA, M. (2011) Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI, para ferropenia en niños. *Rev. salud pública* [online]. vol.13.
- Lowdermilk, D. (2008). Enfermería Materna Infantil. Edición 6ta, Edit. Océano, Barcelona.
- MSP. (2005). Manual de Normas Técnico Administrativas, Métodos y Procedimientos de Vacunación y Vigilancia Epidemiológica del Programa Ampliada de Inmunizaciones, Ecuador.
- Papalia, D., otros. (2005). Psicología del Desarrollo, Novena Edición, Mc Graw- Hill Interamericana. México DF. Pág. 435, 436
- Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría Filial. (2007). Embarazo en Adolescentes.
- Torres, E. (2007). “Breves Comentarios al Código de la Niñez y la Adolescencia”, Edición 1era, Ecuador.
- Velasco. M., otros. (2005). Manual de la Enfermería, CULTURAL S.A. Madrid – España.
- Zorrilla, S. (2008). Aspectos Socioeconómicos de la Problemática de México, Edición 6ta, Editorial Limusa, Pág. 62

## LINKOGRAFÍA

1. EL HOY, (2010). “Madres Adolescentes”. Recuperado el 10 de Marzo de 2014. Disponible en: [www.hoy.com.ec](http://www.hoy.com.ec)
2. Ecuador Inmediato. (2011). “En Ecuador dos de cada tres adolescentes sin educación están embarazadas”. Recuperado el 10 de Marzo de 2014. Disponible en: [www.ecuadorinmediato.com](http://www.ecuadorinmediato.com)
3. Arias, A. (2007). “Crecimiento y Desarrollo”. Recuperado el 10 de Marzo de 2014. Disponible en: [www.medicalargen.com](http://www.medicalargen.com).
4. Grogg, P. (2008), “Sexualidad temprana”. Recuperado el 10 de Marzo de 2014. Disponible en: [www.edualter.org/material/VHS-Sida/cuba.pdf](http://www.edualter.org/material/VHS-Sida/cuba.pdf)
5. Calderón, E. (2010) “Proyecto de vida para adolescentes. Recuperado el 10 de Marzo de 2014. Disponible en: [www.poyec.com](http://www.poyec.com)
6. INEC (2011). Jóvenes Embarazadas entre 12 a 20 años en el 2011 en Tungurahua. Recuperado el 10 de Marzo de 2014. Disponible en: [www.inec.ec](http://www.inec.ec)
7. León, P. (2013). Revista Pediátrica Electrónica, “Embarazo Adolescente”. Recuperado el 10 de Marzo de 2014. Disponible en: [www.revistapediatria.cl](http://www.revistapediatria.cl)
8. Hernández, Aguilar. (2006). Alimentación Complementaria En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid. Recuperado el 10 de Marzo de 2014. Disponible en: [www.aepap.org](http://www.aepap.org)
9. Ministerio de Salud Pública. (2012). “Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia”. Recuperado el 10 de Marzo de 2014. Disponible en: <http://www.maternidadgratuita.gob.ec>
10. Zubarew, T. (2007). Sexualidad y embarazo. Recuperado el 10 de Marzo de 2014. Disponible en: [www.escuela.med.puc](http://www.escuela.med.puc)
11. LA HORA, (2010). Embarazos adolescentes en aumento”. Recuperado el 10 de Marzo de 2014. Disponible en: [www.lahora.com](http://www.lahora.com)
12. Mena. W. (2011). El Embarazo Precoz. Recuperado el 10 de Marzo de 2014.

