



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

**VI SEMINARIO DE GRADUACIÓN**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**

**“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD, EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PRESIDENTE URBINA Y EN EL HOSPITAL DEL CANTÓN PÍLLARO PROVINCIA DE TUNGURAHUA, EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”.**

Requisito previo para optar por el título de Licenciada en Enfermería

Autora: Moya Moya, Mayra Susana

Tutor: Lic. Miño Acurio, Carlos Javier

Ambato – Ecuador

Octubre 2013

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de Tutor del trabajo de investigación sobre el tema:

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PRESIDENTE URBINA Y EN EL HOSPITAL DEL CANTÓN PÍLLARO PROVINCIA DE TUNGURAHUA, EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”, de Mayra Susana Moya Moya, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo del 2013

EL TUTOR

.....  
Lic. Carlos Miño

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PRESIDENTE URBINA Y EN EL HOSPITAL DEL CANTÓN PÍLLARO PROVINCIA DE TUNGURAHUA ,EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Mayo del 2013

LA AUTORA

.....

Mayra Susana Moya Moya

## **DERECHOS DE AUTOR**

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

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

Ambato, Mayo del 2013

LA AUTORA

.....  
Mayra Susana Moya Moya

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los Miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: “MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PRESIDENTE URBINA Y EN EL HOSPITAL DEL CANTÓN PÍLLARO PROVINCIA DE TUNGURAHUA, EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”, de Mayra Susana Moya Moya, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Octubre del 2013

---

PRESIDENTE/A

---

PRIMER VOCAL

---

SEGUNDO VOCAL

## **DEDICATORIA**

Dedico mi tesis:

A Dios por mostrarme día a día que con humildad, Paciencia y sabiduría todo es posible.

A mi padre, a pesar de nuestra distancia siento que está conmigo siempre, y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí.

A mi familia que con su amor. Apoyo y comprensión incondicional estuvieron siempre a lo largo de mi vida estudiantil; a ellos que siempre tuvieron una palabra de aliento en los momentos difíciles.

Mayra Moya

## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecer a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, A LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

A mi Tutor de tesis, el Lic. Carlos Miño por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mi investigación.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi Carrera estudiantil y profesional.

Mayra Moya

## ÍNDICE GENERAL

| <b>Contenido</b>                      | <b>Pág.</b> |
|---------------------------------------|-------------|
| Portada.....                          | i           |
| Aprobación Del Tutor .....            | ii          |
| Autoría Del Trabajo De Grado.....     | iii         |
| Derechos De Autor.....                | iv          |
| Aprobación Del Jurado Examinador..... | v           |
| Dedicatoria.....                      | vii         |
| Agradecimiento.....                   | vii         |
| Índice General.....                   | viii        |
| Índice De Gráficos .....              | xiii        |
| Índice De Tablas.....                 | xiv         |
| Resumen.....                          | xvi         |
| Summary.....                          | xvii        |
| Introducción.....                     | 1           |

### CAPÍTULO I

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 1.1.Tema.....                        | 3  |
| 1.2.Planteamiento Del Problema ..... | 3  |
| 1.2.1. Contextualización .....       | 3  |
| 1.2.1.1 Macro.....                   | 3  |
| 1.2.1.2 Meso .....                   | 6  |
| 1.2.1.3 Micro .....                  | 8  |
| 1.2.2.Árbol De Problemas.....        | 13 |
| 1.2.3 Análisis Crítico.....          | 13 |
| 1.2.4 Prognosis .....                | 15 |
| 1.2.5 Formulación Del Problema ..... | 15 |
| 1.2.6 Preguntas Directrices .....    | 16 |
| 1.2.7 Delimitación Del Problema..... | 16 |
| 1.3 Justificación.....               | 17 |
| 1.4 Objetivos.....                   | 19 |
| 1.4.1 Objetivo General.....          | 19 |
| 1.4.2 Objetivos Específicos .....    | 19 |

## CAPÍTULO II

|   |    |
|---|----|
| Marco Teórico.....  | 20 |
| 2.1. Investigaciones Previas .....  | 20 |
| 2.2. Fundamentación Filosófica .....  | 22 |
| 2.3. Fundamentación Legal .....   | 22 |
| 2.4 Fundamentación científica.....  | 28 |
| 2.4.1 Embarazo En La Adolescencia .....   | 28 |
| 2.4.1.1 Consideraciones Psicosociales Para El Aumento De Los Embarazos<br>En Adolescentes:..... | 30 |
| 2.4.1.2 Factores Pre Disponentes.....   | 31 |
| 2.4.1.3 Consecuencias De La Maternidad- Paternidad Adolescente .....                            | 32 |
| 2.4.1.4 La Familia .....  | 33 |
| 2.4.1.5 Tipos De Familias .....   | 34 |
| 2.5.2 Adolescencia.....   | 35 |
| 2.5.2.1 Sexualidad Y Educación Sexual.....  | 37 |
| 2.5.2.2 Cambios En La Adolescencia.....   | 39 |
| 2.5.2.3 Mujeres .....   | 39 |
| 2.5.2.4 Varones .....   | 40 |
| 2.5.2.5 Crecimiento Y Desarrollo Del Adolescente .....  | 41 |
| 2.5.2.6 Altura: El Estirón De La Adolescencia .....   | 42 |
| 2.5.3 Otros Cambios Físicos .....   | 43 |
| 2.5.3.1 Peso.....   | 43 |
| 2.5.3.2 Grasa Corporal.....   | 43 |
| 2.5.3.3 Cabeza .....  | 44 |
| 2.5.3.4 Crecimiento Muscular .....  | 45 |
| 2.5.3.5 Dentición .....   | 45 |
| 2.5.4 Crecimiento Y Desarrollo Del Niño .....   | 45 |
| 2.5.4.1 Crecimiento .....   | 47 |
| 2.5.4.2 Maduración.....   | 47 |
| 2.5.4.3 Aprendizaje.....  | 47 |
| 2.5.5 Importancia De Los Primeros Años En El Crecimiento Humano. ....                           | 48 |
| 2.5.5.1 Factores Que Incluyen En El Crecimiento Y Desarrollo.....                               | 48 |

|  |    |
|--|----|
| 2.5.6 Desarrollo: .....  | 50 |
| 2.5.6.1 Características Del Crecimiento Infantil. ....           | 55 |
| 2.5.7 Malnutrición.....  | 58 |
| 2.5.7.1 Causas De La Malnutrición .....                          | 59 |
| 2.5.7.2 Pobreza Y Precio De Los Alimentos .....                  | 59 |
| 2.5.7.3 Prácticas Alimenticias .....                             | 60 |
| 2.5.7.4 Factores.....  | 60 |
| 2.5.7.5 La Desnutrición .....                                    | 61 |
| 2.5.7.6 Consecuencias: .....                                     | 61 |
| 2.5.7.7 Causas .....   | 62 |
| 2.5.7.8 Síntomas .....   | 62 |
| 2.5.7.9 Prevención .....   | 63 |
| 2.5.8. Alimentación Sana:.....                                   | 63 |
| 2.5.8.1 Lactancia Materna .....                                  | 64 |
| 2.5.8.2 Alimentación Complementaria.....                         | 66 |
| 2.5.8.3 Causas .....   | 67 |
| 2.5.8.4 Síntomas .....   | 68 |
| 2.5.9 Micronutrientes En Polvo (Sprinkles O Chis Paz) .....      | 68 |
| 2.5.9.1 Procedimiento .....                                      | 70 |
| 2.5.9.2 Ventajas .....   | 70 |
| 2.5.9.3 Efectos Secundarios.....                                 | 71 |
| 2.5.9.4 Vitamina A .....   | 71 |
| 2.5.9.5 Esquema De Administración De La Vitamina A .....         | 72 |
| 2.5.9.6 Ventajas .....   | 72 |
| 2.5.9.7 Efectos Secundarios.....                                 | 73 |
| 2.5.10 Medidas Antropométricas.....                              | 73 |
| 2.5.11 Test De Denver .....                                      | 75 |
| 2.5.11.1 Cuatro Categorías De Análisis Del Test De Denver: ..... | 76 |
| 2.5.12 Inmunizaciones .....                                      | 77 |
| 2.5.12.1 Vías De Administración .....                            | 77 |
| 2.5.12.2 Vacuna Ideal .....                                      | 78 |
| 2.5.12.3 Efectos Secundarios.....                                | 78 |

|   |     |
|---|-----|
| 2.6. Hipótesis .....  | 80  |
| 2.6.1 Variables De La Hipótesis .....   | 80  |
| 2.6.1.1 Variable Independiente .....  | 80  |
| 2.6.1.2 Variable Dependiente .....  | 80  |
| <b>CAPÍTULO III</b>   |     |
| Marco Metodológico .....  | 81  |
| 3.1. Enfoque.....   | 81  |
| 3.2. Modalidad Básica De La Investigación.....  | 81  |
| 3.3. Nivel O Tipo De Investigación.....   | 82  |
| 3.4. Población .....  | 83  |
| 3.5. Muestra .....  | 83  |
| 3.6. Técnicas E Instrumentos.....   | 84  |
| 3.7. Operacionalización De Variables .....  | 84  |
| 3.8. Operacionalización De Variables .....  | 85  |
| 3.9. Plan De Recolección De La Información .....  | 89  |
| 3.10. Plan De Procesamiento De La Información .....   | 90  |
| <b>CAPITULO IV</b>  |     |
| Análisis E Interpretación De Resultados .....   | 91  |
| 4.1. Encuesta Dirigida A Las Madres Adolescentes Que Acuden Al Sub Centro De Salud De La Parroquia Presidente Urbina Y Al Hospital Del Cantón Píllaro. .... | 91  |
| 4.2 Comprobación De La Hipótesis .....  | 110 |
| <b>CAPITULO V</b>   |     |
| Conclusiones Y Recomendaciones .....  | 112 |
| 5.1 Conclusiones: .....   | 112 |
| 5.2 Recomendaciones .....   | 113 |
| <b>CAPÍTULO VI</b>  |     |
| Propuesta.....  | 115 |
| 6.1. Datos Informativos .....   | 115 |
| 6.2. Antecedentes.....  | 115 |
| 6.3. Justificación.....   | 116 |
| 6.4. Objetivos.....   | 117 |

|  |     |
|--|-----|
| 6.4.1. Objetivo General.....                               | 117 |
| 6.4.2. Objetivos Específicos .....                         | 117 |
| 6.5. Análisis De Factibilidad .....                        | 118 |
| 6.6. Fundamentación Científico Técnica.....                | 119 |
| 6.7. Modelo Operativo.....                                 | 122 |
| 6.8 Desarrollo De La Propuesta.....                        | 123 |
| 6.8.1 Desarrollo.....                                      | 123 |
| 6.8.1.2 Planificación Familiar.....                        | 123 |
| 6.8.1.3 Los Métodos Anticonceptivos .....                  | 124 |
| 6.8.1.4 Clasificación De Los Métodos Anticonceptivos ..... | 124 |
| 6.9. Recursos .....  | 155 |
| 6.10. Presupuesto.....                                     | 155 |
| 6.11. Cronograma .....                                     | 156 |
| 7.- Referencias Bibliográficas.....                        | 157 |
| Bibliografía.....  | 157 |
| Linkografía .....  | 157 |
| Citas Bibliográficas - Base De Datos UTA.....              | 159 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

| <b>Contenido</b>  | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| Gráfico #: 1 Categorías Fundamentales .....                               | 27          |
| Gráfico #: 2 Nivel de Educación .....                                     | 91          |
| Gráfico #: 3 Edad al convertirse en Madre .....                           | 92          |
| Gráfico #: 4 Tipo de Parto.....   | 93          |
| Gráfico #: 5 Afectó su Ámbito Familiar .....                              | 94          |
| Gráfico #: 6 Edad en que se alimento solo con leche materna.....          | 95          |
| Gráfico #: 7 Frecuencia que lleva a su niño al control médico.....        | 96          |
| Gráfico #: 8 Cumple con el Esquema de Vacunación.....                     | 97          |
| Gráfico #: 9 Estado Civil.....  | 98          |
| Gráfico #: 10 Controles prenatales asistió .....                          | 99          |
| Gráfico #: 11 Relación Sexual .....                                       | 100         |
| Gráfico #: 12 Que Actividad se Debería Implementar.....                   | 101         |
| Gráfico #: 13 Enfermedades Prevalentes .....                              | 102         |
| Gráfico #: 14 Tipo de Educación Sobre el Cuidado de su Hijo .....         | 103         |
| Gráfico #: 15 Cuánto hijo tiene.....                                      | 104         |
| Gráfico #: 16 Complicaciones durante el embarazo .....                    | 105         |
| Gráfico #: 17 Edad gestacional .....                                      | 106         |
| Gráfico #: 18 Aspectos que se han visto afectados por su maternidad ..... | 107         |
| Gráfico #: 19 Test de Denver .....  | 108         |
| Gráfico #: 20 Actitud que tomo la gente.....                              | 109         |

## ÍNDICE DE TABLAS

| <b>Contenido</b>   | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| Tabla #: 1 Árbol de Problemas.....   | 13          |
| Tabla #: 2 Peso Niñas.....   | 74          |
| Tabla #: 3 Talla Niñas .....   | 75          |
| Tabla #: 4 Esquema de Vacunacion .....   | 79          |
| Tabla #: 5 Población.....  | 83          |
| Tabla #: 6 Operacionalización Variable independiente: Madre adolescente .....              | 85          |
| Tabla #: 7 Operacionalización Variable dependiente: Crecimiento y desarrollo del niño..... | 87          |
| Tabla #: 8 Plan de recolección de Datos .....  | 89          |
| Tabla #: 9 Nivel de Educación .....  | 91          |
| Tabla #: 10 Edad al convertirse en Madre .....   | 92          |
| Tabla #: 11 Tipo de Parto.....   | 93          |
| Tabla #: 12 Afectó su Ámbito Familiar .....  | 94          |
| Tabla #: 13 Edad en que se alimento solo con leche materna.....                            | 95          |
| Tabla #: 14 Frecuencia que lleva a su niño al control médico .....                         | 96          |
| Tabla #: 15 Cumple con el Esquema de Vacunación.....                                       | 97          |
| Tabla #: 16 Estado Civil.....  | 98          |
| Tabla #: 17 Controles prenatales.....  | 99          |
| Tabla #: 18 Relación Sexual .....  | 100         |
| Tabla #: 19 Que Actividad se Debería Implementar.....                                      | 101         |
| Tabla #: 20 Enfermedades Prevalentes .....   | 102         |
| Tabla #: 21 Tipo de Educación Sobre el Cuidado de su Hijo .....                            | 103         |
| Tabla #: 22 Cuántos hijos tiene.....   | 104         |
| Tabla #: 23 Complicaciones durante el embarazo .....                                       | 105         |
| Tabla #: 24 Edad gestacional .....   | 106         |
| Tabla #: 25 Aspectos que se han visto afectados por su maternidad .....                    | 107         |
| Tabla #: 26 Test de Denver .....   | 108         |
| Tabla #: 27 Actitud que tomo la gente .....  | 109         |
| Tabla #: 28 Comprobación de Hipótesis.....   | 110         |

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| Tabla #: 29 Modelo Operativo ..... | 122 |
| Tabla #: 30 Presupuesto .....      | 155 |
| Tabla #: 31 Cronograma.....        | 156 |

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

**"MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUB CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PRESIDENTE URBINA Y EN EL HOSPITAL DEL CANTÓN PÍLLARO PROVINCIA DE TUNGURAHUA, EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012."**

**Autora:** Moya Moya, Mayra Susana

**Tutor:** Lic. Miño Acurio, Carlos Javier.

**Fecha.:** Mayo, del 2013

### **RESUMEN**

El presente trabajo investigativo tuvo como finalidad determinar la relación que existe en ser madre adolescente con las alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño en el Sub Centro de Salud de la Parroquia Presidente Urbina y en el Hospital del Cantón Píllaro durante los meses de junio a noviembre del 2012, para lo cual se utilizó la modalidad de investigación bibliográfica — documental para la elaboración del marco teórico; de campo para la contextualización del problema y recolección de información de primera mano relacionada al tema de investigación.

Bajo un enfoque crítico propositivo se pudo determinar que el ser madre adolescente no tiene relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Sub Centro de Salud de la Parroquia Presidente Urbina y en el Hospital del Cantón Píllaro, según los resultados de la encuesta realizada la mayoría de madres adolescentes respondieron que tienen un nivel de educación primario, la edad al convertirse en madre fue de 17 — 19 años, el tipo de parto fue normal y cesárea, si ha sido afectado su ámbito familiar, alimentaron a sus hijos con leche materna hasta los 6 meses de edad, llevan cada 3 meses al control del niño, cumplen con el esquema de vacunación, son solteras.

**PALABRAS CLAVES:** MADRE\_ ADOLESCENTE, CRECIMIENTO, DESARROLLO.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
NURSING CAREER

**"ADOLESCENT MOTHERS AND ITS RELATIONSHIP WITH GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN FROM 0 TO 2 YEARS 6 MONTHS OLD IN SUB CENTER PARISH PRESIDENT'S HEALTH AND HOSPITAL URBINA CANTON TUNGURAHUA Píllaro Province, IN THE PERIOD 23 JUNE AL 23 NOVEMBER 2012."**

**Author:** Moya Moya, Susana Mayra

**Tutor:** Mr. Minho Acurio, Carlos Javier.

**Date:** May, 2013

**SUMMARY**

This research work was aimed at determining the relationship in teenage pregnancy with the alterations in the growth and development of children in Sub Health Centre Parish President Urbina and Píllaro Canton Hospital during the months of June to November 2012, for which we used the method of literature review - documentary theoretical framework development; contextualization field for the problem and gathering first hand information related to the research topic.

Under a proactive critical approach it was determined that the teenage pregnancy is not related to the growth and development of children from 0-2 years 6 months old at the Sub Health Centre Parish President Urbina and Canton Hospital Píllaro , according to the results of the survey most respondents teenage mothers who have a primary education level, age at becoming a mother was 17-19 years, the rate of cesarean delivery was normal and if your area has been affected family, their children fed breast milk until 6 months of age, every three months leading to the control of the child, meet the vaccination, are single.

**KEY WORDS:** TEEN\_ MOTHER, GROWTH, DEVELOPMENT.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en una preocupación general de la sociedad, siendo un problema a nivel mundial, sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer; es también una preocupación médica importante derivada de la conducta sexual de las jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de métodos anticonceptivos, e implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos a la muerte.

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

Así mismo las madres adolescentes muy jóvenes emocionalmente no están preparadas para criar a un recién nacido, considerando una población de riesgo.

Resulta alarmante saber que casi la tercera parte de embarazos en el mundo no son deseados y que gran parte de estos son de adolescentes. A pesar de ello y de conocerse que los adolescentes no planifican la familia, aún existen criterios erróneos en relación con el uso de los métodos anticonceptivos en esas edades que favorecen a la relación sexual y la promiscuidad.

Todo esto trae consigo que en esta etapa de la vida se considera a la adolescencia como uno de los sectores de población con elevado riesgo reproductivo. Se necesita encaminar mejor la educación sexual para lograr la prevención del

embarazo en la adolescencia y así una correcta planificación familiar, por estas razones se considera que el embarazo en la adolescencia es un riesgo elevado siendo necesario el desarrollo de una política de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria que encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etario garantizando un mejor pronóstico de vida tanto para la madre como para el hijo.

Esta investigación se llevó a cabo en el Subcentro de Salud de la Parroquia Presidente Urbina y en el Hospital del Cantón Píllaro con la autorización pertinente para recoger información mediante la encuesta.

# **CAPÍTULO I**

## **1.1.TEMA**

“Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Subcentro de Salud de la Parroquia Presidente Urbina y en el Hospital del cantón Píllaro Provincia de Tungurahua, en el período 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012”.

## **1.2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Contextualización**

#### **1.2.1.1Macro**

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

Se estiman que cada año dan a luz en todo el mundo alrededor de 16

millones de jóvenes entre 15 y 19 años, esto representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados en el mundo, siendo estos embarazos involuntarios, inoportunos y no deseados y otras dos millones menores de 15 años, el 95% en países de medianos y bajos ingresos, muestran como una de cada cinco mujeres ha dado a luz a los 18 años, aunque en las regiones más pobres del mundo la cifra se eleva a más de una de cada tres mujeres, se ha detectado que hay varios factores que contribuyen a estos nacimientos.

Por un lado, reconoce que en muchas sociedades las niñas pueden estar bajo presión para casarse y tener hijos pronto, mientras que también hay casos en que se limita su educación, y por tanto, sus perspectivas de empleo. De hecho, en los países de bajos y medianos ingresos más del 30% de las niñas se casa antes de los 18 años de edad y alrededor del 14% antes de los 15 años. Además, las adolescentes casadas tienen más probabilidades de quedarse embarazadas y dar a luz, de acuerdo con las normas sociales. La educación, por otra parte, también es un importante factor de protección para el embarazo temprano, ya que cuantos más años de escolaridad menos probabilidad de embarazos tempranos. Igualmente, las tasas de natalidad entre las mujeres con bajo nivel educativo son más altas que para las que tienen educación secundaria o terciaria. También alerta de que hay algunos adolescentes que no saben cómo evitar el embarazo y, si lo saben, no tienen acceso a métodos anticonceptivos.

Permitir el acceso a las mujeres a la planificación familiar de manera que puedan retrasar la concepción por lo menos tres años después de haber dado a luz reduce el riesgo de complicaciones para la madre y el niño, y puede salvar hasta 1.8 millones de vidas cada año. Pero la realidad indica que cerca de 222 millones de mujeres de todo el mundo que no desean quedarse embarazadas, no tiene acceso a la contracepción. Tomado de:

**<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>**

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

Estas madres tan jóvenes están expuestas a muchas complicaciones médicas. El cuerpo de estas jóvenes no está preparado, pueden desarrollar fístulas por un parto prolongado. Una fístula causa mucho dolor e incontinencia y las niñas a menudo son relegadas al ostracismo por parte de sus familias. Sus bebés también corren riesgos, que explica que tiene más opciones de morir si la madre es menor de 18 años. Durante años, los programas de planificación familiar han luchado por encontrar financiamiento y apoyo a sus programas, al tiempo que la derecha religiosa de muchos países, y no todos ellos desfavorecidos, se han opuesto a estas iniciativas.

La adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente joven que no asume su responsabilidad paterna provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño.

### 1.2.1.2 Meso

En América Latina y el Caribe uno de cuatro niños nace de una madre adolescente, que por lo general, vive en condiciones de pobreza, se estima que esa es la causa y, a su vez, la consecuencia de grandes desigualdades socio-económicas y culturales que afectan al desarrollo personal, educativo y laboral (CEPAL). Latinoamérica es la única región del mundo donde el embarazo de adolescentes ha tenido una tendencia al alza desde la década de los 80.

La alta incidencia de embarazos en adolescentes en Latinoamérica, solo superada por África, no solo persiste sino que va en aumento, lo que supone un freno para el desarrollo de la región., Entre 25 y 108 de cada 1000 jóvenes de 15 a 19 años son madres en los países de América Latina y el Caribe, que ponen de relieve la alarmante situación de la maternidad adolescente. Las adolescentes prácticamente han duplicado su aporte a la fecundidad total, pasando a representar un 14.3% en 2000 – 2005. Este incremento se da en países con distinto nivel de desarrollo económico lo que revela la complejidad del fenómeno.

El embarazo adolescente también pone de relieve la violencia sexual contra las mujeres. Una de las regiones más afectadas por este problema es Centroamérica, donde Nicaragua encabeza la lista, ya que el 27% de las nicaragüenses que tienen entre 15 y 19 años son madres. **Tomado de:** <http://www.vistazo.com/webpages/pais/?id=19945>

Según el artículo para América Latina escrito por Suazo Marcela Directora Regional del Fondo de Población de Naciones Unidas / septiembre 2011 que

**“Son madres jóvenes, muy posiblemente madre pobre, una que vive en una comunidad rural indígena o afro descendiente. En Latinoamérica, los embarazos de madres adolescentes representan el 18% del total y es la tasa más alta del mundo después de África Subsahariana, las mujeres con un mejor nivel de educación prefieren no tener hijos mientras que son las mujeres más sumergidas económicamente quienes deciden reproducirse”.**

Para revertir esta situación, sostiene que debe haber mayores políticas públicas enfocadas hacia este colectivo. **Tomado de: web – net- nota – interior 10273307.html**

Venezuela está a la cabeza de embarazos juveniles en Sudamérica. De los 591.303 partos fueron de menores de 19 años y 7778 de madres menores de 15 años (Casi 21% del total). Tras Venezuela, una de las tasas más altas de América Latina se registra en Ecuador, donde más del 17% de las jóvenes de entre 15 y 19 años son madres. Luego está Argentina donde el 15.6% de los nacidos vivos son de madres adolescentes, pero la cifra aumenta en las provincias más pobres del país. Paraguay donde las adolescentes comienzan su etapa productiva a edad temprana: el 10.2% de las adolescentes entre 15 y 19 años y el 15.5% de las jóvenes de 20 a 24 años han tenido al menos un embarazo. En Bolivia también preocupa el aumento de embarazos en adolescentes de entre 12 a 18 años, que subió de 15% en 2008 a 25% en 2011.

El embarazo en adolescentes y sobre todo este embarazo no deseado nos van a llevar a un problema social, económico y de salud pública. **(Rueda C. 2011)** El médico sostiene que los estudios epidemiológicos coinciden en que estos embarazos aumentan el riesgo y la incidencia de morbilidad infantil. Afirma que los embarazos de adolescentes no son un problema de falta de recursos. La mayoría de los centros de salud brindan anticonceptivos de forma gratuita. La

tarea principal para evitar estas situaciones consiste en darle a la población una información completa y adecuada sobre la utilidad de los métodos anticonceptivos, así como en suministrar la educación previa en cuanto a la responsabilidad de procreación e incluso, en las adolescentes, en cuanto a su iniciación sexual.