[www.utchvirtual.net/recursos\\_didacticos/documentos/salud/embarazo-precoz.pdf](http://www.utchvirtual.net/recursos_didacticos/documentos/salud/embarazo-precoz.pdf)

- 13.** Metro Ecuador. (2010). Ecuador con altos índices de embarazos jóvenes”. Recuperado el 10 de Marzo de 2014. Disponible en: [www.metroecuador.com.ec](http://www.metroecuador.com.ec)
- 14.** Pérez, T. (2009). Medidas Antropométricas. Recuperado el 10 de Marzo de 2014. Disponible en: [www.medline.plus](http://www.medline.plus)
- 15.** Rojas, M.I. (2011). Aspectos Prácticos de la Antropometría Pediátrica. Recuperado el 10 de Marzo de 2014. Disponible en: [www.antropimetrias.org](http://www.antropimetrias.org)
- 16.** Sola, B. (2011). Consecuencias de un embarazo. Recuperado el 10 de Marzo de 2014. Disponible en: [www.esmas.com](http://www.esmas.com)
- 17.** Zea, J. (2009). Complicaciones obstétricas en adolescente atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital José María Velasco Ibarra, Riobamba- Ecuador, 2009. Recuperado el 10 de Marzo de 2014. Disponible en: [www.esmas.com](http://www.esmas.com)

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS DE UTA

**EBRARY:** Andrade Kujundzic, T., Velasco Cardona, D. (2007). Alteraciones motoras en niños menores de tres años con Apagar bajo Editorial: Institución Universitaria Fundación Escuela Colombiana de Rehabilitación Ubicación: Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10156669&p00=crecimiento%20desarrollo%20del%20ni%C3%B1o%20-2%20a%C3%B1os> 1 <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10609446&p00=madres+adolescentes>

**EBRARY:** Casassas, R., Campos, C. (2009). Cuidados básicos del niño y del enfermo (3a. ed.) Editorial: Editorial ebooks Patagonia - Ediciones Universidad Católica de Chile Ubicación: Chile Número de clasificación de la Biblioteca del Congreso: eISBN: 9789561410411 Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10559612&p00=crecimiento+y+desarrollo+del+ni%C3%B1o+de+0-2+a%C3%B1o>

**EBRARY:** Navarro Estrella, M. (2006). Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras Páginas: 11 Editorial: Red Salud Pública de México Ubicación: México Número de clasificación de la Biblioteca del Congreso: eISBN: Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10168488&p00=lactancia+materna> 0

**EBRARY:** Climent, G. (2009). La maternidad adolescente, una expresión de la cuestión social: el interjuego entre la exclusión social, la construcción de la subjetividad y las públicas Páginas: 19 Editorial: Red Revista Argentina de Sociología Ubicación: Argentina Disponible en:

<http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10286553&p00=madr e+adolescente>

**EBRARY:** Galarza León, R. (2011). Crecimiento del niño: fundamentos fisiopatológicos Páginas: 278 Edito Número de clasificación de la Biblioteca del Congreso: RJ131 -- G146 1998eb eISBN: 9781615029082 Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10479496&p00=alter aciones%20del%20crecimiento%20ni%C3%B1o>

**EBRARY:** Moreno Esteban, B., Tresguerres Hernández, J. (2008). Retrasos del crecimiento (2a. ed.) Páginas: 458 Editorial: Ediciones Díaz de Santos Ubicación: España Número de clasificación de la Biblioteca del Congreso: QP187 -- M843 1996ebeb eISBN: Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10234608&p00=alter aciones+del+crecimiento+en+el+ni%C3%B1o>



# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

### FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### CARRERA DE ENFERMERÍA

### SEMINARIO DE GRADUACIÓN

### FICHAS DE DATOS PARA LAS HISTORIAS CLINICAS DELAS MADRES ADOLESCENTES

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

Nombre de la Unidad Operativa	Ficha N°
Consolidación de datos Estadísticos	
Nombre Madre	Historia Clínica N°
Edad:	
Edad de inicio de relaciones sexuales:	
Estado civil:	
Nivel de Educación:	
Características Socioculturales:	
Tipos de Servicios Básicos:	
<b>Evaluación del Embarazo</b>	
N° de Controles:	
Edad Gestacional en el 1° control medico:	
N° de Ecos:	
Exámenes de Laboratorio:	
Semanas de Gestación al momento del Parto:	
<b>Complicaciones durante el embarazo</b>	
Tipos de Complicaciones:	
<b>Parto</b>	
Vía de Parto:	
Lugar del Parto:	
Utilización de métodos anticonceptivos de las Madres Adolescentes:	

## ANEXO II

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

#### CARRERA DE ENFERMERÍA

#### SEMINARIO DE GRADUACIÓN



#### FICHAS DE DATOS PARA LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS NIÑOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES

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

Nº de Historia Clínica:	Edad:	Ficha Nº:
Nº de Controles:	Intervalo de los Controles:	
<b>Evaluación del Desarrollo</b>		
Denver ( )	Aldrich y Norvan ( )	Barrera-Moncada ( )
Ninguno ( )		
Relación Edad/Desarrollo:		
Apgar al Nacer:		
<b>Evaluación del Crecimiento</b>		
Relación Edad/Peso		
Relación Edad/Talla:		
Perímetro cefálico:		
Esquema de Vacunación para la edad		
Enfermedades Prevalentes:		
Malformaciones:		

## ANEXO III









### CHARLA EDUCATIVA

<b>LACTANCIA MATERNA</b>	<b>¿Cuáles son los tipos de leche maternal?</b>	<b>Posición correcta para alimentar al bebe</b>
<p data-bbox="300 454 496 488"><b>Introducción:</b></p> <p data-bbox="300 510 751 656">Es la alimentación con leche del seno de la madre importante en los 6 primeros meses</p>  <p data-bbox="300 1077 719 1111"><b>¿Qué es la lactancia materna?</b></p> <p data-bbox="300 1133 751 1328">Es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables</p>	<p data-bbox="774 618 1027 925">✓ <b>Calostro.-</b> se secreta durante los primeros días luego del parto es de color amarillo</p> <p data-bbox="774 987 1027 1245">✓ <b>Leche de transición.-</b> se produce ente el 4 y 15 día posparto.</p> <p data-bbox="774 1263 1027 1570">✓ <b>Leche madura.-</b> se produce a continuación de la leche de transición.</p> <p data-bbox="820 1592 1027 2063">Los principales componentes de la leche materna son: proteínas, agua, lactosa, grasa, minerales y vitaminas.</p> <p data-bbox="810 2074 863 2107"><b>108</b></p>	<p data-bbox="1050 510 1362 705">Una buena posición es aquella en la que tanto la madre y el niño están cómodos.</p> <ul data-bbox="1086 786 1362 1368" style="list-style-type: none"><li>✓ Espalda correcta</li><li>✓ Hombros cómodos y relajados</li><li>✓ Acercar al bebe a la madre y no lo contrario</li><li>✓ Colocar al bebe frente a la madre barriga con barriga</li></ul> 

**ANEXO III  
CHARLA EDUCATIVA**

<p><b>Tipo de conservación</b></p> <p>✓ A temperatura ambiente hasta 10 horas.</p>  <p>✓ En el refrigerador de 4 a 8 horas.</p>  <p>7 a 2 horas.</p> <p>✓ En el congelador hasta 6 meses, en un recipiente plástico.</p>	<p><b>Consejos importantes</b></p> <p>✓ No utilices biberones reemplázalos con una cuchara.</p>  <p>✓ Lavar los senos antes y después de cada alimentación.</p> <p>✓ Alimenta a tu niño de los senos alternativamente.</p> <p>✓ Bríndale cariño durante la lactancia.</p> 	<p align="center"><b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA.</b></p> <p align="center"><b>Tema: Lactancia Materna</b></p>  <p><b>Equipo responsables:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Jessika Rea</b></li> <li>• <b>Equipo de salud.</b></li> <li>• <b>Presidente de la comunidad</b></li> </ul> <p align="center"><b>Año 2012</b></p>
--	--	--

**ANEXO IV**  
**ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

<p style="text-align: center;"><b>Alimentación Complementaria</b> <b>Introducción:</b></p> <p>Alimentación complementaria es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna</p> 	<p style="text-align: center;"><b>¿A qué edad se debe iniciar la alimentación complementaria?</b></p> <p>Es importante iniciar la alimentación a los 6 meses porque a esta edad la función digestiva de la mayoría de lactantes es casi totalmente madura.</p>  	<p style="text-align: center;"><b>Alimentos que debe ofrecer a los niños</b></p> <p>✓ <b>6 a 7 meses</b> Ofrecer una comida al día como papilla (papas, zapallo, zanahoria con pollo, hígado)</p>   <p><b>8 a 9 meses</b> Ofrecer dos comidas al día</p> <p><b>Hortalizas:</b> acelga, tomate sin piel.</p>   <p><b>Frutas:</b> naranja, mandarina.</p> <p><b>Carnes y huevos:</b> pescado y yema de huevo</p>  <p><b>Queso:</b> blando y semiduro.</p> <p>✓ <b>10 a 12 meses</b> Introducir el resto de hortalizas Huevo entero</p>
---	--	---