Se estima que, de los cerca de siete millones de mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años que viven en la Subregión Andina, al menos un millón ya son madres o están embarazadas. Este fenómeno causa, además, pérdida de vidas con el consiguiente coste de capital humano, puesto que el riesgo de morir antes, durante o después del parto tanto de la madre y del niño es cuatro veces mayor entre las menores de 16 años que en las mayores de 20 años. Hay un impacto importante en materia de salud pública porque los niños de madres menores de 15 a 16 años suelen tener más bajo peso, más complicaciones.

### **1.2.1.3 Micro**

En el Ecuador, las cifras de embarazos precoces registrados en niñas y adolescente de 10 a 14 años son preocupantes, tanto para padres de familia como para autoridades y Organizaciones Sociales e Internacionales.

En el país de las más de 7 millones de mujeres que viven en el Ecuador, 645 167 son madres. Según el rango de edad, el 3.4% de las madres tienen entre 12 y 19 años, es decir, 122 301 madres son adolescentes, frente a 105 405 madres del 2001. El 81.4% de las madres adolescentes tiene un hijo, seguidas del 16% que tiene dos hijos. En relación a su población femenina de 12 años y más, la provincia con mayor porcentaje de madres es Carchi con 69.9%, seguida por los Ríos, con 68.9%. Según su estado conyugal el 71% de las madres tiene pareja (casadas o en unión libre), mientras que el 29% no tiene pareja; de ellas, el 9% están solteras. (INEC). El 29% de las mujeres son jefas de hogar, de ellas el

87.1% son madres. El 44.5% de las madres en el país, tienen entre 1 a 2 hijos, mientras el 5.6% tienen entre 9 hijos y más.

El promedio de hijos se reduce de 3.8 en el año 2001 a 3.5 en el 2010 en todos los grupos de edad. El 44.1% de las madres tuvieron su primer hijo entre los 15 a 19 años y el 2.4% entre 12 y 14 años. De acuerdo al nivel de instrucción el 51.1% de las madres en el país, tienen educación básica, el 23.1% educación media y el 17% educación superior. Las madres que no poseen nivel de instrucción tienen un promedio de 6 hijos, mientras las de Educación media 2.4 hijos. En las características económicas de las madres el 45.3% de las madres se dedican a quehaceres domésticos mientras el 42.9% trabajan, de estas últimas el 22.9% se dedica al comercio al por mayor y menor.

El riesgo de defunción materna es elevado en la adolescencia, debido a su edad gestacional, cuyas causas principales en 2009 fueron las hemorragias posparto (32%), los trastornos hipertensivos (30%) y las sepsis (14%). Otras causas constituyen el 15%. Las proporciones de maternidad en la juventud son hasta cuatro veces más altas entre las mujeres adolescentes que no tienen educación (43% comparadas con las de niveles educativos más altos y 11% con secundaria completa. Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes.

Debido al elevado número de casos, el Gobierno Ecuatoriano ha puesto en marcha la estrategia Nacional Interseccional de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (**ENIPLA**). Quien se ha planteado como meta reducir hasta este año un 25% la fecundidad no deseada, en especial en los sectores con mayor pobreza y menos educación; prevenir el embarazo en adolescentes en un 25% y evitar la violencia sexual y el embarazo.

En ella, los Ministerios de Salud, Educación, Inclusión Económica y

Social (**MIES**) y Coordinación de Desarrollo Social y la Secretaría del Migrante han formado un frente para trabajar sobre la planificación familiar, acceso a información, educación en salud sexual y reproductiva y sexualidad en general.

“Habla serio, sexualidad sin misterios”, es el eslogan de la campaña, que busca incentivar la conversación sobre sexualidad en el hogar, en los padres, en los establecimientos educativos, en la sociedad en general a tomar conciencia del problema y a sumar esfuerzos para resolverlo.

Dejando atrás miedos y tabúes que impiden tener un conocimiento claro, que podría evitar los embarazos a temprana edad y los no deseados así como los abortos y la muerte materna. Sobre este plan, cuyas bases fueron establecidas en 2011, las autoridades del frente dieron a conocer las acciones realizadas y a seguir en distintos ángulos como la implementación de la línea gratuita 1800-445 556, que brinda información sobre estos temas; la formación de profesionales de salud en planificación familiar y anticoncepción y la dotación de métodos anticonceptivos gratuitos en unidades de salud a escala nacional. Se ha habilitado también 15 unidades que brindan atención en casos de violencia sexual e intrafamiliar en nuestro país.

El embarazo y el parto de una adolescente son de alto riesgo. La probabilidad de que surjan complicaciones es mayor cuanto menor es la edad de la embarazada. También es mayor si existe una deficiente nutrición que, con frecuencia, es escasa en vitaminas y minerales que afectan tanto a la madre como al niño.

El bajo peso del niño y el parto prematuro son mayores en los partos de las adolescentes debido a la inmadurez hormonal de la adolescente y a que el útero no ha completado su desarrollo. Los bebés que nacen con peso bajo pueden tener

problemas de salud durante los primeros meses de vida que los bebés de peso normal a tener complicaciones del desarrollo. Por ello es necesario que los controles con el pediatra desde su nacimiento. Una vez que nace el niño, la vida de la adolescente da un gran giro, el bebé requiere muchas atenciones básicas, tendrá que asumir la responsabilidad y adquirir capacidades para la crianza. Probablemente tengan que dejar los estudios para atender las necesidades del bebé, no obstante, es muy importante que estas madres continúen con su formación académica, pensando en su futuro.

Necesitan ayuda tanto económica, ya que ellas no son independientes económicamente y aún no son capaces de desenvolverse en la sociedad, como la ayuda de un experto para mejorar los programas de vacunación. Además de responsabilizarse del bebé deben realizar actividades que correspondan a su edad, no se ha de olvidar que son adolescentes. Se ha comprobado, según numerosos estudios, que los bebés nacidos de adolescentes suelen tener peores resultados académicos y menos habilidad motora, pero a pesar de estas dificultades si la madre recibe la ayuda y el entorno adecuado el bebé puede tener un desarrollo y un comportamiento totalmente normal.

**[http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=58915&TIPO\\_CONTENIDO=Articulo&ID\\_CATEGORIA=69](http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=58915&TIPO_CONTENIDO=Articulo&ID_CATEGORIA=69)**

La tasa de fecundidad en Ecuador es de 2.4 hijos por mujer, pero es más alta entre los indígenas, las personas con poca educación y los pobres. Además menores de 10 y 14 años tuvieron cerca de 1100 hijos ese año, el 20% de los partos en el país fue de adolescentes de esa franja de edad, quienes dieron a luz a más de 60600 niños.

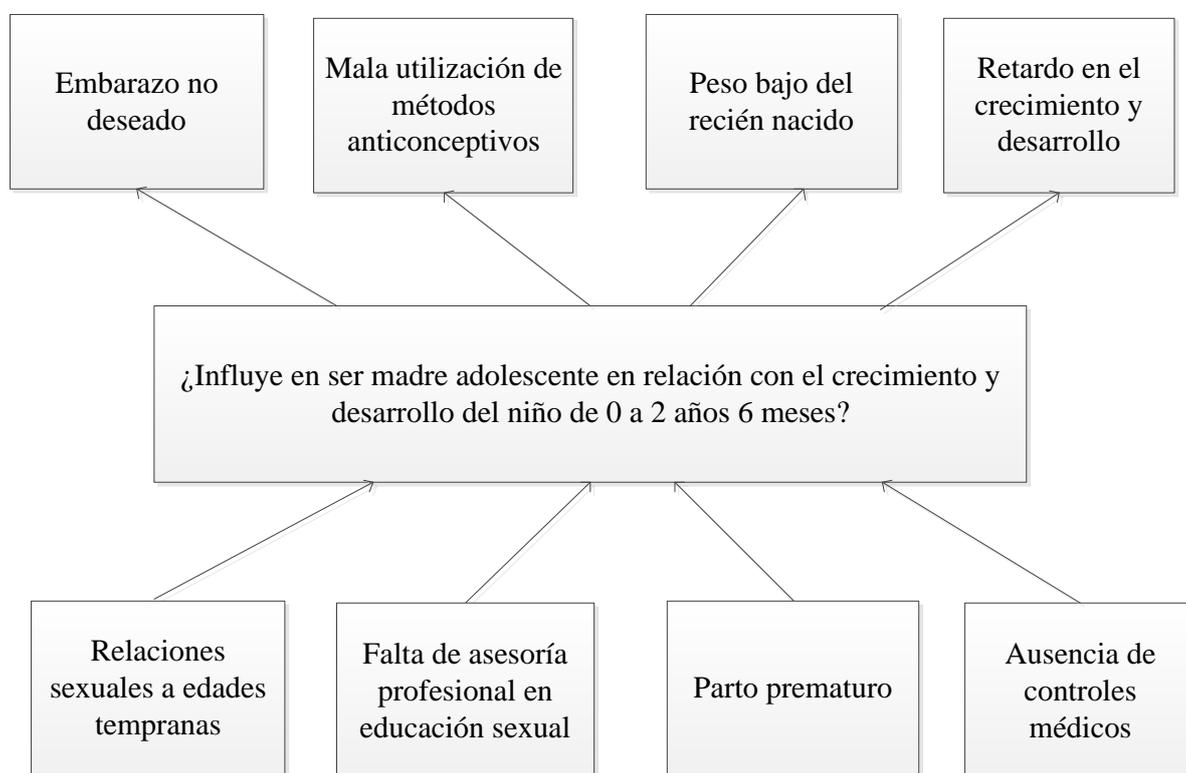
El embarazo en adolescentes en la provincia de Tungurahua se ha convertido en un verdadero problema de salud en el país, siendo la primera causa de muerte en la población adolescente femenina de entre 15 y 19 años teniendo que ver con problemas del embarazo, parto y puerperio.

Según la Dirección Provincial de Salud (2010) el embarazo en las adolescentes especialmente en el cantón Píllaro, permanece en un 8% de la población existente. Se conoce que el embarazo en las adolescentes se da de 10 a 19 años en especial en las que acuden al control médico, pediátrico y ginecológico al Hospital del Cantón Píllaro y de igual manera al Sub Centro de Salud de la Parroquia Presidente Urbina, estas niñas no ha dejado de depender de sus padres y no tienen trabajo que les permita ser entes productivos para la sociedad. Sin embargo, la existencia del niño ya habrá marcado a los jóvenes padres, pero mucho más a la madre, por razones culturales de nuestra sociedad, como prejuicios, discriminaciones y persecuciones sociales, además del obstáculo para su normal desarrollo de aprendizaje escolar y vivencial.

### 1.2.2. Árbol de problemas

#### Tabla #: 1

Efectos



#### Causas

Elaborado por: Mayra Moya

### 1.2.3 Análisis crítico

En la actualidad se observa con frecuencia que la población adolescente empieza su vida reproductiva a edad temprana; produciendo alteraciones muy llamativas que afectan a las adolescentes, a la familia y al entorno social. El embarazo de la adolescente es un problema social y complejo de gran trascendencia en nuestro país.

Las adolescentes cada vez viven el drama de la maternidad no deseada, el

rechazo de los padres y el desprecio o la indiferencia de los demás. Sin preparación llegan a la maternidad y esta imprevista situación desencadena una serie de frustraciones.

Suelen ser muy vulnerables, tienen bajo autocontrol y poca confianza en sí mismas. En general poseen escasa y distorsionada información sobre los métodos anticonceptivos, información que con frecuencia obtienen de sus amigos que están tan desinformados como ellas.

Adelanto de la edad de la primera regla, que coincide con el inicio precoz de las relaciones. Aunque existe más información y medios para evitarlo rechazan el uso de anticonceptivos, consideran el sexo romántico y apasionado, son relaciones de riesgo, no planificadas.

La adolescencia es una de las etapas más difíciles puesto que es un estado previo a la madurez, aquí el joven busca vivir experiencias, se corre el riesgo de fracasar o cometer errores que dejarán huella en la vida futura, el embarazo es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad, algunas personas denominan al embarazo adolescente como la sustitución del amor por el sexo.

La mayoría de estos embarazos no fueron planificados sino que fueron producto de no tener información adecuada y recursos necesarios, o de relaciones forzadas más frecuentes de lo que se suele informar. Durante la adolescencia un embarazo no planeado obliga a enfrentar situaciones que cambian radicalmente la vida de las madres; que se ven empujadas a dejar sus estudios e ingresar en el mercado laboral precozmente y con menor capacitación. Por otra parte son

víctimas frecuentes del rechazo familiar y del maltrato.

La madre encabeza la mayoría de familias de bajos ingresos, asume el rol de administradora del hogar y se convierte en la proveedora principal de los alimentos.

Los hijos de madres adolescentes tienen un 50% de posibilidades de repetir de grado en la escuela y suelen tener un mal desempeño académico y abandonar la escuela antes de terminarla.

Desde el punto de vista sanitario; el embarazo en la adolescencia se da, por las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, por la falta de asesoría profesional, por el parto prematuro y la ausencia de controles médicos.

Los efectos son: Embarazo no deseado, mala utilización de los métodos anticonceptivos, peso bajo del recién nacido y retardo en el crecimiento y desarrollo.

#### **1.2.4 PROGNOSIS**

El aumento de las madres adolescentes embarazadas en nuestra sociedad , se verá, abocado a un aumento en el nacimiento de niños que no tendrán una adecuada atención en cuidados de salud lo que conllevará a la presencia de problemas como peso y talla baja para la edad, también presentará desnutrición, en poco tiempo manifestará retraso en su crecimiento, pudiendo llegar a presentar anemia y posiblemente muertes prematuras.

#### **1.2.5 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿De qué manera influye ser madre adolescente en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Subcentro de Salud de la Parroquia Presidente Urbina y en el Hospital del cantón Píllaro Provincia de Tungurahua, en el período 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012?

### 1.2.6 PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Existen madres adolescentes de 11 a 19 años que han sido atendidas en el Subcentro de Salud y en el Hospital del cantón Píllaro?
- ¿Cómo afecta el ser hijo de madre adolescente en relación con el crecimiento antropométrico y el desarrollo según el test de Denver?
- ¿Qué actividades se podría desarrollar para disminuir el porcentaje de madres adolescentes y contrarrestar en parte el crecimiento antropométrico?
- ¿Cómo afecta el esquema incompleto de vacunación en el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses?
- ¿Cuáles fueron los factores causantes para que se dé el embarazo en adolescentes?

### 1.2.7 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- **Campo** : Enfermería
- **Área** : Salud pública
- **Aspecto** : La madre adolescente y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño.

### **Delimitación temporal**

La investigación comprenderá desde el 23 de junio del 2012 al 23 de noviembre de 2012.

### **Delimitación espacial**

El presente trabajo de investigación se realizará en el Subcentro de Salud de la Parroquia Presidente Urbina y en el Hospital del Cantón Píllaro, provincia Tungurahua.

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo de investigación se basa en las madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Subcentro de salud de la Parroquia Presidente Urbina y en el Hospital del cantón Píllaro provincia de Tungurahua en el período 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012.

El embarazo en adolescentes es un problema de gran importancia para la sociedad; gran parte de los jóvenes toman la sexualidad como una forma de exploración de sus cuerpos sin medir las consecuencias de sus actos, debido a esto, este problema es de preocupación para varios sectores sociales desde hace muchos años. Este trabajo de investigación servirá para que las familias y la población en sí, se informen de la problemática.

Las personas beneficiadas serán las familias y los jóvenes que se encuentran inmersos en esta encrucijada y de alguna manera se pretenden incidir en el alto índice de natalidad en las mujeres adolescentes. Esperamos que el presente trabajo

investigativo sea un aporte a mejorar la atención a las adolescentes ya que esta debe ser integral y diferenciada ya que es un grupo vulnerable.

Nuestro trabajo de investigación para mejor comprensión del embarazo en adolescentes es un problema mundial que contribuye a acelerar el crecimiento de la pobreza en el Ecuador, este problema debido a que la mayoría de las adolescentes iniciaron sus experiencias sexuales entre los 12 y 14 años.

El cantón Píllaro no es ajeno a esta realidad, la población adolescente ha ido en aumento durante los últimos años. Los embarazos en adolescentes se deben a menudo a la falta de información confiable sobre salud reproductiva, debemos aportar también que la comunicación es de gran importancia dentro del hogar y por qué no decir dentro de la sociedad, una de las falencias de nuestra población es que la falta de comunicación hace que exista problemas graves dentro de esta sociedad, porque en la realidad realizamos cosas sin comunicación y a veces nos equivocamos.

El hijo de madre adolescente tiene mayores riesgos que se traducen en mayor frecuencia de bajo peso de nacimiento y morbilidad en el período perinatal e infantil incluyendo riesgos de negligencia y maltrato que ameritan medidas de apoyo de la red social y familiar. Es de interés para las jóvenes adolescentes porque mediante esta investigación conocerán la problemática de lo que es ser madres adolescentes.

Es factible de realizar porque se cuenta con el apoyo del líder de enfermería del Subcentro y del Hospital del Cantón Píllaro, quien facilitará la información necesaria para tomar datos relacionados con el problema.

Los beneficiados directos de este trabajo investigativo serán los adolescentes del Subcentro de salud Presidente Urbina y del Hospital Cantonal Píllaro, de esta manera se contribuirá a reforzar conocimientos sobre este problema.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo General**

- Establecer la relación existente entre ser madre adolescente y las alteraciones, el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a dos años 6 meses de edad que han sido atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia Presidente Urbina y en el Hospital del cantón Píllaro, provincia de Tungurahua en el período 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Determinar la relación existente entre ser madre adolescente y la repercusión con el estado nutricional del niño.
- Identificar que alteraciones existen entre las medidas antropométricas, el test de Denver de los niños de 0 a 2 años 6 meses.
- Determinar de qué manera afecta al hijo de una madre adolescente el crecimiento antropométrico y el desarrollo según el test de Denver.
- Determinar las alteraciones en la actividad psicomotriz del niño de 0 a 2 años 6 meses hijo de una madre adolescente.
- Desarrollar actividades que contribuyan a disminuir el porcentaje de embarazos adolescentes.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Investigaciones Previas

**MARILANDE L. M. (2011)** en su trabajo “Factores de riesgo de apareamiento de complicaciones de las enfermedades hipertensivas en el embarazo en madres adolescentes comprendidas entre los 14 a 20 años”; concluye que:

“Es un problema de salud que afecta a las madres adolescentes y por ende a sus hijos, habiendo complicaciones en las madres como la hipertensión inducida con el embarazo”.

Se determinó que la edad promedio de pacientes fue de 17.5 años entre un rango de edad de 15 – 20 años, esto toma valor clínico al investigar que las mujeres cerca de la edad de menarquía prestan mayor riesgo. Se notó que en las mujeres en el estudio predominaba como estado civil la unión libre lo que en muchos de los casos determina el valor del embarazo para la mujer.

En el nivel de escolaridad de las pacientes se miró que la mayor parte solamente había terminado el nivel primario de instrucción. Se encontró que solo 2 del total presentaron antecedentes de gesta previa, los que fueron bajo peso al nacimiento.

En la morbilidad durante el embarazo, y muestra que 7 de las pacientes embarazadas presentaban anemia al momento del embarazo, 2 presentaron infección de vías urinarias 1 hiperémesis gravídica.

La TA al ingreso de las pacientes se puede observar que el 69% de las pacientes tenían TA entre 140/190 – 159/99. De las mismas 24 presentaron proteinuria positiva”.

**OÑATE C.V. (2011)** en el trabajo sobre “Factores de riesgo en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Latacunga” concluye que:

Los factores etiológicos y epidemiológicos que influyen en el aumento de adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Obstétrico del HPG de Latacunga son: Edad (18 años, 60%), estado civil (Casadas, 31%), instrucción (primaria, 41%), ocupación (estudiante, 33%), procedencia (Latacunga, 78%), gestas (2 gestas, 14%), evolución del embarazo (aborto, 12%, parto inmaduro 13%), forma de culminación (Cesárea, 31%) etiología de cesárea (DCP, 41%, cesárea anterior 35%, SFA, 9%) complicaciones (parto prematuro, 13%) con respecto a los datos del año 2010.

Se han incrementado en un promedio de 20 adolescentes embarazadas con respecto al año 2010. Durante el año 2010 se atendió a 503 adolescentes embarazadas; de acuerdo a los registro del Centro Obstétrico durante los meses de enero a julio de 2011 se han atendido a 437 adolescentes embarazadas.

La edad de las adolescentes embarazadas aumentó con relación al año 2010 en un 21%, 18 años, estado civil, casadas en un 2%; instrucción, primaria 4%; ocupación, estudiante 85; procedencia, Latacunga 19%; gestas, 2 gestas, 3%, 3 o más gestas 1%; dentro de los factores socioculturales.

Evolución del embarazo, aborto, 6%, parto prematuro 1%; forma de culminación del embarazo; cesárea 11%, aborto 1%, etiología de cesárea, DCP 3% cesárea

anterior, 5%, SFA 2%; complicaciones, parto prematuro 6%, dentro de las condiciones de cuidado y atención médica.

El 75% de embarazos de las adolescentes embarazadas llegan a un parto a término, y el 25% tienen complicaciones. Estas complicaciones son: aborto, pre eclampsia, retención de restos, parto prematuro e IVU, constituyéndose en las cinco principales causas de morbilidad en adolescentes embarazadas; tomando en cuenta que de las causas de cesárea: DCP – cesárea anterior – Distocia, Presentación – sufrimiento fetal agudo.

El promedio entre el año 2010 y los meses de enero a julio de 2011 de gestas de las adolescentes embarazadas es del 86% primigestas.

Durante lo que va del año 2011 aumentó la instrucción de primaria de las adolescentes embarazadas, determinándose que las adolescentes embarazadas mienten durante su anamnesis al indicar su edad.

## **2.2. Fundamentación filosófica**

Esta investigación se enmarca dentro del paradigma crítico propositivo. Crítico porque los problemas parten de situaciones reales teniendo por objeto transformar la realidad en este caso se analizará la realidad de la madre adolescente y las alteraciones del niño en proceso de crecimiento y desarrollo.

Propositivo porque busca plantear soluciones al problema investigado.

## **2.3. Fundamentación legal**

**Art. 1.-** El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada.

La soberanía radica en el pueblo, cuya voluntad es el fundamento de la autoridad, y se ejerce a través de los órganos del poder público y de las formas de participación directa previstas en la Constitución.

Los recursos naturales no renovables del territorio del Estado pertenecen a su patrimonio inalienable, irrenunciable e imprescriptible.

**Art. 23.- Protección prenatal.-** Se sustituirá la aplicación de penas y medidas privativas de libertad a la mujer embarazada hasta noventa días después del parto, debiendo el Juez disponer las medidas cautelares que sean del caso.

El Juez podrá ampliar este plazo en el caso de madres de hijos con discapacidad grave y calificada por el organismo pertinente, por todo el tiempo que sea menester, según las necesidades del niño o niña.

El responsable de la aplicación de esta norma que viole esta prohibición o permita que otro la contravenga, será sancionado en la forma prevista en este Código.

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

**Art. 43.-** El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

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

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

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad.

Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

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

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

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

**Art. 46.-** El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil.  
El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no atenten a su formación y a su desarrollo integral.
3. Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad. El Estado garantizará su incorporación en el sistema de educación regular y en la sociedad.

4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones.
5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.
6. Atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
7. Protección frente a la influencia de programas o mensajes, difundidos a través de cualquier medio, que promuevan la violencia, o la discriminación racial o de género. Las políticas públicas de comunicación priorizarán su educación y el respeto a sus derechos de imagen, integridad y los demás específicos de su edad.

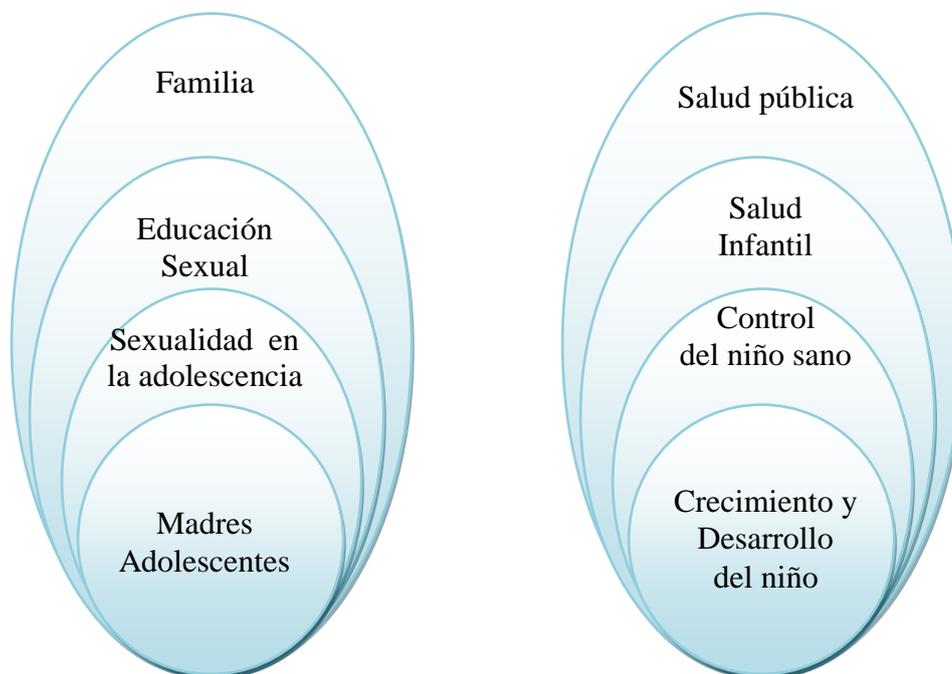
Se establecerán limitaciones y sanciones para hacer efectivos estos derechos.

Protección y asistencia especiales cuando la progenitora o el progenitor, o ambos, se encuentran privados de su libertad.

Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

## CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

### Gráfico de inclusión



VI. Madres Adolescentes

V.D. Crecimiento y Desarrollo

**Gráfico #: 1**

**Elaborado por: Mayra Moya**

## **2.4 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA**

### **2.4.1 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Embarazo adolescente o embarazo en la adolescencia, se define como aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos.

En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes que están en situación de dependencia de la familia de origen.

La edad media del período de la menarquía (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquía ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales.

Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada debe enfrentarse, a prioridades con una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social.

En los países desarrollados los datos de embarazos en la adolescencia confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otra situación de inestabilidad familiar y social.