<p><b>Desventajas del inicio precoz de la alimentación complementaria</b></p> <p>Puede producir en los niños:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alergia alimentaria</li> <li>✓ S</li> <li>o</li> <li>b</li> </ul>   <p>rec arg a de sol</p> <p>utos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mayor riesgo de infecciones</li> <li>✓ Mayor gusto por el azúcar y la sal.</li> </ul>	<p><b>Consejos para la preparación de los alimentos y el momento de alimentarlo</b></p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lavarse las manos.</li> <li>✓ Alimentar al niño inmediatamente luego de la preparación.</li> <li>✓ Utilizar utensilios limpios para la preparación y la alimentación.</li> <li>✓ Evitar el uso de biberones para ofrecer los alimentos complementarios.</li> <li>✓ Alimentar al niño con paciencia ya que comen despacio.</li> <li>✓ Minimizar las distracciones al momento de la comida.</li> </ul> 	<p><b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA.</b></p> <p><b>Tema: Alimentación Complementaria</b></p>  <p><b>Equipo responsables:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Jessika Rea</b></li> <li>• <b>Equipo de salud.</b></li> <li>• <b>Presidente de la comunidad</b></li> </ul> <p><b>Año 2012</b></p>
--	--	--

ANEXO V

Esquema de vacunación

GRUPOS DE EDAD	VACUNA	TOTAL DOSIS	DOSIS RECOMENDADA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN					
					NUMERO DE DOSIS			REFUERZOS		
					1ra: Dosis	2da. Dosis	3ra. Dosis	1er. Refuerzo	2do. Refuerzo	3er. Refuerzo
MENORES DE UN AÑO	BCG	1	*0,05 ml	I.D	R.N					
	HB( Amazonía)	1	0,05 ml	I.M	R.N					
	Rotavirus	2	1 ml	V.O	2 m.	4 m.				
	OPV	3	2 Gts	V.O	2 m.	4 m.	6 m.			
	Pentavalente (DPT+HB+Hib)	3	0,5 ml	I.M	2 m.	4 m.	6 m.			
	Neumococo Conjugada	2	0,5 ml	I.M	2 m.	4 m.				
	S R	1	0,5 ml	S.C			6 m.			
	Influenza Pediátrica	2	0,5 ml	I.M			6 m.	Al mes de la 1ra. Dosis	Solo en Campaña.	
12 a 23 meses	DPT	1	0,5 ml	I.M				1 año después de la 3ra. Dosis de Penta.		
	OPV	1	2 Gts	V.O				1 año después de la 3ra.		
	Neumococo Conjugada	1	0,5 ml	I.M				1 año de Edad		
	SRP	1	0,5 ml	S.C	Dosis Única					
	VARICELA	1	0,5 ml	S.C	Dosis Única					
	Fiebre Amarilla	1	0,5 ml	S.C	1 er. Contacto			Cada 10 años		
	Influenza Pediátrica	1	0,5 ml	I.M	Solo en Campaña.					



## ANEXO VI

**Cuadro referencial al peso, talla y perímetro cefálico del niño**

NIÑOS	PESO MEDIO	TALLA	P. CRANEAL
Recien nacido	3,4 kg	50,3 cm	34,8 cm
3 meses	6,2 kg	60 cm	41,2 cm
6 meses	8 kg	67 cm	44 cm
9 meses	9,2 kg	72 cm	46 cm
12 meses	10,2 kg	76 cm	47,3 cm
15 meses	11,1 kg	79 cm	48 cm
18 meses	11,8 kg	82,5 cm	48,7 cm
2 años	12,9 kg	88 cm	49,6 cm
3 años	15,1 kg	96,5 cm	-