El embarazo adolescente en los países desarrollados se produce por lo general fuera del matrimonio y conlleva un estigma social en muchas comunidades y culturas. Por estas razones se realizan estudios y campañas con el objeto de conocer las causas y limitar el número de embarazos de adolescentes.

En países considerados en desarrollo o subdesarrollados y en particular en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social. La percepción social del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo.

El ejercicio de la sexualidad es un derecho que tiene el individuo y que, la mayoría de las veces, ejerce sin planificación o sin decisión propia. Cuando un adolescente toma la decisión de iniciar relaciones sexuales debe estar informado sobre cuáles son las alternativas anticonceptivas que puede utilizar y cómo debe usarse correctamente.

A través de este blogs educativo, se pretende llevar información al segmento poblacional más susceptible de presentar problemas de educación sexual, específicamente las jóvenes de la educación media y diversificada, donde las estadísticas demuestran una alta tasa de relaciones sexuales no protegidas con alto riesgo de embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual.

Lo importante de esta herramienta, es que las mujeres, deben tener conciencia de cómo evitar un embarazo no deseado antes de iniciar una relación sexual y no dejar a la casualidad o al destino como responsable de un hijo no planificado, que puede interrumpir las metas futuras.

### **Causas**

- Inestabilidad familiar
- Curiosidad por el sexo
- Mantener relaciones sexuales a edades tempranas
- Falta de educación
- Desconocimiento de la utilización de métodos anticonceptivos

#### **2.4.1.1 Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes:**

El comportamiento sexual humano es variable y depende las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- a. **Sociedad Represiva:** Niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana
- b. **Sociedad Restrictiva:** tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo.
- c. **Sociedad Permisiva:** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (homosexuales).
- d. **Sociedad Alentadora:** Para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que le inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo.

### 2.4.1. 2 Factores pre disponibles

1. **Menarquía Temprana:** Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones del riesgo.
2. **Inicio Precoz De Relaciones sexuales:** cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. **Familia Disfuncional:** Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia, con buen diálogo padres-hijos.
4. **Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente**
5. **Bajo Nivel Educativo:** Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad por la edad adulta.
6. **Migraciones Recientes:** Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. **Pensamientos Mágicos:** Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. **Fantasías de Esterilidad:** Comienza sus relaciones sexuales sin cuidado y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. **Falta o distorsión de la Información:** Es común que entre adolescentes circulen “mitos”.
10. **Controversias Entre su Sistema De Valores y el de Sus Padres:** Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales.
11. **Aumento en Número de Adolescentes:** Alcanza el 50% de la población femenina.
12. **Factores Socioculturales:** La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que da por igual en los diferentes niveles socioeconómico.
13. **Niveles determinantes**
  - ✓ Relaciones sin anticonceptivos.
  - ✓ Abuso sexual.
  - ✓ Violación.

### **2.4.1.3 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.

#### ✓ **Consecuencias para la adolescente**

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

#### ✓ **Consecuencias para el hijo de la madre adolescente**

Tiene un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de “muerte súbita”.

#### ✓ **Consecuencias para el padre adolescente**

Es frecuente de deserción escolar para absorber el mantenimiento de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuada a su edad, en general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

### **Complicaciones durante el embarazo en la adolescencia**

- ❖ Trastornos digestivos
- ❖ Metrorragias

- ❖ Aborto espontáneo
- ❖ Embarazo extrauterino
- ❖ Anemia
- ❖ Infecciones urinarias
- ❖ Amenaza de parto pre término
- ❖ Hipertensión arterial (preclampsia y eclampsia)
- ❖ Mortalidad fetal
- ❖ Parto prematuro
- ❖ Crecimiento intrauterino retardado
- ❖ Presentaciones fetales distócicas
- ❖ Desproporciones cefalopelvicas
- ❖ Hemorragias

#### **2.4.1.4 La familia**

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

No hay consenso sobre la definición de la familia. Jurídicamente está definida por algunas leyes, y esta definición suele darse en función de lo que cada ley establece como matrimonio. Por su difusión, se considera que la familia nuclear derivada del matrimonio heterosexual es la familia básica. Sin embargo las formas de vida

familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos.

La familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de una sociedad. Esto explica, por ejemplo, el alto número de familias extensas en las sociedades tradicionales, el aumento de familias mono parentales en las sociedades industrializadas y el reconocimiento legal de las familias homoparentales en aquellas sociedades cuya legislación ha reconocido el matrimonio homosexual.

#### **2.4.1.5 Tipos de familias**

Las familias están clasificadas en los siguientes tipos:

- Familia nuclear, formada por la madre, el padre y su descendencia.
- Familia extensa, formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.
- Familia mono parental, en la que el hijo o hijos vive(n) solo con uno de sus padres.
- Familia homoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) con una pareja homosexual.
- Familia ensamblada, en la que está compuesta por agregados de dos o más familias (ejemplo: madre sola con sus hijos se junta con padre viudo con sus hijos), y otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.

En muchas sociedades, principalmente en Estados Unidos y Europa occidental, también se presentan familias unidas por lazos puramente afectivos, más que sanguíneos o legales. Entre este tipo de unidades familiares se encuentran las

familias encabezadas por miembros que mantienen relaciones conyugales estables no matrimoniales, con o sin hijos. El Día Internacional de la Familia se celebra el 15 de mayo. La familia es considerada la base de la sociedad.

### **2.5.2 ADOLESCENCIA**

La adolescencia es la etapa de transición durante la cuál el niño se transforma en adulto. En términos generales se puede enmarcar entre los 10 y 20 años de edad. La adolescencia, es un fenómeno psicosocial, es el período de transición entre la dependencia del niño y la independencia del adulto, en el curso del cuál el ser humano adquiere funciones de miembros activos de la sociedad.

Esta etapa es un estado en el que el sujeto aún no se ha encontrado así mismo en la vida adulta, no se ha constituido como personalidad madura, con la forma de una actividad inherente solo a ella. En este período ocurre un rápido incremento de las dimensiones físicas, un cambio en la forma y composición del cuerpo, a la vez que se produce un rápido desarrollo de los órganos sexuales secundarios. La nueva formación central y específica en la personalidad del adolescente es la tendencia a ser y a considerarse adulto, esta expresa la nueva posición vital del adolescente con respecto a las personas y al mundo, determina la orientación específica y el contenido de su actividad social, el sistema de nuevas aspiraciones y reacciones afectivas.

Es en la etapa que se adquiere una filosofía de la vida y del mundo circundante acorde con los cambios sexuales, las transformaciones físicas, el momento social en el cual se desarrolla, y el equilibrio que se produce entre los intereses, motivaciones, objetivos y aspiraciones que señalan un nivel de aceptación positiva o negativa de este grupo, en el espacio social y el escenario cultural donde transcurren los años más importantes de su desarrollo humano.

El adolescente empieza a dirigirse sobre sí mismo en la medida en que toma conciencia de que tiene que ser ante el mismo y ante los demás, una persona diferente e irrepetible. Es capaz de reflexionar sobre todo lo que ocurre en su entorno, no solo desde una postura de espectador, sino desde un punto de vista crítico.

En esta los jóvenes tratan de buscar un ámbito de independencia personal, sienten necesidad de ser escuchado, valorando y comprendiendo, surge el desbordamiento de la afectividad y la emotividad, rechaza su pertenencia al círculo de niños, pero carece aún de la sensación de auténtico y cabal adulto. Para el adolescente es fundamental como lo ven sus coetáneos, surge como necesidad principal ocupar una posición respetada dentro del círculo de estos, y la aspiración de encontrar un compañero próximo, un amigo. Ellos evalúan a los otros de un modo más completo y correcto que a sí mismos, comienzan a formar su imagen a partir de la valoración que hacen de los demás.

En la adolescencia se va a producir un proceso de reestructuración de cambios endocrinos y morfológicos, como son: la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la transformación y crecimiento de los genitales, la aparición de la menarquía en la niña y la eyaculación en el varón; además, surgen nuevas formas de relación con los adultos, nuevos intereses, actividades de estudio, cambios en la conducta y en la actitud ante la vida. Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 6 ó 7 años antes de ser maduros emocionalmente, y crecen en una cultura donde los compañeros, la televisión, el cine y la música transmiten mensajes manifiestos a propósito de las relaciones sexuales que son muy comunes y aceptados. Plantean algunos autores que la mayoría de las personas de todo el mundo, tienen su primera experiencia sexual que puede tener repercusiones para toda la vida en su salud sexual y reproductiva antes de cumplir 20 años.

### **2.5.2.1 Sexualidad y educación sexual**

#### **Sexualidad**

Es una forma de expresión integral de los seres humanos vinculada a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales del sexo.

El cuerpo humano es sexual en su conjunto, abarcándolo como un todo y no solo los órganos genitales; la sexualidad es al mismo tiempo, el medio que proporciona la más profunda unión psíquica y física entre dos personas ya que comparten emociones y sensaciones.

A pesar de que la sexualidad, tanto a nivel personal como social, es un aspecto central de la vida humana, la sociedad aún arrastra vestigios de épocas pasadas cuando la genitalidad se consideraba algo sucio y vergonzoso. Resultado de ésta visión, se enfrenta a la falta de información y mitos; lo que contribuye a incrementar la ignorancia sobre el mismo, generando problemas sexuales. El sentido negativo hacia la genitalidad, crea sentimientos de vergüenza y culpa para la conducta social.

La sexualidad engloba características biológicas, psicológicas y sociales que contribuyen a la identidad sexual del individuo y su comportamiento como ser sexual. Podría decirse que se refiere a todo lo que significa ser hombre o mujer en una sociedad.

#### **Educación sexual**

El tema de la sexualidad humana origina intensos conflictos y controversias, y actualmente provoca la especial atención de padres y educadores en sentido amplio. El significado de la sexualidad humana es el amor entre un hombre y una mujer, y su participación en la procreación y educación de los hijos. Una de las

características de la personalidad del adolescente es su apertura al medio, y otra su intensa conflictividad interior. Los progenitores son los principales responsables de la educación de sus hijos.

### **Orientaciones básicas de conducta sexual del adolescente**

- La que lleva a la conducta sexual cuya responsabilidad debe asumir junto con sus padres
- La de continencias sexual

A nivel mundial, la mayoría de los jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales antes de cumplir los 20, al menos, en torno a los 16. La utilización de anticonceptivos y la prevención de las infecciones de transmisión sexual. La utilización de preservativos y anticonceptivos es más probable cuanto más tardía la iniciación sexual. Se ha constatado que la educación sobre esas cuestiones modifica los comportamientos sexuales y parece ser más eficaz si se imparte antes de la primera relación sexual, es decir, en la adolescencia o pre adolescencia.

La **OMS** define para que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, con satisfacción y libre de riesgos con la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia hacer el amor” y el sexo. En esta última condición está implícito el derecho del hombre y la mujer a recibir información y a tener acceso efectivo aceptable a un costo razonable y libre de riesgos a los métodos de regulación de la fecundidad de su elección, a si como el derecho a acceder a servicios adecuados de salud que permitirían a la mujer tener un embarazo y un parto seguro y a la pareja la oportunidad de tener hijos sanos.

### **2.5.2.2 Cambios en la adolescencia**

#### **2.5.2.3 Mujeres**

El primero cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. La adolescencia en las mujeres comienza a los 10 o 12 años.

Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años; puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo, y casi siempre es doloroso al simple roce.

Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo, es cualitativo: la areola se hace más oscura y más grande, y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica, y se desarrollan los canalículos. Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas.

El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores, y luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal. Suele comenzar a notarse a los 9 o 10 años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios, y se extiende hasta el monte de Venus, y alcanza la forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años (aproximadamente entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar y el vello corporal aparecen más tarde.

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y aumenta la cantidad de folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño. Las trompas de Falopio aumentan después de tamaño, y

aumenta el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen, para cubrir el introito. La vagina alcanza una profundidad de 8 cm y, luego, de 10–11 cm. Por efectos iatrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el pH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la primera menstruación (conocida con el nombre de menarquía ).

Se desarrollan las glándulas de Bartolino, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia (aparece el bacilo de Doderlein), la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración. Por último, en las mujeres que nacen con himen, éste se engrosa y su diámetro alcanza 1 cm.

La menarquía , que es la primera menstruación, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que, visto al microscopio, tiene aspecto de hojas de helecho. La menarquía tiende a presentarse a los 11 o 12 años. Se denomina pubertad precoz cuando aparece de manera anormalmente temprana (8-10 años).

#### **2.5.2.4 Varones**

Los testículos prepuberianos tienen un diámetro aproximado de 2,5 a 3 cm, el cual aumenta por la proliferación de los túbulos seminíferos. El agrandamiento del epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente. En el escroto se observa un aumento en la vascularización, adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos.

La espermatogénesis es decir, la producción de espermatozoides se detecta histológicamente entre los 11 y 15 años de edad, y la edad para la primera

eyaculación es entre los 12 y los 16 años. El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumentan de tamaño. Las erecciones son más frecuentes y aparecen las emisiones nocturnas.

El vello sexual aparece y se propaga hasta el pubis, dónde se aprecia más grueso y rizado. Puede comenzar a aparecer el vello axilar y, en ocasiones, en el labio superior (bigote). El vello en los brazos y en las piernas se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años. Aumenta la actividad apocrina es decir, de la secreción de las glándulas suprarrenales con la aparición de humedad y olor axilares, igual que el acné, típico de esta etapa de la vida.

#### **2.5.2.5 Crecimiento y desarrollo del adolescente**

Desde el punto de vista práctico, los cambios habituales del crecimiento tienen tres grandes características:

1. Se realizan en forma secuencial, es decir, unas características aparecen antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación (o regla o período), el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, etc.
2. El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades y los sexos.
3. Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su origen étnico, su constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endocrino y ambiente sociocultural. Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente.

### **2.5.2.6 Altura: el estirón de la adolescencia**

Crecer es una característica destacada de la pubertad, el brote o estirón de la pubertad es una de las características fundamentales de la adolescencia. Tiene una duración de 3 a 4 años, con un promedio de 24 a 36 meses. Está caracterizado por un rápido crecimiento del esqueleto, llamado punto de velocidad máxima (PVM), que se manifiesta por un aumento rápido de la talla o crecimiento lineal, de aproximadamente 8 cm en la mujer y de unos 10 cm en el varón.

Es seguida por una desaceleración o enlentecimiento progresivo del crecimiento lineal, hasta que se detiene por la fusión de las epífisis de los huesos largos, como consecuencia de los cambios hormonales.

Actualmente se considera que el incremento en la velocidad de crecimiento es el primer signo de inicio de la pubertad en las niñas, aunque es más fácil de visualizar dicho cambio en el botón mamario. El crecimiento corporal no es homogéneo, por lo general se aprecia una gradiente distal: proximal, es decir, los pies y las manos crecen antes que las piernas y los antebrazos, y éstos lo hacen antes que los muslos y los brazos.

La cadera crece antes que los hombros y el tronco, el cual se acompaña de una epífisis vertebral transitoria. Todos los órganos participan en el estirón del crecimiento, a excepción de la cabeza, el timo, el tejido linfático y la grasa subcutánea. El inicio del estirón es variable en edad, por lo que los padres o el adolescente pueden manifestar preocupación por una supuesta precocidad o retardo en el crecimiento. Las necesidades nutricionales se hacen más intensas, hay disimetría fisiológica que causa cierta "torpeza" motora, aumenta el metabolismo del calcio en el período de crecimiento rápido.

### **2.5.3 Otros cambios físicos**

Los cambios biológicos y orgánicos durante la adolescencia marcan de modo casi definitivo el dimorfismo sexual. Estos cambios dependen en gran medida del tipo constitucional, factores genéticos y otros más circunstanciales como la nutrición o la presencia o no de determinados desbalances hormonales que no necesariamente tienen que ser patológicos.

En ocasiones los adolescentes se preguntan el por qué de la diferencia en el desarrollo y la aparición de los caracteres sexuales entre unos y otros, y la respuesta puede encontrarse en cualquiera de los elementos señalados anteriormente. No obstante hay características que deben aparecer en una edad determinada, independientemente de las variables, por lo que se recomienda que ante cualquier inquietud se consulten a los especialistas en la temática.

#### **2.5.3.1 Peso**

En las mujeres, durante la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa siendo de 2 kg por año, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el punto de velocidad máxima de crecimiento. En los varones, el peso coincide con la talla, es decir, de 100 a 200 gramos por año. El aumento del peso puberal viene a representar el 50 por ciento del peso ideal del individuo adulto.

#### **2.5.3.2 Grasa corporal**

La grasa corporal total aumenta en la pubertad temprana para ambos sexos. Más adelante, las mujeres depositan grasa de manera más rápida y más extensa que en los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. En condiciones no patológicas, en ningún momento de la pubertad se

espera que las mujeres pierdan grasa, mientras que los varones en el crecimiento rápido, pierden grasa en los miembros y el tronco.

La mujer y el varón prepuberales tienen igual proporción entre masa magra (tejido muscular, huesos y vísceras) y tejido adiposo. En el varón, el aumento de la masa magra es paralelo al incremento de la talla y del estirón puberal en músculos y huesos, los cuales coinciden con el punto de velocidad máxima (PVM) de crecimiento. Por el contrario, en las mujeres se continúa acumulando el tejido adiposo en las extremidades y en el tronco.

Este crecimiento divergente da como resultado que los varones tengan hasta un 45 por ciento de su peso corporal en músculos y que las mujeres hasta un 30 por ciento de su peso corporal en grasa. Al final de la pubertad, los varones son más pesados que las mujeres. El dimorfismo es muy importante para considerar el sobrepeso en el adolescente, ya que se debe determinar si es a expensas de tejido graso o de tejido magro. Los hombros y el tórax son más anchos que las caderas en el varón y a la inversa en las mujeres y, en relación con el tronco, las piernas son más largas en el varón.

### **2.5.3.3 Cabeza**

La cabeza aumenta muy poco en tamaño, pero la cara se diferencia tomando aspecto de adulto, sobre todo por el reforzamiento mandibular, muy evidente en el varón y por los cambios en la nariz. Bajo las influencias de los andrógenos se establece también una diferencia en la parte anterior del cartílago tiroideo y las cuerdas vocales, que tienen el triple de longitud en los niños que en las niñas.

#### **2.5.3.4 Crecimiento muscular**

El crecimiento muscular es un hecho sobresaliente, especialmente mientras dura el estirón de la estatura, con predominio en el varón, sobre todo por la acción de los andrógenos, que también influyen en la adquisición de la fuerza muscular. Por supuesto, el tamaño, la fuerza y la habilidad pueden no ser diferentes en un varón y una mujer, en función de la actividad física que desarrollen. El corazón y los pulmones también participan en el estirón del adolescente, más marcadamente en los varones, en quienes aumenta la presión arterial, así como la capacidad sistólica.

#### **2.5.3.5 Dentición**

Importa el diagnóstico de las caries y alteraciones mecánicas. En general, se completan 28 piezas durante la adolescencia.

- De 9 a 11 años: 4 premolares
- De 10 a 12 años: los segundos premolares
- De 10 a 14 años: los caninos
- De 11 a 13 años: los segundos molares
- De 14 a 18 años las llamadas muelas de juicio, con lo que se completa la dentadura adulta.

#### **2.5.4 CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO**

El concepto de crecimiento y desarrollo es parte fundamental en el proceso vital del ser humano.

Se define crecimiento como el aumento de tamaño del organismo.

Desarrollo, en cambio, es la aparición de nuevas características o la adquisición de nuevas habilidades. Estos procesos están íntimamente unidos en la realidad y su separación se hace más bien con fines didácticos. Por una parte entonces, se estudia el aumento en tamaño del organismo (medición de peso y talla

básicamente o antropometría) y por otra la aparición sucesiva de nuevas habilidades (motoras, sociales, afectivas, de lenguaje.)

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.

Por otra parte si bien este proceso existe durante toda la vida del individuo no cabe duda que es precisamente en el período comprendido entre la concepción y el primer año de vida cuando se produce una verdadera explosión de crecimiento y desarrollo.

En ninguna otra etapa de la vida se volverá a crecer con un ritmo tan acelerado. Del mismo modo estos meses serán fundamentales para definir el resultado final del individuo con el logro de todas sus potencialidades tanto de crecimiento físico como habilidades de todo orden.

Conviene señalar además que este período de crecimiento rápido hace al organismo más vulnerable y las alteraciones que pudieran aparecer, si no son detectadas y corregidas, pueden provocar trastornos que se mantienen y acentúan en el tiempo. Esto explica la importancia de los controles regulares, tanto durante el embarazo como después del niño, especialmente durante su primer año de vida.

#### **2.5.4.1 Crecimiento**

El crecimiento del ser humano es la unión de dos células reproductivas que se adquiere durante el embarazo en su máxima expresión, siendo un proceso de cambios físicos y aumento de las dimensiones corporales y la modificación del propio organismo.

- Los cambios son cuantitativos (se pueden medir).
- Los parámetros son la talla y el peso, aunque también se utilizan el perímetro craneal y torácico.
- Hay tablas que recogen y estandarizan los datos
- No tiene evolución lineal, hay períodos diferentes como el embarazo, el primer año de vida y la adolescencia
- El crecimiento normal es signo de buena salud y su control ayuda a reducir mortalidad y morbilidad infantil.

#### **2.5.4.2 Maduración**

Son cambios biológicos que se producen en la estructura interna, que nos capacitan para realizar determinadas funciones.

- La maduración está referida al grado de desarrollo de los sistemas, aparatos u órganos del cuerpo humano.
- El proceso de maduración fisiológico sigue un orden siendo la cabeza lo primero que madura, seguida por el tronco y lo último las extremidades.

#### **2.5.4.3 Aprendizaje**

Es la interacción con el medio, la capacidad de relacionarse con otras personas.

- El ser humano puede interactuar con el entorno y puede participar en él.
- El aprendizaje es lo que posibilita que el ser humano se adapte a su medio.
- Las experiencias modifican el sistema nervioso, y por lo tanto, nuestra conducta.

- La principal función de la capacidad de aprender es desarrollar conductas que nos permitan adaptarnos a un entorno cambiante.
- El aprendizaje es una capacidad humana que ayuda en el desarrollo pero también en el crecimiento. Aprender modificar conducta externamente e internamente.

### **2.5.5 Importancia de los primeros años en el crecimiento humano.**

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

#### **2.5.5.1 Factores que incluyen en el crecimiento y desarrollo.**

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

- En el momento de la concepción se forma una célula nueva, compuesta por 46 cromosomas heredados, 23 del padre y 23 de la madre. La herencia genética queda determinada en ese momento.
- Los genes determinan aspectos como la talla, el peso, el color del pelo y los ojos, aspectos del desarrollo y de la capacidad de aprendizaje.

- La influencia genética es de un 80 - 90%, pero puede disminuir hasta el 60% si el ambiente o los factores son negativos.
- En los genes también viene determinado el grado máximo al que cada uno puede llegar en la adquisición de capacidades.

**2.5.5.3 Factores hormonales:** La regulación de los factores internos que inciden en el crecimiento y desarrollo son consecuencias de unos compuestos químicos llamados hormonas

- Su misión es regular los procesos bioquímicos en el organismo, acelerando o retrasando, o estimulando o inhibiendo las funciones y los procesos de diferenciación del crecimiento de las células.
- En el período fetal las hormonas que actúan son la insulina y el lactógeno placentario.
- Una vez nacido son la hormona del crecimiento (segrega somatomedinas que permite la incorporación de sulfato a los cartílagos de crecimiento), la Hormona tiroidea ( que favorece la maduración ósea y cerebral) y las hormonas sexuales (maduración sexual en la adolescencia)

**2.5.5.4 Factores circunstanciales:** (pueden producir trastornos, aunque el feto mantiene suficiente independencia, solo algo extremo puede influir en su crecimiento.

- ✓ Los hábitos de vida y salud de la familia (sobre todo madre embarazo).
- ✓ Hábito de consumo de alcohol, drogas o tabaco.
- ✓ No llevar dieta equilibrada, padecer enfermedades transmisibles o realizar actividades peligrosas durante la gestación

Al nacer el niño al final de la gestación normal, o sea alrededor de 40 semanas de embarazo, la mayoría de ellos, sean varones o niñas, pesarán entre 3 y 3,5 Kg. y medirán alrededor de 50 cm. con un perímetro cefálico de 35 cm.

En los primeros días de vida bajará alrededor de un 10 % del peso de nacimiento. Esta baja está dada por una redistribución del agua corporal y es un proceso fisiológico inevitable y conveniente. Hacia el 5° día de vida el peso se estabiliza y comienza luego un ascenso para volver al peso de nacimiento entre los 10 a 15 días.

Durante el primer año triplicará su peso de nacimiento y aumentará su estatura en un 50 %. Su cerebro se desarrollará alcanzando el 70 % del tamaño definitivo. Como decíamos antes la supervisión de este proceso es fundamental y será motivo de visitas mensuales al pediatra los primeros meses de vida.

Existen estudios de crecimiento en niños que se han hecho mediante seguimiento a grupos de ellos en muchos lugares del mundo. Estos estudios permitieron la confección de gráficos antropométricos lo que facilita la evaluación del niño durante su crecimiento.

Debe tenerse en cuenta, eso sí, que más importante que la situación de peso, talla y perímetro craneano a una edad cualquiera es apreciar el ritmo de dicho crecimiento en el tiempo y que se mantenga en forma armónica dentro de su canal de crecimiento.

#### **2.5.6 DESARROLLO:**

Es la adquisición de nuevas habilidades si bien está íntimamente ligada al proceso de crecimiento y como anticipábamos también se evalúa mes con mes.

El desarrollo se mide en base a las habilidades logradas por el bebe o el niño y son mucho más notorias en el primer año de vida que es cuando el proceso del desarrollo se encuentra más acelerado

Cada bebé tiene su propio ritmo de desarrollo, de manera que es imposible predecir con exactitud cuándo aprenderá una destreza en particular. Desde el nacimiento hasta los 5 años de edad, su hijo debe alcanzar ciertos indicadores en relación con la forma en que juega, aprende, habla y actúa. Un retraso en cualquiera de estas áreas podría ser una señal de un problema de desarrollo. La buena noticia es que mientras más pronto se identifique el retraso, más podrá hacer para ayudar a su hijo a alcanzar su máximo potencial.