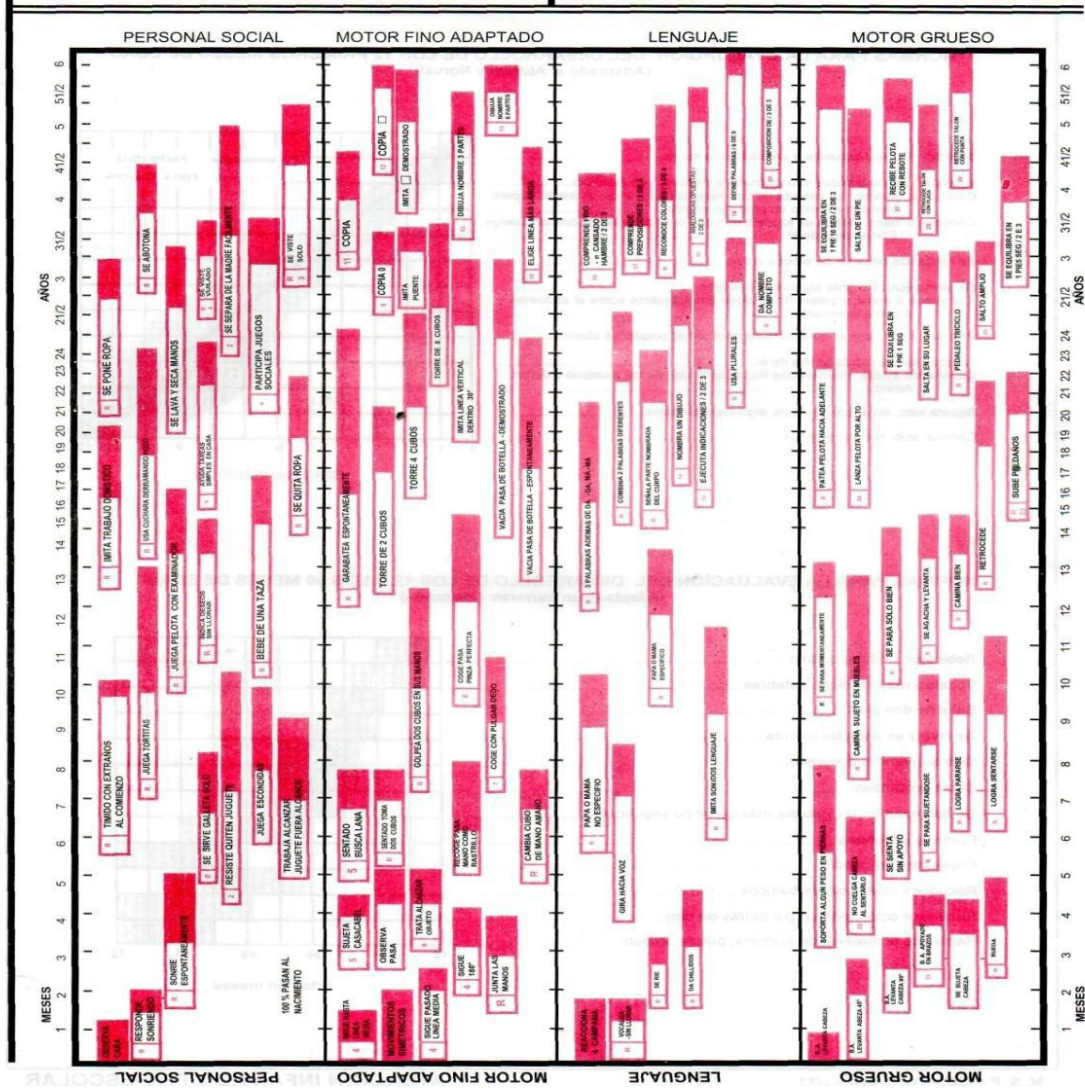
ANEXO VII

Test de Denver

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	N.º. HISTORIA CLINICA UNICA
------------------	---------	---------	-----------------------------

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

EL "DENVER" EXAMEN DEL DESARROLLO DEL NIÑO



## ANEXO VIII