### **Características del niño de 0 a 2 años 6 meses**

#### 1 mes

- Levantar momentáneamente la cabeza estando boca abajo
- Sigue con sus ojos los movimientos de las cosas y las caras de las personas a su alrededor.
- Empieza a sonreír espontáneamente

#### 2 meses

- Mantiene su cabeza erecta momentáneamente cuando es puesto de pie
- Toma un sonajero momentáneamente cuando se lo ponen en su mano
- Empieza a sonreír
- Vocaliza el bebe a veces cuando se le dice por ejemplo GuGu Da Da
- Pudiera empezar a distinguir mas a los padres que a otras personas
- Reacciona a ruidos fuertes

#### 3 meses

- Empieza a sonreír socialmente
- Levanta la cabeza cuando esta boca abajo
- Observa las caras con mucha atención
- Sonríe cuando escucha su voz

#### 4 meses

- Se empieza a voltear de boca abajo a boca arriba
- Hace por alcanzar los objetos con sus manos que están a su alcance
- Juegan con sus manos y se las observan
- Mira un móvil y agita sus brazos como emocionado
- Ya sostiene más firmemente el sonajero
- Sonríe y hasta se carcajea
- Ya siguen los objetos o a sus papas con ojos y cabeza de lado a lado (180°)
- Mantiene su cabeza levantada y fija al ponerlo boca abajo y se sostiene con manos
- Mantiene cabeza firme cuando lo pones sentadito

#### 7 meses

- Al sentarlo puede mantenerse
- Disfruta de juegos sociales
- Pasa objetos de una mano a otra
- Reacciona cuando se menciona su nombre
- Encuentra objetos parcialmente escondidos

#### 12 meses

- Le gusta imitar a otras personas cuando juega
- Se puede sentar sin ayuda
- Golpea 2 objetos uno contra otro
- Responde a solicitudes verbales sencillas

#### 24 meses

- Camina solo
- Señala objetos o imágenes cuando se las mencionan
- Empieza a jugar con la imaginación

- Es progresivamente más independiente

### 36 meses

- Trepa bien
- Pasa las hojas de los libros una a la vez
- Usa oraciones de 4 o 5 palabras
- Clasifica los objetos por su color y forma

Aspectos.

- Área motora
- Área social y emocional
- Área de la audición y el lenguaje

### **Área motora:**

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

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

### **Área social:**

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

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

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

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

Al año se interesa por juegos y comienza a desarrollar una mayor interacción social.

La lactancia materna se ha visto como un elemento facilitador de un adecuado desarrollo social y emocional al favorecer el vínculo madre-hijo.

### **Área cognitiva-lingüística:**

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

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

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

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

#### **2.5.6.1 Características del crecimiento infantil.**

El crecimiento y desarrollo del niño se caracteriza por una secuencia ordenada de eventos cronológicos, de numerosos detalles en su expresión física y cognoscitiva, y por la gran variabilidad de resultados en cuanto a la capacidad física y funcional del individuo. Asimismo, por la interacción de múltiples factores biopsicosociales y nutricionales que condicionan el crecimiento y el desarrollo y determinan la óptima realización del potencial genético de cada ser humano.

Esencialmente, depende de la herencia y del medio social donde se desenvuelve el niño, del acervo y las tradiciones culturales que lo rodean y de la capacidad de satisfacer sus requerimientos nutricionales en cada momento específico de la vida. Además, está influido por la enfermedad y a su vez la enfermedad es constantemente modificada por el crecimiento. En el primer caso, se conoce el efecto de los procesos infecciosos repetidos en la primera infancia (diarreas y entidades respiratorias agudas, especialmente), que se acompañan con frecuencia, de retraso en el crecimiento del niño. Y en el segundo, como se pudo constatar en el raquitismo y el escorbuto, las lesiones se localizan preferentemente en aquellas zonas del hueso que crecen a mayor velocidad.

Existe amplia documentación sobre las relaciones entre crecimiento físico, desarrollo cognoscitivo y estado emocional, como sucede en la pubertad, cuando

se alcanza en forma muy temprana o más tardía de lo esperado para la edad cronológica respectiva.

Son conocidos los trastornos psicológicos y de comportamiento que puede experimentar el niño, ya sea en una u otra de las anteriores circunstancias, durante este período crítico de la vida. Por consiguiente, es fundamental conocer los procesos relacionados con el crecimiento y el desarrollo en los primeros años de vida, para comprender la dinámica de la salud y los factores que determinan el comportamiento del niño y condicionan su ulterior rendimiento escolar.

La competencia profesional y el éxito de los responsables por la salud y el crecimiento del niño, aumentarán en razón directa al conocimiento que se tenga sobre estos procesos, entre los que se destacan la alimentación y la nutrición como factores esenciales para satisfacer los requerimientos fisiológicos. Por otro lado, con bases científicas sólidas se podrá incrementar la capacidad para el manejo apropiado de las desviaciones que se produzcan como resultado de los desequilibrios, por exceso o por defecto, en el consumo de nutrientes, lo que constituye en esta época de transición demográfica y polarización epidemiológica nutricional, factor importante de riesgo para la salud individual y colectiva de los países en desarrollo.

Es pertinente anotar que en los últimos años se ha observado un incremento progresivo de la malnutrición por exceso principalmente en nuestro país, debido entre otros factores, al desequilibrio entre consumo y gasto calórico, que ocasiona una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto en grupos afluentes como en estratos de bajos ingresos de la sociedad.

## **Control del niño sano**

Se le llama así, al control regular de un paciente desde el momento mismo del nacimiento hasta el término de la adolescencia. La Norma Oficial Mexicana establece que durante el primer año, un niño (a) debe revisarse clínicamente:

En el momento del nacimiento, a la semana de vida, al mes de edad y posteriormente, a los 2, 4, 6,9 y 12 meses. Durante el segundo año de vida, debe ser evaluado cada 3 meses; de los 2 a los 5 años por lo menos de 2 a 3 veces al año y a partir de entonces, de 1 a 2 veces al año. Esta revisión clínica debe ser ajustada a cada paciente ya que si éste es portador de algún problema especial (por ejemplo una enfermedad del corazón) evidentemente las necesidades de las revisiones son diferentes.

En cada visita médica hacemos una evaluación integral del paciente: Peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla y perímetro cefálico. Estas medidas son las más importantes para darnos una idea de si el crecimiento del individuo es armónico o no. Por ejemplo: si el perímetro cefálico está creciendo a un ritmo menor que el de su talla, puede indicarnos la probabilidad de que el cerebro no se está desarrollando adecuadamente o de que las suturas de la cabeza del niño se han cerrado en forma prematura y cada una de estas posibilidades implica un abordaje y tratamiento muy diferentes. Aquí detectamos si el paciente tiene algún grado de desnutrición o si por el contrario, está cursando con sobrepeso y obesidad para tomar las medidas necesarias para mantenerlo en un rango ideal de peso de acuerdo a su edad, talla y sexo.

En este punto es muy importante la decisión del momento ideal para iniciar con los alimentos diferentes a la leche (ablactación) y además enseñarle a los padres cuáles son los alimentos considerados alérgicos para que sean introducidos a la dieta del bebé en el tiempo de menor riesgo. Además de estos parámetros, existen otras medidas que los pediatras hacemos en cada paciente como por

ejemplo la relación del segmento superior con el inferior del cuerpo, la longitud del pie, la circunferencia del tórax y abdomen, etc. los cuáles tienen una implicación clínica propia.

### **2.5.7 MALNUTRICIÓN**

La malnutrición es el estado que aparece como resultado de una dieta desequilibrada, en la cual hay nutrientes que faltan, o de los cuales hay un exceso, o cuya ingesta se da en la proporción errónea. Puede tener como causa también la sobre alimentación

La limitada o inexistente lactancia causa otros 1.4 millones. Otras deficiencias, como la falta de vitamina A o zinc, por ejemplo, representan un millón. La malnutrición en los primeros dos años de vida es irreversible. Un niño malnutrido crece con un estado de salud y logros educativos menores. En general, sus propios hijos también tienden a ser más pequeños. Anteriormente, la malnutrición se veía como algo que exacerbaba los problemas de enfermedades como sarampión, neumonía y diarrea. Actualmente, se considera que la malnutrición realmente es la causa de esas enfermedades también, y puede ser fatal por sí misma.

La malnutrición incrementa el riesgo de infección y de enfermedades infecciosas. Por ejemplo, es un factor de riesgo importante en el comienzo de la tuberculosis activa. En comunidades o áreas en las que se produce ausencia de agua potable apta para el consumo humano, estos riesgos adicionales a la salud presentan un problema crítico. La disminución de la energía y un funcionamiento dañado del cerebro también forman parte de la espiral restrictiva de la malnutrición, dado que sus víctimas son menos capaces de llevar a cabo las labores necesarias para adquirir alimento, ganar un sueldo o recibir una educación.

Pueden surgir diferentes desórdenes nutricionales, dependiendo de qué nutrientes faltan o son sobre utilizados en la dieta

#### **2.5.7.1 Causas de la malnutrición**

Entre las principales causas de la malnutrición se encuentran la pobreza y los precios de los alimentos, las prácticas alimenticias y la productividad agrícola, siendo multitud de casos individuales causados por una mezcla de varios factores. La malnutrición puede ser también consecuencia de otras cuestiones sanitarias como enfermedades diarreicas o enfermedades crónicas, especialmente la pandemia de VIH/sida, o la malnutrición clínica, como en el caso de la caquexia.

#### **2.5.7.2 Pobreza y precio de los alimentos**

La escasez de alimentos puede ser un factor que contribuya a la malnutrición en países con falta de tecnología. Se estima que el 80% de niños malnutridos viven en el mundo en desarrollo, en países que a pesar de ello producen suficientes superávits de alimento como para alimentarlos. El economista **Amartya Sen** observó que, en décadas recientes, el hambre tenía siempre que ver con problemas de distribución del alimento y/o pobreza, aunque hubiera suficiente alimento para alimentar a toda la población en el mundo. Estableció que la malnutrición y el hambre estaban especialmente relacionadas con problemas en la disponibilidad y distribución de alimentos, así como con el poder adquisitivo.

Se ha argumentado que la especulación con materias primas ha incrementado el coste de la comida. Cuando la burbuja inmobiliaria en Estados Unidos estaba colapsando, se ha afirmado que trillones de dólares se dirigieron hacia inversiones en alimentos y materias primas, lo que provocó la crisis alimentaria mundial de 2007-2008.

### **2.5.7.3 Prácticas alimenticias**

La falta de lactancia puede derivar en malnutrición en niños. Las posibles causas de este problema en el mundo en desarrollo pueden deberse a que la familia media piensa que la leche embotellada es mejor para la alimentación de los bebés. La **OMS** dice que las madres abandonan la lactancia porque no saben cómo hacer que su bebé mame correctamente o porque sufren molestias o incomodidades.

Basar de modo excesivo la dieta de una persona en una sola fuente de alimento, como en el caso de una alimentación basada casi exclusivamente en la ingesta de maíz o arroz, puede provocar malnutrición. Esto puede deberse tanto a la falta de educación sobre una alimentación adecuada, como al hecho de tener solo una fuente de alimento disponible.

Se suele pensar en la malnutrición sólo en términos de hambre, si bien la sobre alimentación es un factor que contribuye a ella también. En multitud de lugares del mundo existe un acceso a un superávit de comida no nutritiva, lo que se añade a estilos de vida sedentarios. Esto ha desembocado en una epidemia de obesidad. Y ello no sólo en el mundo desarrollado, sino también en países en desarrollo que han visto crecer sus ingresos.

### **2.5.7.4 Factores**

- Mala alimentación;
- Falta de cuidado hacia el niño;
- Brindar afecto al niño;
- Falta de información sobre que alimentos debe ingerir el niño
- Carencia de recursos económicos

### **2.5.7.5 La desnutrición**

La Organización Mundial de la Salud define la Desnutrición como la mayor amenaza individual a la salud pública mundial. La mejora de la nutrición es vista de modo amplio como la forma de ayuda más efectiva. Entre las medidas de emergencia para aliviar la malnutrición se encuentran el suministro de los micronutrientes deficientes a través de sobres de polvo fortalecido, o mediante crema de cacahuete, o directamente a través de suplementos.

La desnutrición es un signo de carencia de falta de nutrientes, se diagnostica a partir de una evaluación médica, a través del peso de los niños se hace una evaluación del peso y talla, se hace un cálculo de índice de la masa corporal esto diagnostica si el niño está bajo peso o desnutrido. Son distintos los aspectos que llevan a una desnutrición como las distintas formas de alimentación, costumbres y culturas, también de la región, y en donde se vive.

La Desnutrición es de lejos la mayor causa de mortalidad infantil, presente en la mitad de todos los casos. Seis millones de niños mueren de hambre cada año. Los nacimientos con peso bajo y restricciones intra uterinas causan 2.2 millones de muertes infantiles al año.

### **2.5.7.6 Consecuencias:**

La desnutrición es una enfermedad muy peligrosa que además de llevar a la Muerte, acarrea las siguientes consecuencias:

- El niño no se desarrolla por completo como un niño sano
- El retraso del aprendizaje
- Provoca otras enfermedades

### **2.5.7.7 Causas**

- ✓ Disminución de la ingesta dietética.
- ✓ Mal absorción.
- ✓ Aumento de los requerimientos, como ocurre por ejemplo en los lactantes prematuros, en infecciones, traumatismo importante o cirugía.
- ✓ Psicológica; por ejemplo, depresión o anorexia nerviosa.

La desnutrición se puede presentar debido a la carencia de una sola vitamina en la dieta o debido a que la persona no está recibiendo suficiente alimento. La inanición es una forma de desnutrición. La desnutrición también puede ocurrir cuando se consumen los nutrientes adecuadamente en la dieta, pero uno o más de estos nutrientes no es/son digerido(s) o absorbido(s) apropiadamente.

La desnutrición puede ser lo suficientemente leve como para no presentar síntomas o tan grave que el daño ocasionado sea irreversible, a pesar de que se pueda mantener a la persona con vida.

A nivel mundial, especialmente entre los niños que no pueden defenderse por sí solos, la desnutrición continúa siendo un problema significativo. La pobreza, los desastres naturales, los problemas políticos y la guerra en países como Biafra, Somalia, Ruanda, Iraq y muchos otros más han demostrado que la desnutrición y el hambre no son elementos extraños a este mundo.

### **2.5.7.8 Síntomas**

Los síntomas varían de acuerdo con cada trastorno específico relacionado con la desnutrición. Sin embargo, entre los síntomas generales se pueden mencionar: fatiga, mareo, pérdida de peso y disminución de la respuesta inmune.

### **2.5.7.9 Prevención**

- Acude a la unidad de salud para que controles tu embarazo.
- Dale sólo leche materna hasta los 6 meses de edad.
- No utilices biberón.
- A partir del cuarto o sexto mes dale otros alimentos además de la leche materna
- Dale de comer 5 veces al día de los alimentos que tengas en casa.
- Prepara los alimentos con limpieza.
- Vigila su crecimiento y desarrollo y llévalo a vacunar.
- Incluye en cada comida alimentos de los tres grupos:
- Cereales y tubérculos (tortillas, pan, arroz, pastas, camote o papas).
- Leguminosas y alimentos de origen animal (frijol, lentejas haba, pollo, huevo, pescado, carne, leche o queso).
- Verduras y frutas de temporada y de la región.
- Lava tus manos antes de preparar o darle los alimentos y después de ir al baño o cambiar el pañal.
- Si observas que el niño o niña está triste, no juega y no quiere comer, llévalo de inmediato a la unidad de salud, puedes estar a tiempo de evitar que se enferme.

### **2.5.8. Alimentación Sana:**

La base de una alimentación saludable es comer en forma equilibrada todos los alimentos disponibles.

Alimentarse no es solo nutrirse bien hay que tener en cuenta que tipos de alimentos esta ingiriendo el niño. La alimentación y la nutrición son procesos por los cuales el organismo utiliza, transforma e incorpora en sus estructuras los nutrientes, sustancias químicamente definidas, que se encuentran en los alimentos. La alimentación es educable, modificable, voluntaria y consciente. En cambio la nutrición es considerada bajo el concepto de proceso biológico involuntario,

inconsciente y no educable.

No todos los alimentos tienen igual valor nutritivo. Todos nos ofrecen energía y sustancias nutritivas pero en cantidades diferentes. De aquí se puede concluir que no hay ningún alimento completo en sí mismo, que comer 2 o 3 no es suficiente, y que, por lo tanto, es bueno que varios estén presentes diariamente. La alimentación variada asegura la incorporación y aprovechamiento de todos los nutrientes que necesitamos para crecer y vivir saludablemente

Un Niño no es un adulto de dimensiones reducidas, si no es un ser biológico distinto, está creciendo y desarrollándose. En el primer año de vida es muy importante el crecimiento y desarrollo cerebral, para protegerlo en ese lapso la lactancia materna ayuda. En países en desarrollo se aconseja prolongarla cuanto sea posible. Después del destete es alimentado con los escasos e incompletos recursos alimentarios. Esta es la época de la mayoría de la enfermedad infecta contagiosa. Tienen alto porcentaje de agua corporal total, pero la mayoría de ella es la más fácil de perder. La frecuencia de diarreas infecciosas produce que haya un peligro de deshidratación.

#### **2.5.8.1 Lactancia materna**

La lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre. Entre ellos destaca la protección frente a las infecciones gastrointestinales, que se observa no solo en los países en desarrollo, sino también en los países industrializados. El inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal. El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial.

La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses. La leche materna también es una fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades, y reduce la mortalidad de los niños malnutridos.

Los adultos que recibieron lactancia materna en la infancia suelen tener menor tensión arterial y menores concentraciones de colesterol, así como menores tasas de sobrepeso, obesidad y diabetes de tipo 2.

La lactancia materna también contribuye a la salud y bienestar de las madres: reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, y ayuda a espaciar los embarazos. La lactancia exclusivamente materna hasta los 6 meses tiene un efecto hormonal que a menudo produce amenorrea (ausencia de menstruaciones), por lo que constituye un método natural, aunque no infalible, de control de la natalidad (amenorrea por lactancia).

Las madres y las familias necesitan apoyo para que sus hijos reciban una lactancia materna óptima. Entre las medidas que ayudan a proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna destacan:

La aplicación de los pasos hacia una feliz lactancia natural que se especifican en la iniciativa «Hospitales amigos del niño», tales como:

- Contacto entre la piel del niño y de la madre inmediatamente después del parto e inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida.
- Lactancia materna a demanda (es decir, tan a menudo como quiera el niño, tanto de día como de noche).
- Alojamiento conjunto, para que la madre y el niño permanezcan juntos las 24 horas del día.
- Interdicción de otros alimentos y bebidas, incluida el agua.

- El apoyo de los servicios de salud, proporcionando asesoramiento sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño durante todos los contactos con los niños pequeños y sus cuidadores, como las consultas prenatales y posnatales, las consultas de niños sanos y enfermos o las vacunaciones.
- El apoyo de la comunidad, como pueden ser grupos de apoyo a las madres o actividades comunitarias de promoción de la salud y educación sanitaria.

### **2.5.8.2 Alimentación complementaria**

Alrededor de los 6 meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios cuando el niño cumple los 6 meses o si son insuficientes, su crecimiento puede verse afectado. Los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada son:

- Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los 2 años o más.
- Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual).
- Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
- Empezar a los 6 meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.
- Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.
- Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.
- Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes.

- Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
- Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos.

### **2.5.8.3 Causas**

- Disminución de la ingesta dietética.
- Mala absorción.
- Aumento de los requerimientos, como ocurre por ejemplo en los lactantes prematuros, en infecciones, traumatismo importante o cirugía.
- Psicológica; por ejemplo, depresión o anorexia nerviosa.

La desnutrición se puede presentar debido a la carencia de una sola vitamina en la dieta o debido a que la persona no está recibiendo suficiente alimento. La inanición es una forma de desnutrición. La desnutrición también puede ocurrir cuando se consumen los nutrientes adecuadamente en la dieta, pero uno o más de estos nutrientes no es/son digerido(s) o absorbido(s) apropiadamente.

La desnutrición puede ser lo suficientemente leve como para no presentar síntomas o tan grave que el daño ocasionado sea irreversible, a pesar de que se pueda mantener a la persona con vida.

A nivel mundial, especialmente entre los niños que no pueden defenderse por sí solos, la desnutrición continúa siendo un problema significativo. La pobreza, los desastres naturales, los problemas políticos y la guerra en países como Biafra, Somalia, Ruanda, Iraq y muchos otros más han demostrado que la desnutrición y el hambre no son elementos extraños a este mundo.

#### **2.5.8.4 Síntomas**

Los síntomas varían de acuerdo con cada trastorno específico relacionado con la desnutrición. Sin embargo, entre los síntomas generales se pueden mencionar: fatiga, mareo, pérdida de peso y disminución de la respuesta inmune.

#### **2.5.9 Micronutrientes en polvo (sprinkles o CHIS PAZ)**

Son una propuesta creativa para brindar micronutrientes a niñas y niños pequeños entre 6 y 24 meses de edad. Se trata de sobres individuales con una combinación de micronutrientes. Hierro encapsulado, zinc, vitaminas, C, D, y ácido fólico que se añaden al alimento para prevenir las anemias por deficiencia de hierro.

El fumarato ferroso de las Chis Paz es encapsulado con una cubierta lipídica, que impide la disolución del mismo en las comidas, evitando cambios organolépticos en color, olor y sabor.

La administración de 60 sobres de Chis Paz en 60 días, un sobre por día, es suficiente para mejorar rápidamente las concentraciones de hemoglobina y los depósitos de hierro en una gran proporción de niñas y niños pequeños.

Luego de la ingestión de 60 sobres los beneficios hematológicos se mantienen por un periodo de 6 meses.-Por lo tanto los sobres pueden no ser necesarios durante un periodo largo de tiempo.

Cada sobre de Chis Paz contiene.

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

En el primer contacto a partir de los 6 meses de edad del menor, se entregará una caja con 30 sobres. Se debe indicar a la madre que debe administrar al niño o niña

un sobre por día. Los 30 sobres restantes serán entregados en un segundo contacto cuando el niño o niña asista al control.

Este fraccionamiento en las entregas tiene como fin preservar los micronutrientes y realizar el seguimiento al consumo del suplemento. Una vez terminados los 60 sobres se espera un lapso de 4 meses para prescribir e iniciar un nuevo ciclo de 60 sobres. La implementación debe realizarse idealmente a los 6,12, y 18 meses de edad del niño o niña. Si la primera entrega es a los 6+ meses de edad los niños terminaran los sobres a los 8 meses y el nuevo ciclo debería iniciar a los 12 meses, es decir 4 meses después.

Es importante calcular el tiempo en base a la primera entrega, ya que el primer contacto no necesariamente va a ser a los 6 meses, sin embargo siempre debe existir un lapso de 4 meses entre el consumo del último sobre y la nueva entrega.  
Suplementario de hierro con micronutrientes en polvo.

Para la correcta distribución de Chis Paz es importante tener en cuenta los siguientes puntos.

- ✓ Indicar a la madre que se debe administrar un solo sobre por día durante 60 días seguidos. Si por algún motivo deja de administrar un día las Chis Paz, por olvido u otra circunstancia, debe continuar con la suplementario de un sobre por día como indica la norma y compensar al final, es decir ,cuando termine el resto de sobres
- ✓ Los primeros 30 sobres deben ser entregados en el primer contacto con el menor, a partir de los 6 meses de edad de los niños y el resto un mes después.
- ✓ Iniciar el primer ciclo desde los 6 meses de edad en adelante, a los 6 meses de edad cumplidos, junto a la alimentación complementaria.-Repetir ciclos de tratamientos cada 6 meses, luego a los 12 y 18 meses de edad.

- ✓ Brindar a la madre consejería respecto al uso de Chis Paz y los beneficios de hacerlo.

#### **2.5.9.1 Procedimiento**

- a. Lavarse las manos con agua y jabón
- b. Preparar el alimento que el menor va a comer bajo normas estrictas de higiene y colocarlo en el plato del niño
- c. Tomar una pequeña porción,(2 o 3 cucharadas) del alimento que el menor comerá y colocarla en un plato aparte. Dejarlo enfriar a una temperatura aceptable para el consumo del niño.
- d. Romper la esquina superior del sobre.
- e. Poner todo el contenido del sobre en la porción del alimento que el niño consumirá.
- f. Mezclar bien el alimento que el niño de seguro camera en su totalidad con todo el contenido del sobre.
- g. Una vez preparado el alimento con el sobre, no compartirlo con otros miembros de la familia. El alimento con él con tenido del sobre es solo para el niño.
- h. el alimento debe consumirse máximo en 30 minuto, si se espera más tiempo el alimento puede cambiar de color.
- i. Es preferible no verter el producto en líquidos, ya que parte del contenido se puede quedar en las paredes del recipiente.
- j. El alimento no puede volverse a calentar.

#### **2.5.9.2 Ventajas**

- Suministran una dosis diaria periódica de micronutrientes independiente de los alimentos del niño
- Este producto permite añadir al alimento otros micronutrientes (como vitaminas A, C,acido fólico y zinc)
- La encapsulación lipídica del hierro previene la interacción con los

alimentos, evitando así los cambios de color, sabor y textura, además reduce las molestias gastrointestinales y la interacción del hierro con otros micronutrientes porque se absorbe a nivel del intestino delgado.

- Los sobres son fáciles de usar y convenientes, no requiere de ningún utensilio de medición especialmente pueden ser administrados en cualquier comida durante el transcurso del día.
- No requiere un cambio en la alimentación ya que se lo mezcla con productos preparados en casa, no obstaculiza las prácticas de la lactancia materna.
- La sobredosis es poco probable debido a que se debe consumir 20 sobres en un mismo momento para alcanzar niveles de toxicidad.
- Al ser los sobres livianos son fáciles de almacenar ,transportar y distribuir, su vida útil es 2 años
- El costo del producto no es excesivo y el embalaje es atractivo y de fácil aceptación.

### **2.5.9.3 Efectos secundarios**

- Oscurecimiento de las heces
- Constipación
- Diarrea leve que no da lugar a una deshidratación y dura una semana y no regresa, es auto limitada.

### **2.5.9.4 Vitamina A**

La suplementación de vitamina A se hace mediante 2 vías:

1. A través de las Chis Paz que contiene 300 ug de Equivalentes de Retinol equivalente a 999 Unidades Internacionales
2. A través de mega dosis semestrales.

Esta suplementación debe realizarse en niños y niñas que se encuentran con:

- Sarampión
- Diarreas
- Enfermedades respiratorias
- Varicela
- Otras infecciones graves
- Malnutrición grave
- Deficiencia de vitamina A (retardo en el crecimiento, ceguera nocturna, xeroftalmia, lesiones en la piel, sequedad de las mucosas, trastornos en la respuesta inmunológica, infecciones recurrentes, y aumento de la morbimortalidad por enfermedades respiratorias diarreicas y virales.)

#### **2.5.9.5 Esquema de administración de la vitamina A**

- Niños de 6 a 12 meses con infecciones diarreicas, respiratorias, desnutrición o sarampión: administrar UNA SOLA DOSIS de 100.000U.I, por vía oral al momento del diagnóstico. El niño NO debe haber recibido suplementación con mega dosis de vitamina A en los últimos 30 días.
- Niños de 12 a 59 meses con infecciones diarreicas, respiratorias y desnutrición que NO hayan recibido suplementación con mega dosis de vitamina A en los últimos 30 días administrar UNA SOLA DOSIS de 200.000 U.I al momento del diagnóstico
- Niños de 12 a 59 meses con sarampión que NO hayan recibido suplementación con mega dosis de vitamina A en los últimos 30 días, administrar DOS DOSIS de 200.000 U.I la primera al momento del diagnóstico y la segunda al día siguiente.
- Registrar la administración de vitamina A en el carnet de salud del niño. y en la historia clínica.

#### **2.5.9.6 Ventajas**

- La mortalidad en niños se reduce en un 19 a 23 % por sarampión y diarrea.

- Disminuye la incidencia, prevalencia y severidad de la diarrea.
- Disminuye las complicaciones graves del sarampión.
- Mejora la respuesta inmune.
- Reduce el tiempo de hospitalización por estas enfermedades.

#### **2.5.9.7 Efectos secundarios**

- Vómitos leve
- Cefalea rara vez.
- Advierta a la madre que los síntomas pasaran y que no es necesario ningún tratamiento específico.

#### **2.5.10 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

Las medidas antropométricas es el conjunto de procedimientos utilizados para determinar las dimensiones o medidas de los seres humanos.

La antropometría es el método más utilizado para evaluar el estado nutricional de las personas durante toda su vida desde el nacimiento hasta la vejez.

Las medidas antropométricas permiten estimar la composición corporal, inferir acerca de la ingestión de alimentos, el ejercicio o la presencia de enfermedad.

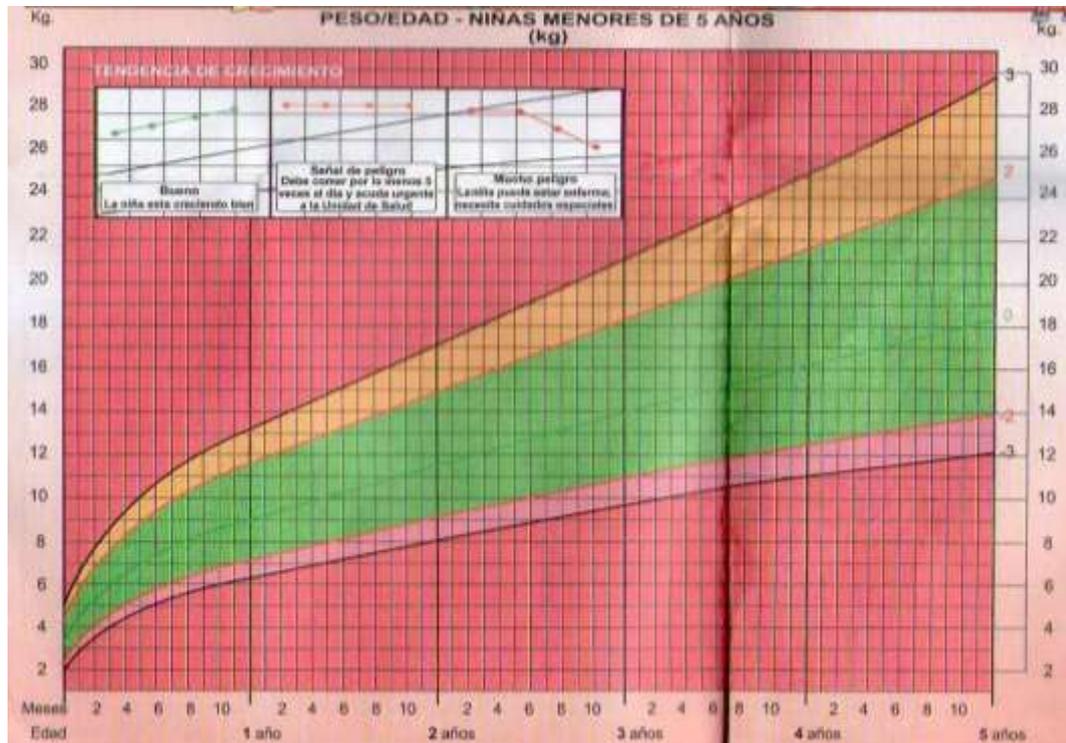
Las mediciones más comunes son el, peso, la talla, y el perímetro cefálico son las medidas más utilizadas en, los niños menores de 5 años.

**Peso:** Expresa el crecimiento de la masa corporal en su conjunto .Para evaluar adecuadamente su significado hay que tener en cuenta la edad del niño, la talla, la configuración del cuerpo, las proporciones de grasa, musculo y hueso ,el peso al nacimiento y la constitución física entre otros.

El peso medio al nacer es de 3500 (2500 – 4000 g). Se produce una perdida fisiológica del 5 al 10% del peso corporal en la primera semana de vida. La

recuperación del peso del nacimiento se produce entre el 7° y el 10° día de vida. Duplican el peso del nacimiento a los 5 meses. Lo triplican al año y lo cuadruplican a los dos años

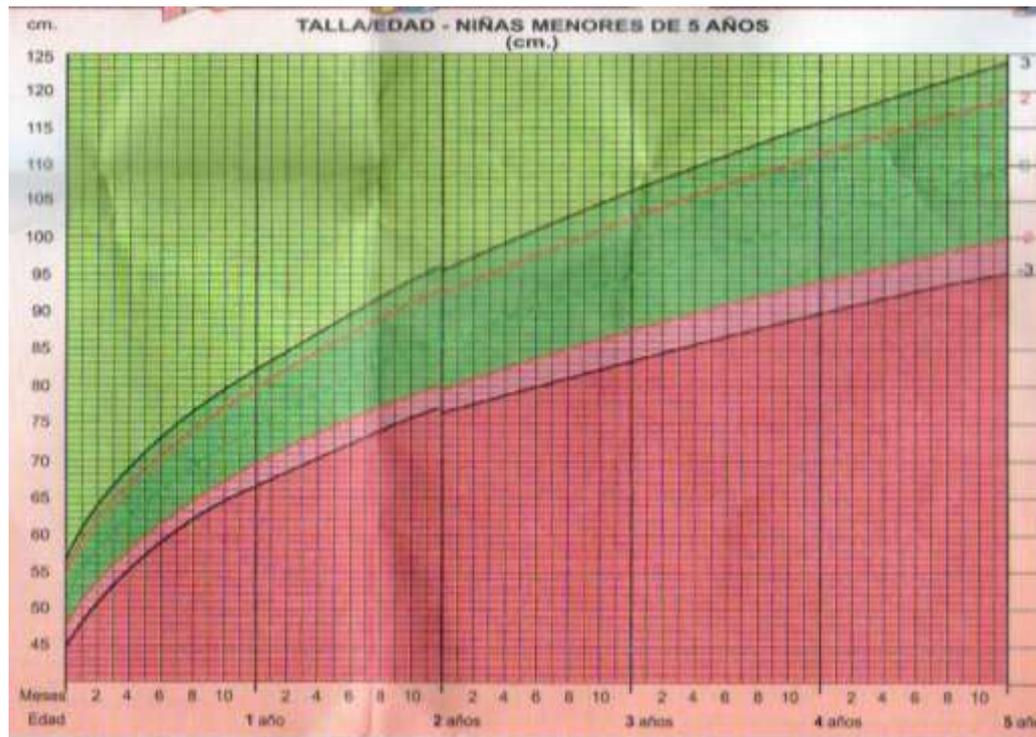
**Tabla #: 2**



FUENTE: M.S.P

**Talla:** Es la dimensión que mide la longitud o altura de todo el cuerpo; cuando se le toma en posición acostada se le denomina longitud supina y cuando se le toma en posición de pie, estatura. Se considera la dimensión más útil para la evaluación retrospectiva del crecimiento. La talla media al nacer es aproximadamente de 50 cm (48 – 52 cm). Al año, la talla media alcanza los 75 cm. Se duplica la talla del nacimiento hacia los 4 años.

**Tabla #: 3**



FUENTE M.S.P

### **Perímetro craneal:**

El perímetro cefálico o perímetro craneal es la medida del contorno de la cabeza en su parte más grande, situado sobre las orejas y cejas. Se mide utilizando una cinta métrica. El tamaño medio del cráneo al nacer es de 35 cm, a los 6 meses de 44 cm, y al año de 47 cm. Al nacer es mayor que el diámetro torácico, pero hacia el final del primer año se suele igualar.

### **2.5.11 TEST DE DENVER**

El Test de Denver o Escala de Denver, no se trata de un test para medir la inteligencia, sino que es una herramienta que permite recolectar datos, observarlos, evaluarlos y en función de ellos, indicar si el desarrollo psicomotor del niño (adquisición progresiva de habilidades a consecuencia de la maduración del Sistema Nervioso Central), es acorde a lo esperable para su edad, es decir, se encuentra dentro de los límites considerados normales para la edad cronológica de

ese niño. El rango de edad que evalúa este test es entre los 14 meses y los 6 años de vida.

Su función es fundamentalmente preventiva, es decir que a través de él lo que se busca es advertir futuros problemas en el desarrollo psicomotor del niño. Un porcentaje menor al 50% de los niños que tienen trastornos en su desarrollo psicomotor es identificado antes de su ingreso a la educación formal.

Para valorar la evolución del niño, el Test de Denver utiliza cuatro categorías a través de cada una de las cuales evalúa cuatro áreas del desarrollo: Motricidad fina, motricidad gruesa, sociabilidad, adquisición del lenguaje.

#### **2.5.11.1 Cuatro categorías de análisis del Test de Denver:**

1. Desarrollo de las habilidades motoras o de postura: Refiere a todo aquello que incluye la coordinación corporal y los movimientos
2. Desarrollo de las habilidades motoras finas (manuales): Es decir todas aquellas habilidades que incluyen las capacidades de coordinación, concentración y destrezas manuales. Por ejemplo, sujetar y manipular los objetos con las manos
3. Contacto con el entorno (social): La relación del niño con su entorno, con el medio que lo rodea y el manejo de la sociabilidad en función del mismo
4. Desarrollo del lenguaje: Se evalúa cómo ha sido el proceso de adquisición del lenguaje y la evolución del mismo. Su habilidad para escuchar y comunicarse.

## 2.5.12 INMUNIZACIONES

- **Inmunidad:** Es el conjunto de factores humorales y celulares que protegen al organismo frente a la agresión de agentes infecciosos.
  - **Vacunación:** Es la administración de preparados toxoides o vacunas
- 
- ✓ **Vacuna:** Es la preparación de microorganismos vivos atenuados, muertos o de porción antigénicas de estos, que son presentados para un individuo para inducir inmunidad y prevenir una enfermedad específica.
  - ✓ **Toxoides:** Es una toxina bacteriana modificada que se ha vuelto atóxica, pero conserva su capacidad de estimular la formación de antitoxina.

### 2.5.12.1 Vías de administración

- 1) **Vía intramuscular:** Se utiliza esta vía para la administración en la masa muscular profunda de un producto biológico (inmunoglobulinas o vacunas) que serán absorbidas de forma rápida.
  - **Musculo vasto externo o cara antero lateral del muslo;** esta es la localización indicada para las inyecciones intramusculares en recién nacidos, lactantes y niños menores de 12 años.
  - **Musculo deltoides;** se utiliza en adultos y niños mayores de 12 años y siempre teniendo en cuenta el peso y la talla del niño para asegurara una buena absorción.
- 2) **Vía subcutánea o hipodérmica:** Es la introducción en el interior del tejido conjuntivo, debajo de la piel, de un producto biológico que será absorbido lentamente.
- 3) **Vía intradérmica:** Es la introducción dentro de la dermis de una cantidad mínima (0.01 a 0.1 ml) de un producto biológico que será absorbido de forma lenta y local. La aguja se insertara con el bisel hacia arriba y un ángulo de 15° paralelo al eje longitudinal del antebrazo.
- 4) **Vía oral:** Es la vía utilizada para algunas vacunas como la VPO.

Se utilizan viales para la administración directamente en la boca.

#### **2.5.12.2 Vacuna ideal**

##### **Características:**

- Mimetizar una respuesta inmunológica similar a la de la infección natural.
- Ser efectiva
- Mínimos efectos secundarios
- Inmunidad persistente a largo plazo
- Existir en dosis única y compatible con otras vacunas
- No invasora
- De administración precoz
- Ser estable a temperatura ambiente
- De fácil producción

#### **2.5.12.3 Efectos secundarios**

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

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

#### **Se debe vacunar a todos los niños cuándo:**

- Todos los niños deben recibir durante el primer año y en forma OBLIGATORIA las vacunas que se indican en el esquema básico de vacunación
- Algunas vacunas requieren una sola dosis, otras necesitan varias dosis o refuerzos, los que se deben poner en la edad correspondiente.
- Se recomienda vacunar al niño aunque esté con enfermedades como resfriado, tos, catarro o diarrea leve.
- Todas las vacunas se aplican en los Puestos de Salud.

Tabla #: 4

| ESQUEMA DE VACUNACIÓN        |                            |                      |                   |                       |                              |                   |                          |                                |  |  |
|------------------------------|----------------------------|----------------------|-------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------------|--|--|
| GRUPOS DE EDAD               | VACINA                     | 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  |
| NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS          | BCG                        | 1                    | 0,05 ml           | V.O.                  | 8 N                          |                   |                          |                                |  |  |
|                              | HB (Amesoria)              | 1                    | 0,05 ml           | IM                    | 8 N                          |                   |                          |                                |  |  |
|                              | Rotavirus                  | 2                    | 1 ml              | V.O.                  | 2 m.                         | 4 m.              |                          |                                |  |  |
|                              | OPV                        | 3                    | 2 Got.            | V.O.                  | 2 m.                         | 4 m.              | 6 m.                     |                                |  |  |
|                              | Pentavalente (DTP) (mixto) | 3                    | 0,5 ml            | IM                    | 2 m.                         | 4 m.              | 6 m.                     |                                |  |  |
|                              | Neumococo Conjugado        | 2                    | 0,5 ml            | IM                    | 2 m.                         | 4 m.              |                          |                                |  |  |
|                              | SR                         | 1                    | 0,5 ml            | SC                    |                              |                   | 6 m.                     |                                |  |  |
|                              | Influenza Pediátrica       | 2                    | 0,5 ml            | IM                    |                              |                   | 6 m.                     | Al mes de la 1ra. Dosis        |  | Solo en Campaña.   |
| 13 A 17 AÑOS                 | DTP                        | 1                    | 0,5 ml            | IM                    |                              |                   |                          |                                | 1 año después de la 3ra. Dosis de Punta. |  |
|                              | OPV                        | 1                    | 2 Got.            | V.O.                  |                              |                   |                          |                                | 1 año después de la 3ra.                 |  |
|                              | Neumococo Conjugado        | 1                    | 0,5 ml            | IM                    |                              |                   |                          |                                | 1 año de Edad                            |  |
|                              | SRP                        | 1                    | 0,5 ml            | SC                    | Dosis Única                  |                   |                          |                                |  |  |
|                              | VARICELA                   | 1                    | 0,5 ml            | SC                    | Dosis Única                  |                   |                          |                                |  |  |
|                              | Fiebre Amarilla            | 1                    | 0,5 ml            | SC                    | 1er. Contacto                |                   |                          |                                |  | Cada 10 años   |
|                              | Influenza Pediátrica       | 1                    | 0,5 ml            | IM                    |                              |                   |                          |                                |  | Solo en Campaña.   |
|                              |                            |                      |                   |                       |                              |                   |                          |                                |  |  |
| ESQUEMA DE VACUNACIÓN        |                            |                      |                   |                       |                              |                   |                          |                                |  |  |
| GRUPOS DE EDAD               | VACINA                     | 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  |
| NIÑOS 13 A 17 AÑOS           | DTP ** 3 años              | 1                    | 0,5 ml            | IM                    | Dosis Única                  |                   |                          |                                |  |  |
|                              | 1ro. De Varicela           | 1                    | 0,5 ml            | SC                    | Dosis Única                  |                   |                          |                                |  |  |
|                              | Varicela 6 años            | 1                    | 0,5 ml            | SC                    | Dosis Única                  |                   |                          |                                |  |  |
|                              | 2do. De Varicela           | 1                    | 0,5 ml            | SC                    | Dosis Única                  |                   |                          |                                |  |  |
|                              | SRP 2                      | 1                    | 0,5 ml            | SC                    | Dosis Única                  |                   |                          |                                |  |  |
|                              | Varicela 10 años           | 1                    | 0,5 ml            | SC                    | Dosis Única                  |                   |                          |                                |  |  |
|                              | 8to. De Varicela           | 1                    | 0,5 ml            | SC                    | Dosis Única                  |                   |                          |                                |  |  |
| Mujeres en edad fértil (MFE) | HB 11 años                 | 1                    | 0,5 ml            | IM                    | 1er. contacto                | al mes de la 1ra. | 6 meses de la 1ra.       |                                |  |  |
|                              | 7mo. De Varicela           | 1                    | 0,5 ml            | IM                    | 1er. contacto                | al mes de la 1ra. | 6 meses de la 1ra.       |                                |  |  |
| Mujeres en edad fértil (MFE) | de Embarazadas             | 2                    | 0,5 ml            | IM                    | 1er. contacto                | al mes de la 1ra. | 6 meses de la 1ra. Dosis | 1 año después de la 3ra. Dosis |  |  |
|                              | de no embarazadas          |                      |                   |                       |                              |                   |                          | Cada 10 años                   |  |  |
|                              | Adultos Mayores de 65 años | Influenza Estacional | 1                 | 0,5 ml                | IM                           | Dosis Única       |                          |                                |  | Solo Campañas  |
|                              | Neumococo Polivalente      | 1                    | 0,5 ml            | IM                    | 1er. contacto                |                   |                          |                                |  | Cada 5 años  |
| MS                           |                            | 1                    | 0,5 ml            | SC                    |                              |                   |                          |                                |  | Dosis única en campañas de seguimiento y para control de brotes. |

\* De acuerdo al Fabricante  
 \*\* Este esquema se aplica cuando no haya recibido las 3 dosis de pentavalente y el refuerzo de DTP.

FUENTE .MSP

## **2.6. Hipótesis**

“Ser madre adolescente tiene relación con la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en el Subcentro de Salud de la Parroquia Presidente Urbina y en el Hospital del cantón Píllaro de la provincia del Tungurahua, en el período 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012”

### **2.6.1 Variables de la hipótesis**

#### **2.6.1.1. Variable Independiente**

Madre adolescente

#### **2.6.1.2 Variable Dependiente**

Crecimiento y desarrollo

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Enfoque**

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

#### **3.2. Modalidad básica de la investigación**

Se trabajará con una modalidad mixta siendo de campo documental - bibliográfica, se investigarán a los hijos de madres adolescentes pudiendo observar la realidad de su situación, sus condiciones de vida y de manera especial se identificarán las alteraciones que pudieran estar presentando en su crecimiento y desarrollo durante los dos primeros años de vida. Al mismo tiempo se profundizará en el aspecto teórico de esta problemática basándose en criterios científicos de varios autores al igual que se revisarán estándares utilizado por el MSP para valorar a los niños. Para la realización de esta investigación se revisarán los programas y políticas de salud dirigidos hacia esta población y que están siendo utilizados en el área de trabajo.

### 3.3. Nivel o tipo de investigación

El presente trabajo investigativo se identifica con él:

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

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

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

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

**Método retrospectivo.** Este método trata de estudiar a los hijos de madres adolescentes nacidos desde junio de 2012 hasta noviembre de 2012, período en el cual los niños tendrán edades comprendidos entre 0 meses a 2 años 6 meses.

### 3.4. Población

Se trabajará con el total de hijos de mujeres adolescentes nacidos de junio a noviembre de 2012, identificados gracias a los datos estadísticos obtenidos en el Hospital del Cantón Píllaro pertenecientes al área de salud N° 6 del Ministerio de Salud Pública, provincia de Tungurahua.

En la presente investigación el universo de trabajo en el Subcentro de Salud de Presidente Urbina y en el hospital del Cantón Píllaro es de:

**Tabla #: 5**

| <b>SUJETOS</b>               | <b>NÚMERO</b> |
|------------------------------|---------------|
| Madres adolescentes          | 28            |
| Hijos de madres adolescentes | 28            |
| Total                        | 56            |

**Elaborado por:** Mayra Moya

### 1.5.Muestra

Para **Luis Herrera y Otros (2004, pág. 98)** la muestra para ser confiable debe ser representativa, y además ofrecer la ventaja de ser la más práctica, económica y eficiente en su aplicación. No se debe perder de vista que por más perfecta que sea la muestra, siempre habrá una diferencia entre el resultado que se obtiene de esta y el resultado del universo.

Se debe definir la población que sirva de base para la muestra, disponer de un registro de la población, es decir una lista de sus elementos. Determinar el tamaño de la muestra, para obtener el resultado al menor costo, menor tiempo y con el

personal indispensable. Para el presente estudio se utilizará el muestreo no probabilístico dentro de la cual está la intencional, ya que la selección se la hará en base al criterio del investigador que es quien decide en forma justificada quienes conforman la muestra.

### **1.6.Técnicas e instrumentos**

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

La encuesta utilizará como instrumento un cuestionario que permitirá recolectar información sobre el embarazo, factores protectores, factores agravantes, patologías pre y post natales, lactancia, alimentación complementaria, vacunas, entre otros.

### **1.7.Operacionalización de variables**

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

## 1.8.Operacionalización de variables

**Tabla #: 6 Operacionalización Variable independiente: Madre adolescente**

| Conceptualización  | Categorías                               | Indicadores  | Ítems básicos  | Técnicas e instrumentos  |
|--|--|--|--|--|
| <p>Se llama madre adolescente a quien ha tenido un embarazo de 10 a 19 años.</p> <p>En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.</p> | <p>Madre adolescente</p> <p>Embarazo</p> | <p>Maternidad</p> <p>Cambios físicos y psicológicos</p> <p>Nivel socioeducativo</p> <p>De 10 a 13 años</p> <p>De 14 a 16 años</p> <p>De 17 a 19 años</p> | <p>Señale su edad al convertirse en madre<br/>10-13 años ( ) 14 – 16 años ( )<br/>17 – 19 años ( )</p> <p>¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?<br/>10-13 años ( ) 14 – 16 años ( )<br/>17 – 19 años ( )</p> <p>¿A qué edad empezó a menstruar?<br/>10-13 años ( ) 14 – 16 años ( )<br/>17 – 19 años ( )</p> <p>En comparación con otros niños de la misma edad su hijo ha presentado alteraciones en:<br/>Peso ( ) Talla ( )<br/>Todas ( ) Ninguna ( )</p> <p>Hasta qué edad su hijo se alimentó solo con leche materna<br/>Hasta los 3 meses ( )<br/>Hasta los 6 meses ( )<br/>Nunca ( )</p> <p>Con qué frecuencia lleva a su niño al control médico<br/>Mensual ( ) Trimestral ( )<br/>Semestral ( ) Anual ( )</p> | <p>Entrevista</p> <p>Guía de información</p> <p>Encuesta</p> <p>Cuestionario</p> |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | <p>Cumple con el esquema de vacunación establecido para la edad del niño<br/>Si ( ) No ( )</p> <p>¿Su estado civil es?<br/>Soltera ( ) Casada ( )<br/>Unión libre ( )</p> <p>¿Qué nivel de educación tiene?<br/>Primaria ( ) Secundaria ( )<br/>Superior ( )</p> <p>¿A cuántos controles prenatales asistió usted?<br/>1 – 3 controles ( )<br/>4 – 6 controles ( )<br/>7 – 9 controles ( )<br/>Más de 9 controles ( )</p> <p>¿Su edad gestacional fue?<br/>Término ( )<br/>Pos término ( )<br/>Pre término ( )</p> <p>¿Qué tipo de parto tuvo?<br/>Normal ( ) Cesárea ( )</p> <p>¿En qué lugar dio a luz?<br/>Domicilio ( ) Clínica ( )<br/>Hospital de Píllaro ( ) Otros ( )</p> |  |
|--|--|--|---|--|

Elaborado por: Mayra Moya

**Tabla #: 7 Operacionalización Variable dependiente: Crecimiento y desarrollo del niño**

| Conceptualización  | Categorías        | Indicadores                        | Ítems básicos  | Técnicas  |              |
|--|-------------------|------------------------------------|--|---|--------------|
| <p>Proceso continuo que incluye cambios físicos, emocionales, de personalidad, conducta, de pensar y de lenguaje; así mismo el cambio en el desarrollo motriz del niño.</p> <p>La adolescencia es un periodo de la vida intenso en cambios físicos, psíquicos y sociales que permiten la maduración del niño y lo transforman en adulto. El paso de la pubertad es absolutamente necesario para capacitar al individuo para la función reproductora.</p> <p>El desarrollo de cada individuo es personal, cada niño empieza la pubertad a una edad y ritmo determinado. El abanico de la normalidad es amplio y lo controlará el Pediatra. En muchos casos está mediado por la genética, la alimentación,</p> | Desarrollo motriz | Controles médicos                  | <p>¿Con qué frecuencia lleva a su niño al control médico?</p> <p>Mensual ( ) Bimestral ( )<br/>Trimestral ( ) Semestral ( ) Anual ( )</p>  | Encuesta  |              |
|  |                   |                                    | Esquema de vacunación  | <p>¿Cumple el esquema de vacunación de acuerdo con la edad del niño?</p> <p>De acuerdo a la edad ( )<br/>Retrasada edad ( )</p>   | Encuesta     |
|  |                   | Cambios físicos                    | Peso, talla, perímetro cefálico  | <p>¿El peso, talla y perímetro cefálico en qué rango se encuentra?</p> <p>Bajo ( ) Normal ( ) Alto ( )</p>  | Encuesta     |
|  |                   |                                    | Desarrollo los primeros meses  | <p>¿Qué actividad se deberá implementar para promover un adecuado crecimiento y desarrollo en los hijos de madres adolescentes?</p> <p>Charlas educativas ( )<br/>Conferencias ( )<br/>Talleres ( )</p> | Cuestionario |
|  |                   | Desarrollo desde los 13 a 60 meses | <p>¿Realiza usted la valoración del APGAR?</p> <p>Si ( ) No ( )</p> <p>¿Qué enfermedades prevalentes en la infancia se han presentado en los hijos de madre adolescente?</p> <p>IRA ( ) EDA ( )<br/>Todas ( ) Ninguna ( )</p> <p>¿Al aplicar el test de DENVER al hijo de madre adolescente en qué aspecto identifica alteraciones</p> |   |              |

|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| <p>raza, lugar geográfico o los estímulos psíquicos y sociales. El inicio y desarrollo de la pubertad se sitúa entre los 8 y los 17 años. En las niñas la edad de inicio de la pubertad es a los 11 años y en los niños, a los 12.</p> <p>En esta línea podemos decir que las actuales mejoras en la calidad de vida, de la salud y la nutrición han adelantado progresivamente el inicio de la pubertad con inicio de la menarquía (primera menstruación) cada vez a edades más tempranas.</p> |  |  | <p>con mayor frecuencia?</p> <p>Personal social ( )</p> <p>Lenguaje ( )</p> <p>Todos ( )</p> <p>Motor fino adaptado ( )</p> <p>Motor grueso ( )</p> <p>Ninguna ( )</p> <p>Al identificar las alteraciones de la pregunta anterior, ¿Qué actividades realiza?</p> <p>Atención en la unidad de salud ( )</p> <p>Refiere a instituciones especializadas ( )</p> <p>Atención en el domicilio ( )</p> <p>De acuerdo a lo observado en el crecimiento de los hijos de las madres adolescentes ¿en qué percentil se encuentra según el índice talla/edad?</p> <p>&gt; al percentil 97 ( )</p> <p>&lt; al percentil 3 ( )</p> <p>Normal ( )</p> <p>De acuerdo a lo observado en el crecimiento de los hijos de las madres adolescentes ¿en qué percentil se encuentra según el índice peso/edad?</p> <p>&gt; al percentil 97 ( )</p> <p>Entre el 90 - 97 percentil ( )</p> <p>Normal de 10-90 percentil ( )</p> <p>Entre el -3 - 10 percentil ( )</p> |  |
|---|--|--|---|--|

Elaborado por: Mayra Moya

## 1.9. Plan de recolección de la información

**Tabla #: 8**

| <b>Preguntas básicas</b>      | <b>Información</b>  |
|-------------------------------|---|
| ¿Para qué?                    | Para alcanzar objetivos de la investigación y comprobar la hipótesis                        |
| ¿De qué persona u objeto?     | De las madres adolescentes  |
| ¿Sobre qué aspectos?          | El embarazo en adolescentes y el crecimiento y desarrollo del niño                          |
| ¿Quién – quiénes?             | Nosotras  |
| ¿Cuándo?                      | Junio – Noviembre 2012  |
| ¿Dónde?                       | Sub centro de salud de la parroquia Presidente Urbina, y en el Hospital del cantón Píllaro. |
| ¿Cuántas veces?               | Las veces que sean necesarias   |
| ¿Qué técnicas de recolección? | Encuesta<br>Entrevista<br>Observación   |
| ¿Con qué?                     | Cuestionario<br>Ficha de observación  |
| ¿En qué situación?            | Ambiente favorable social, poco accesible   |

**Elaborado por: Mayra Moya**

### **1.10. Plan de procesamiento de la información**

El plan de procesamiento requiere de los siguientes pasos:

- Revisión crítica de la información recopilada
- Clasificación de datos
- Codificación
- Tabulación de datos
- Presentación de datos
  - En forma escrita
  - en forma tabular
  - En forma gráfica
  
- Conclusiones y recomendaciones. Se presentará las conclusiones a las que se ha llegado luego del análisis de datos y las recomendaciones correspondientes.
- Presentación del informe final de la investigación

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1. Encuesta dirigida a las madres adolescentes que acuden al Sub Centro de Salud de la Parroquia Presidente Urbina y al Hospital del Cantón Pillaro.

##### 1. ¿Qué nivel de educación tiene?

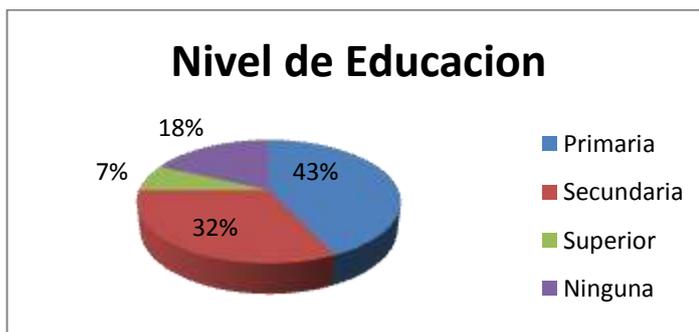
Tabla #: 9

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| Primaria    | 12       | 43%        |
| Secundaria  | 9        | 32%        |
| Superior    | 2        | 7%         |
| Ninguna     | 5        | 18%        |
| Total       | 28       | 100%       |

Fuente: Encuesta

Elaborado Por: Mayra Moya

Gráfico #: 2



#### Análisis e interpretación de resultados

##### Análisis

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 43% indica que su nivel de educación es primaria, el 32% secundaria, mientras que el 7% es universitaria y el 18% ninguna

##### Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos, el nivel de educación de las madres adolescentes es el nivel primaria.

## 2. ¿Señale su edad al convertirse en madre?

Tabla #: 10

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| 10-13 años  | 2        | 7%         |
| 14-16 años  | 8        | 29%        |
| 17-19 años  | 18       | 64%        |
| Total       | 28       | 100%       |

Fuente: Encuesta

Elaborado Por: Mayra Moya

Gráfico #: 3



### Análisis e interpretación de resultados

#### Análisis

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 7% indica que la edad al convertirse en madre es de 10-13 años, mientras que el 64% es en edades de 14-16 años y 29% entre 17-19 años.

#### Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos, la edad al convertirse en madre adolescentes es de 17-19 años.

### 3. ¿Qué tipo de parto tuvo?

Tabla #: 11

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| Normal      | 13       | 46%        |
| Cesárea     | 15       | 54%        |
| Total       | 28       | 100%       |

Fuente: Encuesta

Elaborado Por: Mayra Moya

Gráfico #: 4



#### Análisis e interpretación de resultados

##### Análisis

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 46% indica que el parto fue normal y el 54% que el parto fue cesárea.

##### Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos, el parto por cesárea es el que tuvieron la mayoría de las madres adolescentes.

#### 4. ¿Ha sido afectado su ámbito familiar?

Tabla #: 12

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| Si          | 18       | 64%        |
| No          | 10       | 36%        |
| Total       | 28       | 100%       |

Fuente: Encuesta

Elaborado Por: Mayra Moya

Gráfico #: 5



#### Análisis e interpretación de resultados

##### Análisis

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 64% indica que si ha sido afectado su ambito familiar y el 36% que no ha sido afectado su ambito familiar.

##### Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos, su ambito a nivel familiar si ha sido afectado al convertirse en madre.

5.- ¿Hasta qué edad su hijo se alimentó sólo con leche materna?

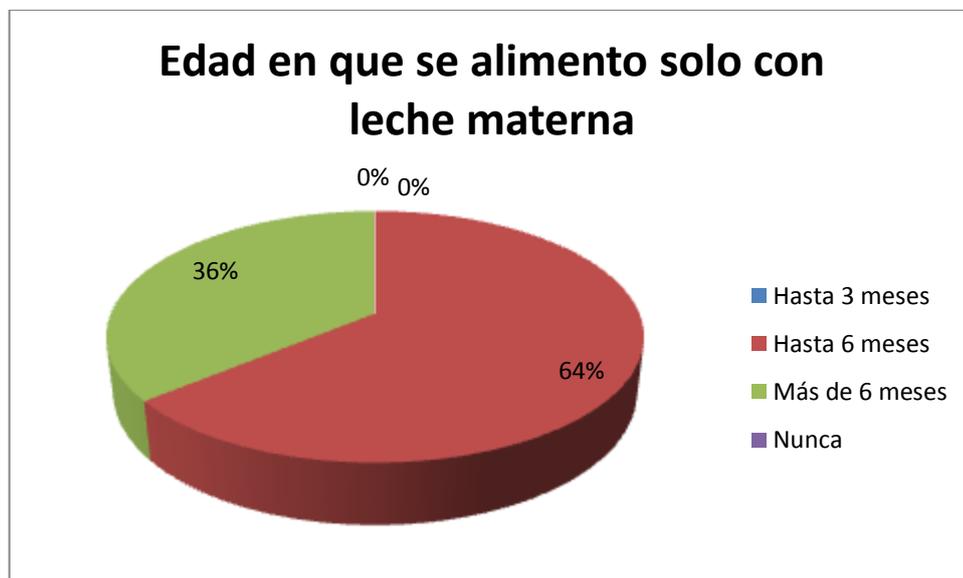
Tabla #: 13

| Alternativa    | Cantidad | Porcentaje |
|----------------|----------|------------|
| Hasta 3 meses  | 0        | 0%         |
| Hasta 6 meses  | 18       | 64%        |
| Más de 6 meses | 10       | 36%        |
| Nunca          | 0        | 0%         |
| Total          | 28       | 100%       |

Fuente: Encuesta

Elaborado Por: Mayra Moya

Gráfico #: 6



**Análisis e interpretación de resultados**

**Análisis**

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 36% alimentó con leche materna hasta mas de 6 meses, y el 64% hasta más de 6 meses.

**Interpretación**

De acuerdo a los resultados obtenidos, si se alimentó con leche materna a los niños hasta más de los 6 meses de edad

## 6 ¿Con qué frecuencia lleva a su niño al control médico?

Tabla #: 14

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| Mensual     | 6        | 21%        |
| Trimestral  | 15       | 54%        |
| Semestral   | 5        | 18%        |
| Anual       | 2        | 7%         |
| Total       | 28       | 100%       |

Fuente: Encuesta

Elaborado Por: Mayra Moya

Gráfico #: 7



### Análisis e interpretación de resultados

#### Análisis

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 21% lleva a su niño al control médico mensualmente, el 54% trimestralmente, el 18% semestralmente y el 7% cada año.

#### Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos, las madres adolescentes llevan a sus niños al control médico cada 3 meses.

## 7. ¿Cumple con el esquema de vacunación establecido para la edad del niño?

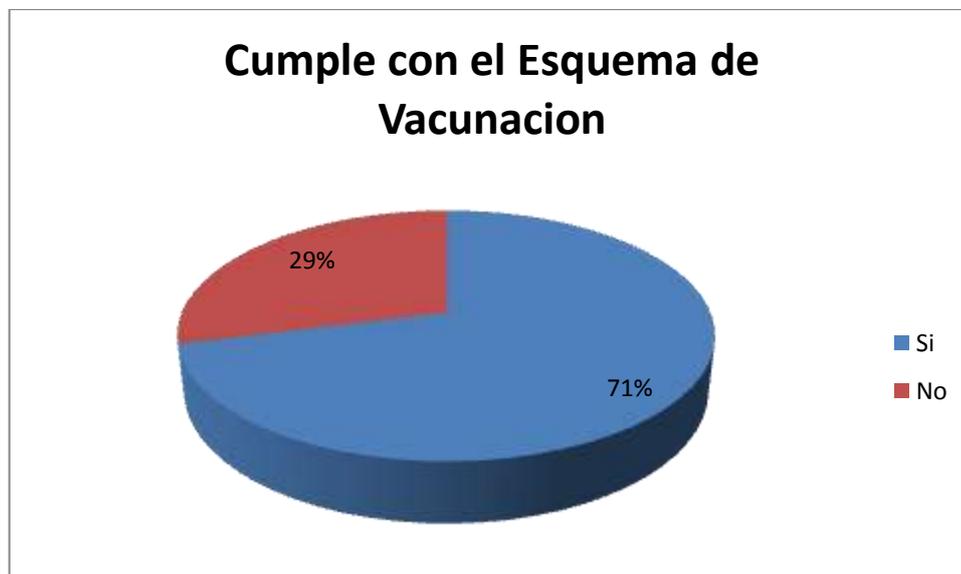
Tabla #: 15

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| Si          | 20       | 71%        |
| No          | 8        | 29%        |
| Total       | 28       | 100%       |

Fuente: Encuesta

Elaborado Por: Mayra Moya

Gráfico #: 8



### Análisis e interpretación de resultados

#### Análisis

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 71% cumple con el esquema de vacunación establecido para la edad del niño, y el 29% no cumple con el esquema de vacunación.

#### Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos, las madres adolescentes en su mayoría cumplen con el esquema de vacunación establecido para la edad del niño.

## 8 ¿Su estado civil es?

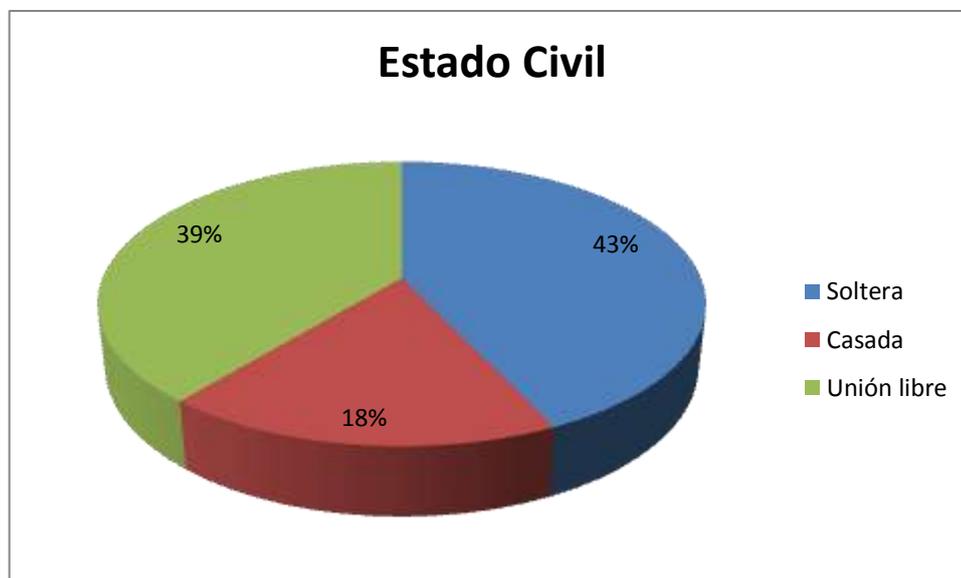
Tabla #: 16

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| Soltera     | 12       | 43%        |
| Casada      | 5        | 18%        |
| Unión libre | 11       | 39%        |
| Total       | 28       | 100%       |

Fuente: Encuesta

Elaborado Por: Mayra Moya

Gráfico #: 9



### Análisis e interpretación de resultados

#### Análisis

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 43% son solteras, el 18% casadas y el 39% viven en unión libre.

#### Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de madres son solteras.

## 9.- ¿A cuántos controles prenatales asistió usted?

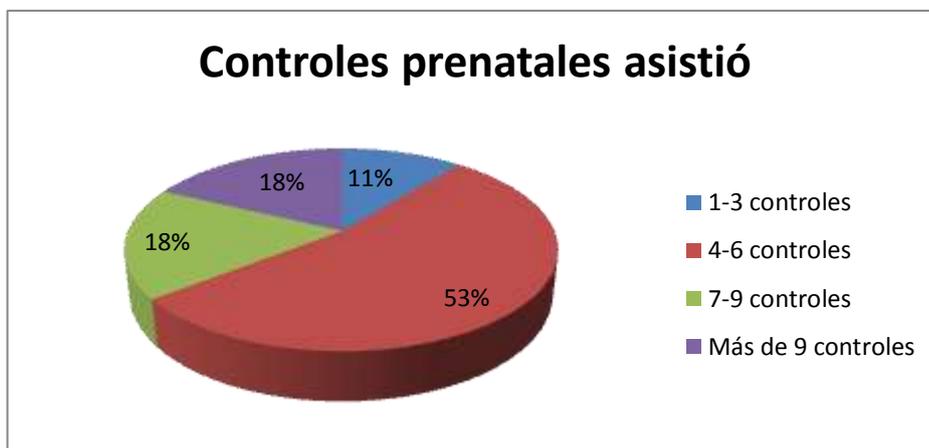
Tabla #: 17

| Alternativa        | Cantidad | Porcentaje |
|--------------------|----------|------------|
| 1-3 controles      | 3        | 11%        |
| 4-6 controles      | 15       | 54%        |
| 7-9 controles      | 5        | 18%        |
| Más de 9 controles | 5        | 18%        |
| Total              | 28       | 100%       |

Fuente: Encuesta

Elaborado Por: Mayra Moya

Gráfico #: 10



### Análisis e interpretación de resultados

#### Análisis

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 11% asistió de 1 – 3 controles prenatales, el 53% a 4-6 controles, el 18% a 7-9 controles y el 18% a más de 9 controles.

#### Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos, las madres han asistido solo de 4-6 controles prenatales.

## 10.- ¿A que edad tuvo su primera relacion sexual?

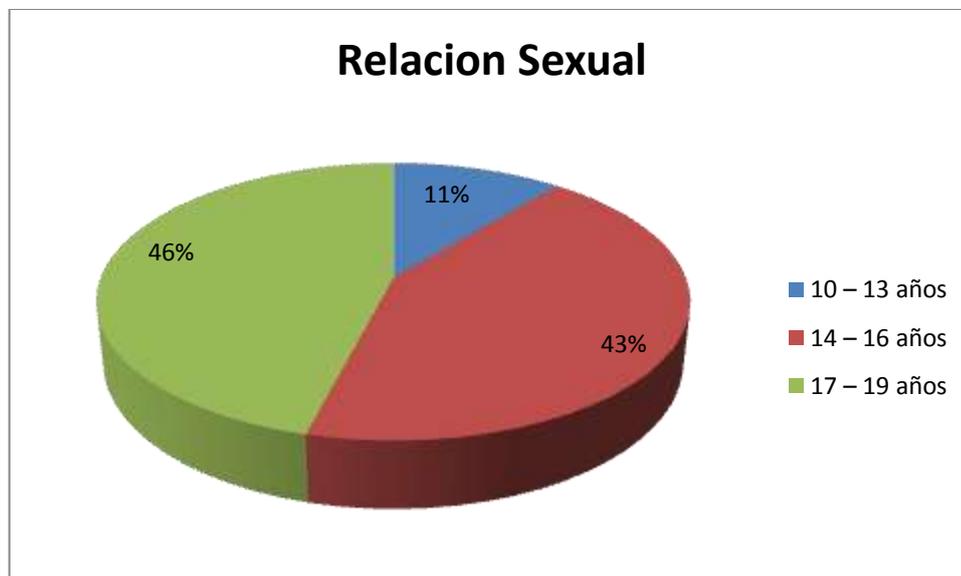
Tabla #: 18

| Alternativa  | Cantidad | Porcentaje |
|--------------|----------|------------|
| 10 – 13 años | 3        | 11%        |
| 14 – 16 años | 12       | 43%        |
| 17 – 19 años | 13       | 46%        |
| Total        | 28       | 100%       |

Fuente: Encuesta

Elaborado Por: Mayra Moya

Gráfico #: 11



### Análisis e interpretación de resultados

#### Análisis

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 11% tuvo relaciones sexuales en edades de 10 – 13 años el 43% en 14-16 años y el 46% de edades entre los 17 y 19 años.

#### Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos, las adolescentes iniciaron relaciones sexuales en edades de 17 a 19 años.

**11.- ¿Qué actividad se debería implementar para promover un adecuado crecimiento y desarrollo en los hijos de madres adolescentes?**

**Tabla #: 19**

| <b>Alternativa</b> | <b>Cantidad</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--------------------|-----------------|-------------------|
| Charlas educativas | 12              | 43%               |
| Conferencias       | 3               | 11%               |
| Talleres           | 13              | 46%               |
| Total              | 28              | 100%              |

**Fuente:** Encuesta

**Elaborado Por:** Mayra Moya

**Gráfico #: 12**



**Análisis e interpretación de resultados**

**Análisis**

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 43% quiere recibir charlas educativas, el 11% quiere recibir conferencias y el 46% quiere recibir talleres.

**Interpretación**

De acuerdo a los resultados obtenidos, las madres adolescentes quieren recibir talleres educativos para así promover un adecuado crecimiento y desarrollo en sus hijos.

**12. ¿Qué enfermedades prevalentes en la infancia se han presentado en los hijos de madres adolescentes?**

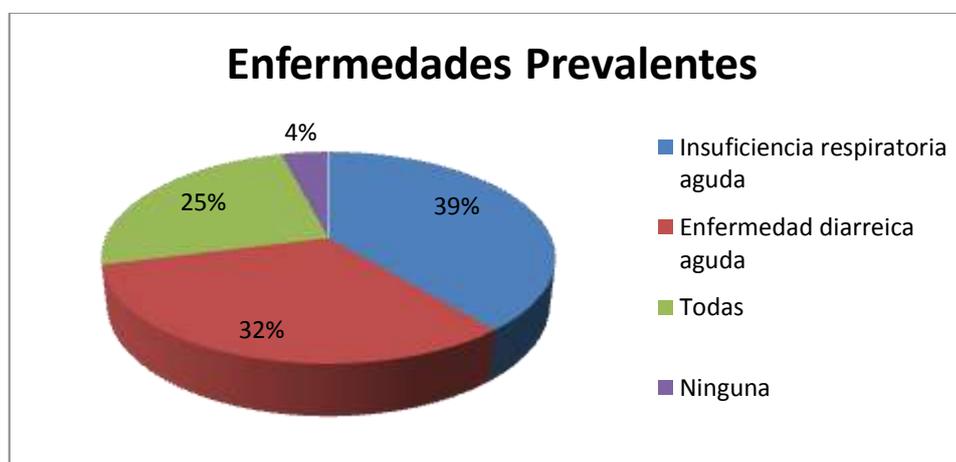
**Tabla #: 20**

| <b>Alternativa</b>               | <b>Cantidad</b> | <b>Porcentaje</b> |
|----------------------------------|-----------------|-------------------|
| Insuficiencia respiratoria aguda | 11              | 39%               |
| Enfermedad diarreica aguda       | 9               | 32%               |
| Todas                            | 7               | 25%               |
| Ninguna                          | 1               | 4%                |
| Total                            | 28              | 100%              |

**Fuente:** Encuesta

**Elaborado Por:** Mayra Moya

**Gráfico #: 13**



**Análisis e interpretación de resultados**

**Análisis**

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 39% contestó que los niños mas se enferman con insuficiencia respiratoria aguda, el 32% es la enfermedad diarreica aguda, el 25% se da las 2 enfermedades y el 4% ninguna enfermedad.

**Interpretación**

De acuerdo a los resultados obtenidos, las madres adolescentes constestaron que sus hijos se enferman más con insuficiencia respiratoria aguda.

**13.- ¿Recibió algún tipo de educación sobre el cuidado de su hijo por el personal de salud en?**

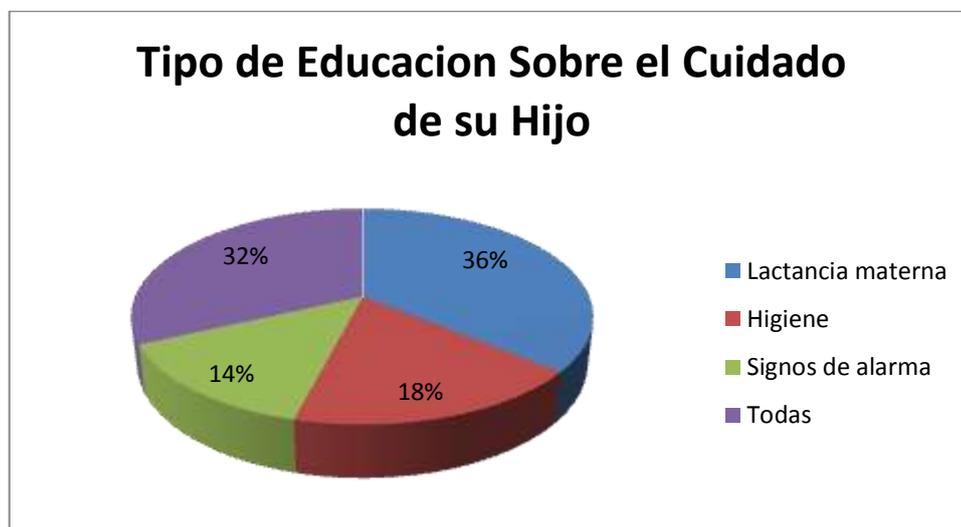
**Tabla #: 21**

| <b>Alternativa</b> | <b>Cantidad</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--------------------|-----------------|-------------------|
| Lactancia materna  | 10              | 36%               |
| Higiene            | 5               | 18%               |
| Signos de alarma   | 4               | 14%               |
| Todas              | 9               | 32%               |
| Total              | 28              | 100%              |

**Fuente:** Encuesta

**Elaborado Por:** Mayra Moya

**Gráfico #: 14**



**Análisis e interpretación de resultados**

**Análisis**

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 36% recibió educación en lactancia materna, el 18% en higiene, el 14% en signos de alarma y 32% recibieron educación en todas.

**Interpretación**

De acuerdo a los resultados obtenidos, las madres recibieron educación por parte del personal de salud para el cuidado de su hijo en lactancia materna.

#### 14.- ¿Cuántos hijos tienes?

Tabla #: 22

| Alternativa    | Cantidad | Porcentaje |
|----------------|----------|------------|
| Un hijo        | 25       | 89%        |
| Dos hijos      | 3        | 11%        |
| Más de 3 hijos | 0        | 0%         |
| Total          | 28       | 100%       |

Fuente: Encuesta

Elaborado Por: Mayra Moya

Gráfico #: 15



#### Análisis e interpretación de resultados

##### Análisis

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, 89% tiene solo un hijo, el 11% tiene 2 hijos, ninguna madre tiene más de 3 hijos.

##### Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos, en su mayoría las madres adolescentes tienen sólo un hijo.

## 15. ¿Qué complicaciones tuvo durante el embarazo?

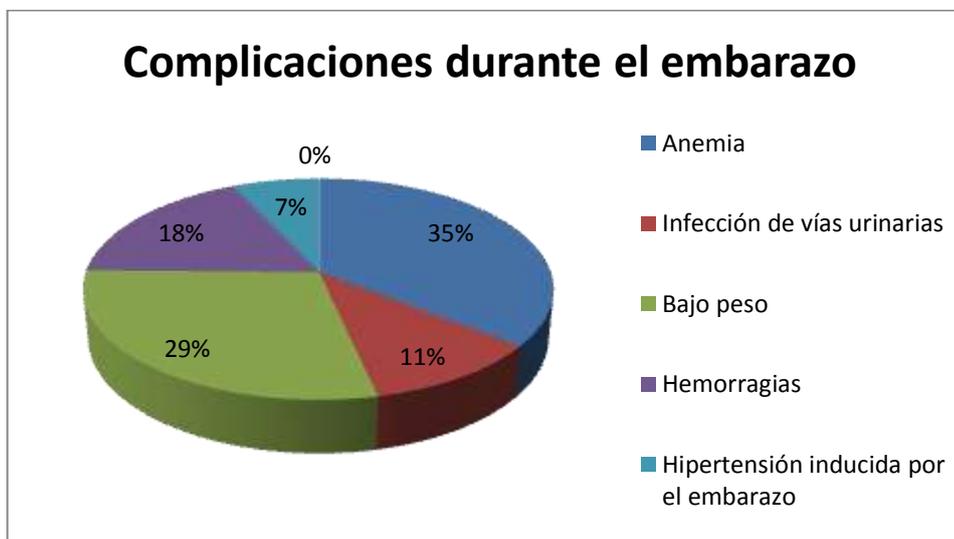
Tabla #: 23

| Alternativa                           | Cantidad | Porcentaje |
|---------------------------------------|----------|------------|
| Anemia                                | 10       | 36%        |
| Infección de vías urinarias           | 3        | 11%        |
| Bajo peso                             | 8        | 29%        |
| Hemorragias                           | 5        | 18%        |
| Hipertensión inducida por el embarazo | 2        | 7%         |
| Ninguna                               | 0        | 0%         |
| Total                                 | 28       | 100%       |

Fuente: Encuesta

Elaborado Por: Mayra Moya

Gráfico #: 16



### Análisis e interpretación de resultados

#### Análisis

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 36% indica que tuvo anemia, el 11% tuvo infección de vías urinarias, el 29% tuvo bajo peso, el 18% hemorragias y el 7% tuvo hipertensión inducida por el embarazo.

#### Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de madres adolescentes presentaron anemia, como una complicación principal.

## 16. ¿Su edad gestacional fue?

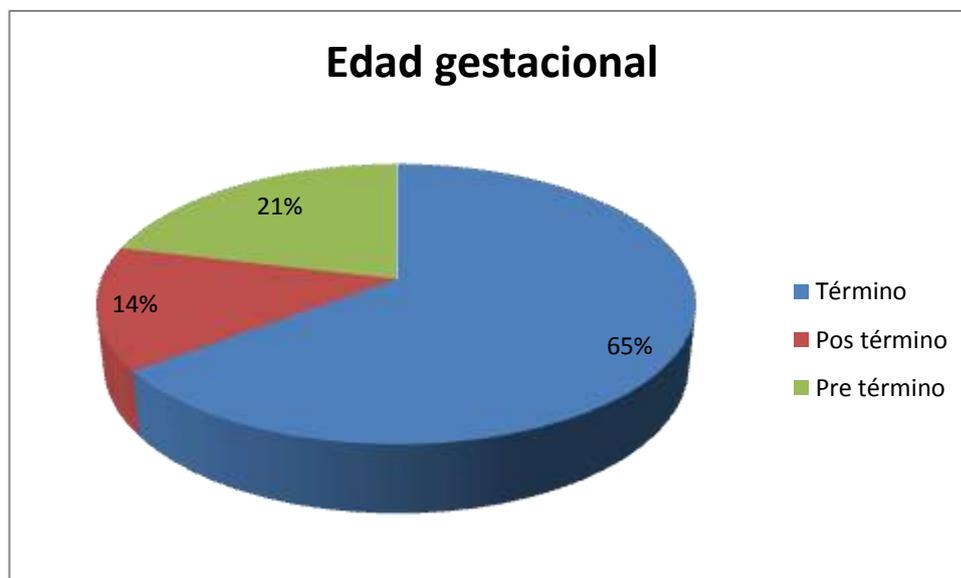
Tabla #: 24

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| Término     | 18       | 64%        |
| Pos término | 4        | 14%        |
| Pre término | 6        | 21%        |
| Total       | 28       | 100%       |

Fuente: Encuesta

Elaborado Por: Mayra Moya

Gráfico #: 17



### Análisis e interpretación de resultados

#### Análisis

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 64% indica que su edad gestacional fue a término, el 14% fue a posttérmino y el 22% fue pretérmino.

#### Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos, la edad gestacional de las madres adolescentes fue a término.

**17. ¿Cuáles de los siguientes aspectos se han visto afectados por su maternidad?**

**Tabla #: 25**

| <b>Alternativa</b> | <b>Cantidad</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--------------------|-----------------|-------------------|
| Físicos            | 3               | 11%               |
| Económicos         | 20              | 71%               |
| Social             | 2               | 7%                |
| Psicológico        | 3               | 11%               |
| Total              | 28              | 100%              |

**Fuente:** Encuesta

**Elaborado Por:** Mayra Moya

**Gráfico #: 18**



**Análisis e interpretación de resultados**

**Análisis**

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 11% indica que el aspecto físico se ha visto afectado, el 71% el aspecto económico, el 7% el social y el 11% el psicológico.

**Interpretación**

De acuerdo a los resultados obtenidos, el aspecto que más se ha visto afectado por su maternidad adolescente es el aspecto económico.

**18¿Al aplicar el test de Denver al hijo de madre adolescente en qué aspectos identifica alteraciones con mayor frecuencia?**

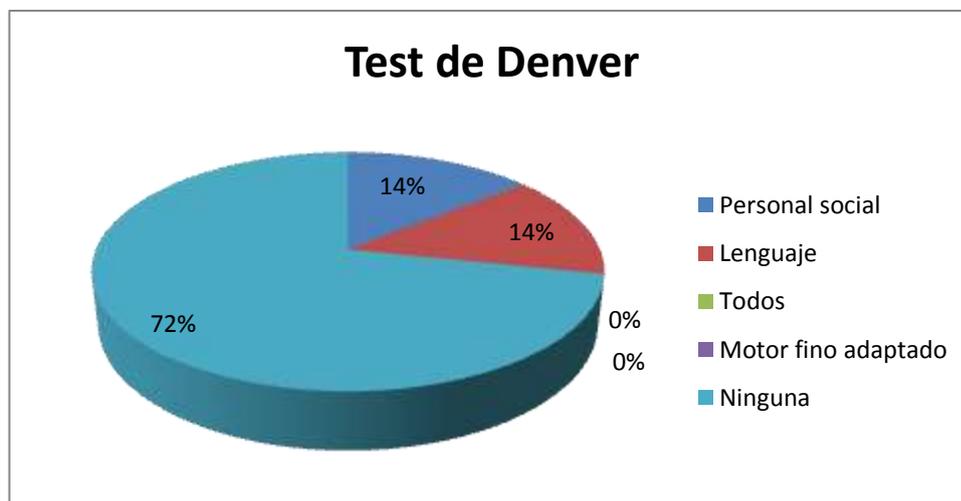
**Tabla #: 26**

| <b>Alternativa</b>  | <b>Cantidad</b> | <b>Porcentaje</b> |
|---------------------|-----------------|-------------------|
| Personal social     | 4               | 14%               |
| Lenguaje            | 4               | 14%               |
| Todos               | 0               | 0%                |
| Motor fino adaptado | 0               | 0%                |
| Ninguna             | 20              | 71%               |
| Total               | 28              | 100%              |

**Fuente:** Encuesta

**Elaborado Por:** Mayra Moya

**Gráfico #: 19**



### **Análisis e interpretación de resultados**

#### **Análisis**

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%,el 14% presenta alteraciones en el lenguaje, 14% en personal social, el 7% no presenta alteraciones.

#### **Interpretación**

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de los niños no presentan alteraciones despues de aplicar el test de Denver.

### 19¿Qué actitud tomó la gente de su entorno ante su maternidad?

Tabla #: 27

| Alternativa  | Cantidad | Porcentaje |
|--------------|----------|------------|
| Aceptación   | 5        | 18%        |
| Rechazo      | 10       | 36%        |
| Indiferencia | 13       | 46%        |
| Total        | 28       | 100%       |

Fuente: Encuesta

Elaborado Por: Mayra Moya

Gráfico #: 20



#### Análisis e interpretación de resultados

##### Análisis

De las 28 madres adolescentes encuestadas equivalente al 100%, el 18% indica que hubo aceptación, el 36% que hubo rechazo y el 46% que tuvieron indiferencia..

##### Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de madres adolescentes indica que hubo una actitud de indiferencia por parte de la gente de su entorno ante su maternidad.

## 4.2 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

**Tabla #: 28**

|                   | Pregunta | %   | Cantidad   |
|-------------------|----------|---|--|
| Madre Adolescente | Nº- 1    | 43%   | 12 madres tuvieron un nivel de educación Primaria.                               |
|                   | Nº. 2    | 64%   | 18 madres tuvieron su primer embarazo de 17 a 19 años.                           |
|                   | Nº- 3    | 54%   | 15 madres tuvieron un parto por cesárea.   |
|                   | Nº- 4    | 64%   | 18madres adolescentes si ha sido afectado su ámbito familiar.                    |
|                   | Nº- 8    | 43%   | 12 madres son solteras   |
|                   | Nº- 9    | 54%   | 15 Madres tuvieron solo 4-6 controles prenatales.                                |
|                   | Nº-10    | 46%   | 13 Madres iniciaron relaciones sexuales de 17-19 años.                           |
|                   | Nº- 14   | 89%   | 25 Madres tienen un solo hijo.   |
|                   | Nº- 15   | 36%   | 10 Madres adolescentes tuvieron anemia, como complicación en el embarazo.        |
|                   | Nº- 16   | 64%   | 18 Madres la edad gestacional fue a término.                                     |
|                   | Nº- 17   | 71%   | 20 Madres dicen que su aspecto económico se ha visto afectado por su maternidad. |
| Nº- 19            | 43%      | 13 Madres dicen que hubo indiferencia por parte de su entorno ante su maternidad. |  |

|                           | Pregunta | %   | Cantidad  |
|---------------------------|----------|-----|---|
| Niño de Madre adolescente | Nº- 5    | 64% | 18 Madres alimentaron a sus hijos hasta 6 mese con leche materna. |
|                           | Nº- 6    | 54% | 15 Madres llevan a sus hijos al control médico cada 3 meses.      |
|                           | Nº- 7    | 71% | 20 Madres si cumplen con el esquema de vacunación de sus hijos.   |
|                           | Nº-12    | 39% | 11 Madres dicen que los niños se enferman                         |

|  |        |     |   |
|--|--------|-----|---|
|  | Nº- 13 | 36% | con IRA<br>10 Madres recibieron educación en lactancia materna por parte del personal de salud.             |
|  | Nº- 18 | 71% | 20 contestaron que no se identifica alteraciones al aplicar el test de Denver al hijo de madre adolescente. |

Del presente trabajo se concluye que: existe una limitada Educación Sexual; se evidencia que en un alto porcentaje de madres solo han tenido un nivel de educación primario, iniciando sus relaciones sexuales a corta edad. Muchas de las madres adolescentes son solteras, lo que ocasiona alteraciones emocionales en la madre; asisten a pocos controles prenatales ya que por la falta de educación en salud no cumplen con los controles prenatales, el hecho mismo de ser madre adolescente acarrea consigo varias deficiencias en el ámbito afectivo, social, físico, económico; la mayoría de madres adolescentes presentaron complicaciones como la anemia ocasionando a los niños un peso bajo para la edad.

El ser madre adolescente no tiene relación con el estado nutricional del niño ya que en el Subcentro del salud de la parroquia presidente Urbina y en el hospital del cantón Píllaro solo pocos niños presentaron percentiles de peso bajo para la edad mientras que el resto de niños se encuentra en percentiles normales.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES:**

- Gracias a la información recogida se puede determinar que el ser madre adolescente no tiene relación con el estado nutricional del niño ya que solo la minoría de los infantes presentaron percentiles de peso bajo para la edad, mientras que el resto de niños se encuentra en el percentil normal.
- En cuanto a las medidas antropométricas y el test de Denver la mayor parte de los niños se encuentra dentro de los parámetros normales, pero también se pudo observar un mínimo porcentaje que presentan bajo peso y baja talla para la edad.
- Se concluyó que no influye ser madre adolescente con el crecimiento y desarrollo del niño ya que luego de valorar las medidas antropométricas y el test de Denver no se encontraron mayores alteraciones del niño.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- La comunicación entre padres e hijos debe ser abierta y dar confianza para que el adolescente pregunte e intente resolver cualquier duda sobre su sexualidad, para ello es aconsejable que los padres les hablen del amor de la pareja, el sexo, los hijos, las responsabilidades.
- Estimular a las madres adolescentes que acudan a los controles médicos de los infantes para garantizar el crecimiento y desarrollo adecuado, tanto en el aspecto psicomotriz como nutricional, sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad del niño, ya que de esta manera se erradicara la desnutrición en el infante.
- Incentivar a las madres adolescentes mediante charlas educativas a completar el esquema de vacunación en los niños ya que así se disminuirá las enfermedades prevalente en la infancia.
- Fomentar talleres de capacitación a las madres adolescentes sobre métodos anticonceptivos, salud sexual y reproductiva y proporcionar un servicio de salud integral por personal calificado que garantice la privacidad y confidencialidad.
- Brindar una atención personalizada por parte del personal de enfermería en especial a las madres adolescentes ya que están enfrentando un gran cambio en su vida y necesitan recibir una atención con calidad y calidez.

- Educar a las madres adolescentes en las unidades de salud sobre las necesidades y requerimiento nutricionales en los niños, para así evitar una inadecuada alimentación que conlleva a la destrucción infantil.
- Iniciar la alimentación complementaria después de los 6 meses de edad porque de lo contrario puede conllevar al desarrollo de Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **TEMA DE LA PROPUESTA**

**TALLERES DE CAPACITACIÓN A MADRES ADOLESCENTES SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR E IMPORTANCIA DEL CONTROL NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES.**

#### **6.1. DATOS INFORMATIVOS**

Institución Ejecutora : Universidad Técnica de Ambato  
Beneficiarios : Hospital del Cantón Píllaro y la Comunidad  
Ubicación : Cantón Píllaro  
Tiempo estimado : 2 de enero de 2013 al 2 de febrero de 2013  
Equipo responsable : Mayra Moya

#### **6.2. ANTECEDENTES**

Las madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño a partir de 0 a 2 años 6 meses en el Subcentro de Salud de la Parroquias Presidente Urbina y en el Hospital del Cantón Píllaro según la encuesta aplicada en el presente estudio se comprobó que el 43% de madres sólo tiene educación primaria, asisten sólo a 4 controles prenatales durante los 9 meses de gestación, teniendo complicaciones como la anemia y por ende bajo peso del recién nacido.

La mayoría de madres adolescentes solteras, se embarazaron producto del desconocimiento o la no aplicación de métodos anticonceptivos, estos embarazos no planificados se convirtieron en un causal que determinó una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, provocando además en las adolescentes que todavía no alcanzan la madurez física y mental trastornos en su vida cotidiana, frustrando sus aspiraciones con respecto al estudio y realización personal.

### **6.3. JUSTIFICACIÓN**

La familia es la unidad básica de la sociedad, en su atención incluye la planificación familiar ya que permite a hombres y mujeres la posibilidad de elegir con responsabilidad el número de hijos, logrando beneficios en varios aspectos. Un componente muy importante de la atención integral en salud de la familia es el acceso a los servicios prestados por las unidades de salud en el aspecto de prevención de embarazos en adolescentes.

La planificación familiar permite a la pareja definir el momento apropiado para tener hijos, tomando en cuenta la salud de la mujer y los diferentes factores de riesgo reproductivo, específicamente a través de la planificación familiar se puede reducir la mortalidad materna – infantil y la desnutrición

La nutrición en el primer año de vida en el lactante es la leche materna y es lo único que necesita el niño desde el primer día de vida, por lo cual requiere que la madre tenga una alimentación adecuada, que asegure que el infante crezca sin complicaciones en su salud y logre un correcto estado nutricional en su infancia y por ende se vea reflejado en un adecuado desarrollo psicomotriz. Una vez que nace el niño la vida de la adolescente da un gran giro, el bebé tiene necesidades básicas y la madre, tendrá que asumir la responsabilidad y adquirir capacidades

para su crianza.

Muy grave es que muchas veces las madres adolescentes cambian la leche materna por los biberones y no saben que mayormente se contaminan ocasionando diarreas y deshidratación agravando la desnutrición.

Durante toda la vida, la alimentación juega un papel esencial en el desarrollo del niño, pero aún más en momentos de crecimiento acelerado

## **6.4. OBJETIVOS**

### **6.4.1. Objetivo General**

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

### **6.4.2. Objetivos específicos**

- Capacitar a las madres adolescentes, padres de familia, comunidad, usuarios; sobre la importancia del control nutricional en el niño.
- Brindar información acerca de las consecuencias que ocasiona la introducción de biberones en los niños a edades tempranas.
- Promover una mejor alimentación en el niño.
- Evitar embarazos no deseados
- Decidir cuándo y cuántos hijos tener con una planificación responsable

## 6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Es una regla sin excepción que cuando existe la desnutrición afecta al niño menor de seis años, siendo la principal causa la falta de alimentación materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, las madres adolescentes que desconocen los beneficios de la lactancia materna, no tienen recursos económicos suficientes, no tienen educación como para cumplir adecuadamente con este rol, ocasionando en los niños un bajo crecimiento y desarrollo, debido a problemas nutricionales con mayor riesgo de contraer enfermedades graves o fallecer prematuramente, las madres en especial las adolescentes tienen pocos conocimientos sobre los métodos de planificación familiar.

Se debe tener en cuenta que la pérdida de la lactancia materna sin lugar a dudas ha sido un factor negativo ya que esta constituye la alimentación más equilibrada en cuanto a nutrientes y además protege al lactante de muchas enfermedades

La planificación familiar requerida de un proceso complejo de formación que promueva desde tempranas edades valores, actitudes y habilidades para una paternidad/maternidad responsable y exitosa como producto de una opción libre y consciente. Por supuesto esto requerirá de procesos intencionales permanentes y sistemáticos de educación sexual tanto en el sistema educativo como familiar.

Esta propuesta es factible de realizarse ya que se ha visto la necesidad de impartir estos talleres a las madres adolescentes por los índices de casos que se han presentado en Hospital del Cantón Píllaro lo que hace necesario fomentar en las madres el cuidado permanente al infante y además por su bajo nivel económico se requiere la concientización de las mujeres para evitar que se den más embarazos no deseados que afectarían el bienestar infantil y no garantizaría un correcto y normal desarrollo del nuevo ser, además en esta casa asistencial se cuenta con el

apoyo y apertura de la líder de servicio del Hospital del Cantón Píllaro lo que hace posible la ejecución de la presente propuesta.

## **6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA**

### **Sección cuarta**

#### **Mujeres embarazadas**

**Art. 43.-** El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto del embarazo y durante el periodo de lactancia.

### **Sección quinta**

#### **Niñas, niños y adolescentes**

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

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad.

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

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

**Art. 46.-** El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

- Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.
- Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil.
- El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no

atenten a su formación y a su desarrollo integral.

- Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad. El Estado garantizará su incorporación en el sistema de educación regular y en la sociedad.
- Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones.
- Atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
- Protección frente a la influencia de programas o mensajes, difundidos a través de cualquier medio, que promuevan la violencia, o la discriminación racial o de género
- Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

## 6.7. MODELO OPERATIVO

Tabla #: 29

| Fases         | Etapas  | Meta                                 | Actividades  | Responsable         |
|---------------|---|--------------------------------------|--|---------------------|
| Planificación | <p>Recolección de la información científica.</p> <p>Reunir a las madres adolescentes</p> <p>Elaboración de talleres dirigidas a las madres adolescentes</p> | Difundir la actividad al 100%        | <p>Estudio del tema</p> <p>Organización con el personal de salud del Sub centro para llevar a cabo la reunión de las madres adolescentes.</p> <p>Importancia de la planificación familiar</p> <p>Manejo de los métodos anticonceptivos.</p> <p>Control del estado nutricional del niño</p> | Mayra Moya          |
| Ejecución     | Presentación de talleres  | Garantizar un aprendizaje en un 100% | Un taller cada 2 semanas   | Mayra Moya          |
| Evaluación    | Evaluar el aprendizaje  | 80% de captación                     | Evaluación después de cada taller para reforzar las inquietudes o dudas dejadas.   | Madres adolescentes |

Elaborado por: Mayra Moya

## **6.8 DESARROLLO DE LA PROPUESTA**

### **1. IDENTIFICACIÓN**

- Unidad ejecutora. Hospital del cantón Píllaro y Subcentro de Salud Presidente Urbina.
- Nombre de la actividad métodos de planificación familiar y el control nutricional del niño.
- Clase de actividad. Talleres de capacitación a Madres Adolescentes.
- Población objeto. Madres Adolescentes

### **6.8.1 DESARROLLO**

#### **6.8.1.2 PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Es un proceso en el que la mujer decide cuantos hijos quiere tener y cuando quiere tenerlos. Se inicia cuando la mujer empieza a tener relaciones sexuales y permanece durante toda su edad reproductiva (hasta la menopausia).

Una buena planificación familiar requiere de la buena comunicación entre la pareja, y de la educación que ésta reciba acerca de los métodos de anticoncepción, salud materno infantil. No todos podemos hacerlo porque para planificar hay que tener conocimientos de cómo hacerlo y además contar con los recursos para ello. Las personas instruidas y de mejor nivel económico generalmente tienen menos hijos que los pobres y menos instruidos.

La planificación familiar requerida de un proceso complejo de formación que promueva desde tempranas edades valores, actitudes y habilidades para una

paternidad/maternidad responsable y exitosa como producto de una opción libre y consciente. Por supuesto esto requerirá de procesos intencionales permanentes y sistemáticos de educación sexual tanto en el sistema educativo como familiar.

### **Finalidad global de la Planificación Familiar**

La finalidad global de la planificación familiar consiste en mejorar la salud de la madre, sus hijos y la familia en general. En este sentido, las medidas preventivas de salud reconocida son:

Espaciamiento de los partes, limitación del tamaño de la familia y programación de los nacimientos.

### **6.8.1.3 LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Es el conjunto de medios, ya sean actitudes o medios que permiten evitar un embarazo no deseado, que consiste en el uso regular de algunos métodos anticonceptivos disponibles y el que mejor se adapte a las circunstancias personales: edad, tipo de relación, frecuencia, etc.

Un método anticonceptivo debe cumplir con tres exigencias:

1. Ser científicamente capaz de impedir el embarazo.
2. No dañar la salud de quien lo utiliza.
3. Ser bien tolerado por quien lo usa y por su pareja.

### **6.8.1.4 CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

La clasificación en 2 grandes grupos: Temporales y Definitivos

#### **Naturales**

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

- Método Temperatura Basal.

### **Artificial**

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

### **Métodos Temporales ó Reversibles**

#### **Métodos Naturales**

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

**1.- Método del Ritmo.-** Es un método que consiste en evitar las relaciones cóitales durante el periodo fértil del ciclo menstrual. El método funciona en mujeres que son irregulares en su regla. No protege del contagio de las ETS

Se basa en la presunción de que los ciclos menstruales son relativamente constantes, de modo que tal que controlando varios ciclos anteriores se puede predecir el periodo fértil de los siguientes. Ejemplo:

Si el periodo menstrual consta de 28 días. El 14 día es el día en que se presenta la ovulación, para esto la mujer contará con 3 días antes y 3 días después de este para evitar tener relaciones cóitales durante este periodo.

Ya que este periodo al que se considera Periodo Fértil.

**2.- Método del Moco Cervical.-** Requiere conocer los cambios del moco cervical

a largo del ciclo menstrual.

Se basa en la presencia de mucosidad en la vagina. Consiste en tomar entre el dedo índice y pulgar un poco de moco cervical (sustancia del fondo vaginal) y separar dichos dedos todo lo que sea posible para observar la elasticidad del moco. Se este se estira más que en los días anteriores, en que era escaso y espeso, indica que esta por producirse la ovulación. Por lo tanto se debe evitar tener relaciones cóitales durante este periodo. No protege del contagio de ETS / SIDA.

El moco favorece la supervivencia de los espermatozoides y facilitan su tránsito del cuello del útero o la matriz y luego a las trompas de Falopio donde se produce la fecundación

Este moco fértil tiene las siguientes características:

- ❖ Acuoso, adherente, resbaladizo, húmedo, abundante, claro, fino y filante, delgado, elástico, continua siendo lubricante,
- ❖ El moco no fértil tiene las siguientes características:
- ❖ Sensación de sequedad.
- ❖ Aumento de la coloración amarillenta
- ❖ Blanquecina, Consistente.

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

- Amamantar de 10 - 12 veces durante el día y la noche (lactancia exclusiva).
- No menstruar.
- Estar en los primeros 6 meses posteriores del parto.
- El método de la amenorrea de la lactancia (MELA) es el uso de la lactancia como método anticonceptivo. Este se basa en el efecto fisiológico de amamantar para suprimir la ovulación. Con el fin de utilizar

la lactancia como método anticonceptivo eficaz, se requiere que la madre alimente a su bebe sólo leche materna o, que por lo menos, amamante en casi todas comidas. Además, el/la bebe debe tener menos de seis meses.

### **Indicación**

Toda mujer que amamante plenamente que este en amenorrea, utiliza este método el cual es efectivo hasta 6 meses después del parto. Puede utilizarse como método improductiva de planificación familiar, desde el post - parto inmediato y durante la lactancia, protegiendo a esta y obteniendo los beneficios de la infertilidad material que ella provoca, a través de la supresión hormonal de la ovulación.

### **Ventajas**

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

### **Desventajas**

- ✓ El patrón de lactancia puede ser difícil de mantener.
- ✓ No protege contra los ITS (Infección de Transmisión Sexual). Incluida la infección por el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH).
- ✓ La duración del método es limitada.
- ✓ Es útil solo para mujeres en el posparto que estén amamantando.

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

No hay cifras exactas de su uso que está influido por patrones culturales.

### **Mecanismos de acción**

Para su empleo eficaz el hombre debe predecir el momento en que la eyaculación es inminente y debe retirar el pene para que el semen eyaculado no entre en contacto con la vagina y ni con los genitales externos de la mujer. Esto es debido a que en la vulva pueda haber moco cervical que facilita la movilización de los espermatozoides hacia la parte superior del tracto genital femenino.

Generalmente antes de la eyaculación se produce la expulsión de un líquido (secreción prostática) que se ha discutido; se podría generar un embarazo. Algunos investigadores sostienen que este líquido no tiene el número suficiente de espermatozoide para producir una fertilización y sería comparable a una oligospermia severa en caso de esterilidad.

### **Tasa de fallo**

De 25 embarazos por cada 100 mujeres.

### **Ventajas**

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

## **Desventajas**

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

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

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

Desde que empieza a aumentar la temperatura debe evitarse tener relaciones cóitales hasta dos o tres días después de observar en el termómetro la elevación de la temperatura en 3- 5 líneas. Esta elevación indica que se ha producido la ovulación.

Por lo tanto, no se debe tener relaciones cóitales en estos días.

No protege el contagio de la ETS/SIDA.

### **¿Cómo tomar la Temperatura?**

- La temperatura se debe tomar en la mañana, antes de levantarse de la cama, entre 6 y 8 am, de preferencia después de haber dormido tranquilamente ocho horas.
- Debe utilizarse un termómetro controlado. Hay que sacudirlo para que el mercurio baje al fondo. Debe ser siempre el mismo termómetro.
- Al inicio la temperatura debe ser tomada todos los días sin excepción, inclusive durante las reglas, siempre en la misma forma y a la misma hora.
- Además de la temperatura, deberá anotarse todo incidente eventual que pudiera hacerla variar, resfriados, alteración estomacal, otros malestares.
- Conviene anotar la fecha de relaciones sexuales.
- El termómetro debe permanecer en la boca de 4 a 5 minutos, o en el recto por 3 minutos.
- Al evaluar la curva de temperatura basal, se establece el día ovulatorio observando los días que ha aumentado. Luego para el periodo de abstinencia se cuenta 3 días antes y después.

### **La pareja debe tener coito**

Desde el primer día del sangrado menstrual hasta 3 días después de la elevación mencionada y de haberse mantenido por ese lapso en valores alcanzados. Una vez

que supere este tiempo, la pareja puede tener relaciones sexuales.

## **Métodos Artificiales**

### **A) Métodos de Barrera**

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

**1.- Preservativo o Condón.-** Es un anticonceptivo para uso masculino el cual es fabricado por látex muy delgado y resistente. Se colocan sobre el pene erecto. Los condones masculinos pueden ser tratados con espermicida para ofrecer mayor protección. Los condones masculinos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (ETS, incluyendo el VIH SIDA) pasen de un miembro de la pareja al otro.

### **Acción del Condón**

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

### **Beneficios o Ventajas colaterales del condón.**

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

produzca contra los espermatozoide se su compañero.

**Es un Método:**

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

**Desventajas:**

**Para el Usuario:**

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

**Complicaciones**

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

## **Instrucciones para el Hombre**

- Para saber si un condón está en buen estado, y puede ser usado, hay que ver:
- Primero debe fijarse que el sobre no éste roto o dañado.
- Antes de abrirlo revise si se mantiene la sensación de “almohadilla de aire” del sobre.
- El condón estará en buen estado si no han pasado mas de 5 años. Fíjese en la fecha de fabricación que aparece junto a las letras MDF. En algunos condones, al lado EXP aparece el año hasta que se puede usar; no use el condón después de ese año.
- Abra el sobre del condón con las manos y por el borde para no dañarlo. No lo haga con los dientes, tijera, navaja.
- Colocar el condón desde el inicio de la relación sexual (coito) cuando ocurre la erección, pues puede haber semen previamente en el conducto uretral o puede haber eyaculación precoz.
- Hacerlo antes que entre en contacto con la vagina. Coloque el condón en la punta del pene cuando todavía este duro, y despliéguelo “córralo” poco a poco hasta cubrir todo el pene; evitar formación de burbujas.
- Colocación del condón, demostrando el espacio del extremo que será el reservorio del semen.
- al colocárselo apriete la punta del condón. Evite que el condón se llene de aire para que no se rompa.
- No use cremas con aceites (como la clásica vaselina) para “humedecer” el condón, porque deterioran el látex y se puede romper. Si se necesita( Lubricante usar uno a base de agua).
- al terminar la relación sexual coital, coja la “boca” del condón con los dedos y retire el pene de la vagina antes que se ponga placido ”se muera”, tal como lo indica en el dibujo.
- O También después de la eyaculación retirar al pene inmediatamente de la vagina, sosteniendo el preservativo por su base para evitar que éste se salga y evitar así que se derrame el semen.
- Anudar el preservativo antes de tirarlo.
- bote el condón usado. No lo vuelva a utilizar.

- usar un nuevo condón en cada coito.
- Debe usarse en todas las relaciones sexuales independientemente del momento del ciclo menstrual en que se encuentre la mujer.
- Guarde el condón en donde no se maltrate. No lo ponga en la billetera ni en el bolsillo trasero del pantalón. Puede guardarse en el bolsillo de la camisa.

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

Los espermicidas causan la ruptura de las membranas de los espermatozoides, lo cual disminuye su movimiento (motilidad y movilidad), así como su capacidad de fecundar el ovulo.

Se presentan en varias formas farmacéuticas

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

### **Mecanismos de Acción:**

Al espaciarse el espermicida por la vagina, produce una película viscosa que disminuye la motilidad de los espermatozoides. Además, los espermicidas, inactivan los espermatozoides en la vagina produciendo la ruptura de su membrana antes de que estos puedan ascender al tracto genital superior, produciéndose la separación de la cabeza y la cola. Esto ha sido comprobado por test de Hubner realizados postcoito con uso del anticonceptivo con cloruro de benzalconio; los espermicidas no se absorben a través de la vagina y no tienen efectos sistemáticos. En el caso de las esponjas o tampones, estos actúan también

por el efecto mecánico, a que la esponja absorbe el esperma.

### **Ventajas**

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

### **Desventajas:**

Tienen relativamente tasa altas de embarazo accidental.

Necesidad de prever la interrupción de la actividad sexual para usarlas.

Necesidad de uso constante y cuidadoso en cada relación sexual.

### **Instrucciones para la mujer**

Por lo que hemos mencionados en “Eficacia” es primordial la consejería que los profesionales deben dar a los usuarios, estableciendo previamente una adecuada selección de quienes son aptas y quienes son aptas y quienes no para adecuarse a un correcto uso.

### **Para óvulos y cremas**

- Acuéstese con las piernas dobladas. Coloque el óvulo o tableta vaginal en su vagina lo más profundo posible. Colocar la dosis recomendada de crema en la parte superior de la vagina, cerca del fondo y de la cerviz.
- Póngase el óvulo o tableta vaginal 15 minutos antes de cada penetración o relación coital. Debe quedarse acostado durante esos 15 primeros minutos para que el óvulo o tableta vaginal no se salga.
- Para cada penetración utilizar una aplicación de crema óvulo o tableta vaginal, adicional cada vez que se repita el coito aunque el tiempo transcurrido sea breve.

- el óvulo o tableta vaginal dura solo hasta 1 hora después de colocado. Si ha pasado más de una hora y no ha tenido relaciones sexuales, debe colocarse otro.
- No realizar duchas vaginales o lavados internos por lo menos 6 horas después del coito.
- No lo use después de su fecha de vencimiento.
- Guárdelos en un lugar fresco y seco.

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

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

### **Mecanismos de Acción**

Esta depende fundamentalmente de succión como barrera mecánica y parcialmente como “soporte” o “transporte” de espermicidas.

Actúa como barrera cubriendo el cerviz.

Sirve como receptáculo para alojar espermicidas.

Evita que el moco cervical neutralice la acidez vaginal con lo que permanece hostil al esperma.

### **Ventajas:**

- No interfiere la lactancia
- Puede insertarse de dos a seis horas antes del coito.
- Se evita la ingestión diaria de comprimidos.
- No altera los procesos metabólicos o fisiológicos.

- Los beneficios colaterales del empleo del diafragma consisten en cierta protección contra enfermedades de transmisión sexual y contra el desarrollo de displasia cervical.
- Protege levemente contra la ETS.
- Evita el escape” sanguíneo menstrual durante el coito.

### **Desventajas**

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

### **Complicaciones**

Son todos los efectos secundarios o las complicaciones graves o mortales por el empleo del diafragma. Algunos efectos que podrían sobrevenir son:

- Prurito, ardor o inflamación del tejido vaginal, por alergia al látex, el caucho o a la jalea o crema espermicidas.
- Irritación vesical cuando el diafragma está mal ajustado. Cuando es demasiado grande y ha estado colocado durante varias horas, su reborde puede ejercer una fuerte presión sobre la vejiga o la uretra, lo que originará malestar y quizá infecciones recurrentes. También puede producir erosión e hipersensibilidad en la pared vaginal.
- Posible dificultad en las evacuaciones o alteración del tamaño de las heces; asimismo hemorroides cuando el dispositivo ejerce presión sobre el colon descendente a través de la pared vaginal, a causa de su gran tamaño.
- Dolor por tejido vaginal o episiotomía no cicatrizados cuando el

dispositivo se coloca demasiado pronto después de parto a término.

## **Métodos Hormonales.**

**1.- Anticonceptivos Orales.-** Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son pastillas que contienen las hormonas estrógenos y progestina. Estas pastillas se toman diariamente. También existen solo de progestágeno. Los AOC suprimen la ovulación, espesan el moco cervical (impidiendo la penetración de los espermatozoides), cambian el endometrio (haciendo la implantación menos posible), y reducen el transporte de espermatozoide al tracto genital superior (trompas de Falopio).

### **Mecanismo de Acción**

El mecanismo de acción de los ingredientes del comprimido es su efecto sobre el hipotálamo, que suprime la función ovárica para evitar la ovulación. El estrógeno inhibe la ovulación, el transporte del ovulo y la conservación del cuerpo amarillo. El progestágeno influye en la ovulación, el moco cervical, la capacitación y el transporte e implantación del ovulo.

**Orales Combinados.-** aquellas píldoras que poseen una combinación de progestágenos y estrógenos debe ser administrado por personal administrado, son de ingesta diaria.

En los siguientes ciclos:

En los paquetes de 21 pastillas reinician luego de 7 días de haber terminado el ciclo anterior.

En el paquete de 28 pastillas se reinicia la toma inmediatamente luego de terminar el paquete anterior.

### **Efectos Secundarios más frecuentes**

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

### **Instrucciones para la mujer.**

- Tome una píldora cada día si es posible a la misma hora.
- La primera píldora debe tomarla en el 1er y 5to día desde que comenzó su menstruación.
- Si vomito ½ hora después de haber tomado la pastilla tómese otra.
- Si tiene diarrea o vómito durante más de dos días use por seguridad durante los siguientes 7 días.
- si se olvida de tomar una píldora, tómela apenas se acuerde, puede tomar 2 píldoras en un mismo día.
- Si se olvida de tomar 2 o más píldoras comience a tomar 1 nuevo paquete y use por seguridad los siguientes 7 días otro método anticonceptivo como condón.

### **Orales no Combinados (de Progestágeno)**

Son aquellos que poseen solo progestágeno.

### **Efectos Secundarios más frecuentes**

- Amenorrea.
- Sangrado / goteo irregular
- Cefalea
- Nauseas, mareos y Vómitos
- Aumento de peso

### **Instrucciones para la mujer.**

- Desde el comienzo tome la píldora todos los días a la misma hora. Si se retrasa 2 o más horas en tomarlas, pierde su efecto y no la protege.
- si después de ½ hora después de haber tomado la píldora vomita debe tomar otra píldora.
- durante los 2 ó 3 primeros meses es normal que pueda haber cambios en su menstruación. Estos cambios no son peligrosos y no necesitan tratamiento.
- Pueden sangrar más o menos de lo normal.
- Su menstruación se puede adelantar o atrasar.
- Puede tener pequeño sangrados además de su menstruación.
- Algunas mujeres pueden aumentar de peso, sentir dolor de cabeza o dolor en las mamas. Estas molestias desaparecen de a pocos y no son peligrosas.
- Las medicinas para los ataques de epilepsia y la TBC pueden hacer que las píldoras no tengan efecto. Informa a su profesional de Salud si esta tomando o va a tomar estas medicinas.
- si usted uso este método no es necesario que vaya a controlarse.
- Cuando acabe con su paquete de píldora empiece a tomar uno.

### **Ventajas de la Píldora**

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

### **Desventajas de las Píldoras**

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

### **Inyectables**

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

### **Combinado**

Los dos anticonceptivos inyectables combinados (AIC), Ciclofen y Mesigina, son inyecciones de las hormonas estrógeno y progestina, las cuales son administradas una vez al mes.

Los AIC suprimen la ovulación, espesan el moco cervical (impidiendo la penetración de los espermatozoides), cambian el endometrio (haciendo la implantación menos probable), y reducen el transporte de espermatozoide al tracto genital superior (trompas de Falopio).

Se usa cada 30 días con intervalos de 27 a 33 días, se administra en la región glúteo o deltoides sin realizar masaje post - aplicación.

### **Tasa de Fallo**

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

### **Instrucción para la Mujer**

- El efecto dura 1 mes.
- No se olvide de regresar al centro o puesto de salud cada mes para que le pongan su inyectable o ampolla.
- Durante el primer año de su uso puede aumentar de peso hasta 1 Kg.
- Puede tener dolor de los senos y dolor de cabeza, son molestias normales.
- Durante los 2 - 3 primeros meses es normal y pueden haber cambios en su regla, estos cambios no son peligroso y no necesitan tratamiento.
- Su menstruación se puede adelantar o puede tener pequeños sangrados fuera de los días de su regla.

### **No Combinado (Progestágenos)**

- Se administra cada 3 meses pudiendo adelantarse hasta 2 semanas o en caso de olvido aplicarlo con una demora de 2 semanas.
- Administrar en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje por aplicación.

### **Tasa de Falla**

De 0.3 a 0.4 embarazo por cada 100 mujeres en el primer años de uso.

### **Instrucción para la Mujer**

- Regrese al establecimiento de salud cada 3 meses para la nueva aplicación.
- Durante los primeros 2 ó 3 meses ampollas puede haber cambios en su menstruación, estos cambios no son peligrosos y no necesitan tratamiento.
- Su menstruación puede desaparecer.
- Puede tener pequeños sangrados durante algunos días.
- Algunas mujeres pueden aumentar de peso, sentir dolor de cabeza o dolor en las mamas. Estas molestias van a desaparecer de a poco.
- Si deja de usar este método puede demorar hasta 14 meses en quedar embarazada.
- La ampolla no causa esterilidad.
- Si tiene problemas o desea dejar de usar el método, vaya al establecimiento de salud.

### **Implantes Norplant.**

El sistema de Norplant consiste en seis capsulas delgadas y flexibles hechas de tubos de Silastic, las cuales están llenas de una progestina sintética

(levonorgestrel). Estas cápsulas se insertan justo por debajo de la piel en la parte superior del brazo de la mujer por medio de un procedimiento quirúrgico menor. Son aproximadamente de 4 cm de largo a 2mm de diámetro.

### **Mecanismo de Acción**

Los implantes Norplant funcionan por medio del espesamiento del moco cervical, cambios en el endometrio y reduciendo la motilidad de los espermatozoides. Estos proporcionan una anticoncepción altamente eficaz por un máximo de 5 años.

### **Ventajas**

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

### **Desventajas**

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

## **Métodos Mecánicos**

### **1.- Dispositivos Intrauterinos (DIU)**

El dispositivo intrauterino, (DIU) es un dispositivo flexible en forma de T que se inserta en el útero. Los DIU pueden ser inertes, liberadores de cobre o progestina. Los DIU liberadores de cobre interfieren con la habilidad de los espermatozoides para pasar por la cavidad uterina e interfieren con el proceso reproductivo antes de que los óvulos lleguen a la cavidad uterina. Los DIU liberadores de progestina también espesan el moco cervical y cambian el revestimiento endometrial.

#### **Ventajas del DIU**

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

#### **Desventajas del DIU**

- Es necesario cambiar el DIU cada / año.
- No es totalmente efectivo durante el primer mes. De la colocación por lo que se requiere de otro método complementario en este periodo.
- Puede provocar hemorragias menstruales más prolongadas y abundantes, así como sangrado no menstrual.
- La mujer debe controlar la situación del DIU después de cada menstruación (mediante palpación del hilo vaginal), ya que puede modificarse su posición o ser expulsado.

## **Señales de peligro de las Usuaris del DIU**

- Ausencia o retraso del periodo menstrual (debe practicarse prueba de embarazo).
- Dolor abdominal o pélvico.
- Fiebre, escalofríos.
- Hemorragia abundante, coágulos, manchas de sangre en la ropa interior, periodos menstruales intensos.
- Ausencia del hilo vaginal del dispositivo intrauterino ó percepción de un objeto duro en el cuello uterino.
- Flujo vaginal abundante, fétido o peculiar.

### **Quien no lo debe de usar:**

- Mujeres con embarazo (posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital anormal no investigado.
- Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usan condón.
- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales que no usen condón.
- Mujeres con infección activa del tracto genital del tipo cervicitis aguda, mucus purulenta o vaginitis severa. Insertar luego del tratamiento.
- Mujeres con enfermedad uterina o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionan en forma significativa la cavidad uterina.
- Mujeres con cáncer genital.

## **Métodos Definitivos e Irreversibles**

### **1.- Ligadura de Trompas**

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

La oclusión tubárica es un procedimiento quirúrgico voluntario que termina la fertilidad de la mujer permanentemente. La oclusión tubárica puede hacerse por

medio de la mini laparotomía o la laparoscopia. La oclusión tubárica bloquea las trompas de Falopio (atándolas y cortándolas con anillos) impidiéndose que los espermatozoides lleguen a los óvulos y los fecunden.

### **Características**

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

### **Complicaciones**

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

## **2.- Vasectomía**

La vasectomía es un procedimiento quirúrgico voluntario que termina la fertilidad del hombre permanentemente. La vasectomía puede realizarse utilizando el método estándar o la técnica sin bisturí la cual es el método preferido. La vasectomía bloquea los conductos deferentes (conducto eyaculador) para que no haya espermatozoides en la eyaculación.

No afecta ninguno de los demás componentes del aparato genital masculino interno o externo.

### **Características**

- Eficacia alta y permanente.
- Eficacia empieza luego de 20 eyaculaciones o 3 meses de la cirugía, por lo que debe indicarse un método adicional a la pareja en los lugares donde sea posible, se puede solicitar un espermatograma de control. ( o por lo menos la evaluación simple al microscopio de una muestra se semen. Para ver la ausencia de espermatozoide.
- No interfiere con el coito.
- No interfiere con el deseo, ni la potencia sexual, ni con la producción hormonal por parte de los testículos.
- Requiere previamente evaluación médica y orientación adecuada, debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un medico capacitado, requiere instrumental especial.

### **Complicaciones**

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

### **CONTROL NUTRICIONAL DEL NIÑO**

Los indicadores de peso – talla, relacionados con la edad y parámetros antropométricos de referencia, constituyen un método apropiado, sencillo, confiable y de bajo costo para la vigilancia y seguimiento del crecimiento y el estado de nutrición en los niños y niñas. La vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo permiten conocer la evolución física, mental y emocional del niño o niña, así como identificar y corregir oportunamente alteraciones que obstruyan la formación plena e integral del individuo en los primeros años de su vida.

Sistematizar la vigilancia nutricional implica un reto que debe lograrse a fin de asegurar a todas las niñas y niños mexicanos una mejor calidad de vida presente y futura.

### **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESNUTRICIÓN.**

En la vigilancia nutricional es necesario tomar en cuenta algunos de los factores individuales y ambientales que influyen en la desnutrición como son:

- ❖ Bajo peso al nacer.
- ❖ Privación de amamantamiento al seno materno.
- ❖ Hijo o hija de madre adolescente.
- ❖ Aglactación y destete mal dirigidos.
- ❖ Bajos ingresos económicos
- ❖ Malos hábitos alimentarios

El mantenimiento de las funciones orgánicas, la actividad básica y el crecimiento

y desarrollo, en gran medida, dependen del consumo habitual de alimentos que tiene el niño.

El estado de equilibrio entre el consumo y el gasto da como resultado un buen estado de nutrición, si se rompe este equilibrio por el consumo excesivo se presenta la obesidad y cuando es insuficiente la desnutrición.

Las percusiones, en ambos problemas son graves ya que la obesidad es un factor que limita el desarrollo emocional del niño y predispone al individuo a padecer enfermedades crónico degenerativas en la edad adulta, la desnutrición es más grave, por la cantidad de niños que la padecen y los factores negativos irreversibles que tienen en el crecimiento y desarrollo, disminuye su calidad de vida presente y futuro.

Dependiendo de la intensidad de la desnutrición, el tiempo y la edad puede presentar para toda su vida:

- Bajo crecimiento
- Menor rendimiento intelectual
- Menor capacidad física.
- Mayor riesgo a padecer enfermedades de tipo infeccioso.
- Mayor peligro de morir en los primeros años de vida.

### **Clasificación de la desnutrición por su duración e intensidad.**

**Se clasifica en:**

#### **AGUDA:**

Se presenta debido a la restricción de alimentos que se manifiesta por la pérdida de peso y quizá detención del crecimiento. Cuando el niño es atendido adecuadamente y oportunamente, este se recupera, repone sus pérdidas y vuelve a crecer normal.

**CRÓNICA:**

Cuando la privación de alimentos se prolonga, la pérdida de peso se acentúa como consecuencia el organismo para sobrevivir disminuye requerimientos y deja de crecer, es decir mantiene una estatura baja para su edad. La recuperación es más difícil.

**Por su intensidad se clasifica en:****LEVE:**

Es cuando la cantidad y variedad de nutrimentos que el niño recibe son menores a sus requerimientos. Al inicio se caracteriza por la pérdida o no ganancia de peso.

**MODERADA:**

Cuando la falta de nutrimentos se prolonga y acentúa, la desnutrición se agudiza y fácilmente se asocia a procesos infecciosos, se manifiesta con mayor déficit de peso, detención del crecimiento, anorexia y mayor facilidad para contraer infecciones.

**SEVERA:**

Cuando la carencia acentuada de alimentos continua asociada a padecimientos infecciosos frecuentes, la anorexia se intensifica y la descompensación fisiológica del organismo llega a tal grado, que pone al niño en grave peligro de muerte se manifiesta en dos formas:

Un 35% de la carga de morbilidad de los menores de 5 años se asocia a la desnutrición. La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros 2 años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la

morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general.

De hecho, las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria pueden salvar cada año la vida de 1,5 millones de menores de 5 años. Las recomendaciones de la OMS y el UNICEF con respecto a la alimentación óptima del lactante y el niño pequeño son:

- Inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida.
- Lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida.
- Introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los 6 meses, continuando la lactancia materna hasta los 2 años o más.

Sin embargo, muchos lactantes y niños no reciben una alimentación óptima. Así, por ejemplo, por término medio solo aproximadamente un 35% de los lactantes de 0 a 6 meses reciben lactancia exclusivamente materna.

### **Lactancia materna**

La lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre. Entre ellos destaca la protección frente a las infecciones gastrointestinales, que se observa no solo en los países en desarrollo, sino también en los países industrializados. El inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal.

El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial.

La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses. La leche materna también es una fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades, y reduce la mortalidad de los niños malnutridos.

Los adultos que recibieron lactancia materna en la infancia suelen tener menor tensión arterial y menores concentraciones de colesterol, así como menores tasas de sobrepeso, obesidad y diabetes de tipo 2. La lactancia materna también contribuye a la salud y bienestar de las madres: reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, y ayuda a espaciar los embarazos. La lactancia exclusivamente materna hasta los 6 meses tiene un efecto hormonal que a menudo produce amenorrea (ausencia de menstruaciones), por lo que constituye un método natural, aunque no infalible, de control de la natalidad (amenorrea por lactancia).

Las madres y las familias necesitan apoyo para que sus hijos reciban una lactancia materna óptima. Entre las medidas que ayudan a proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna destacan:

La aplicación de los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural que se especifican en la iniciativa. Contacto entre la piel del niño y de la madre inmediatamente después del parto e inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida

Lactancia materna a demanda (es decir, tan a menudo como quiera el niño, tanto de día como de noche).

Alojamiento conjunto, para que la madre y el niño permanezcan juntos las 24 horas del día.

Interdicción de otros alimentos y bebidas, incluida el agua.

El apoyo de los servicios de salud, proporcionando asesoramiento sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño durante todos los contactos con los

niños pequeños y sus cuidadores, como las consultas prenatales y posnatales, las consultas de niños sanos y enfermos o las vacunaciones.

El apoyo de la comunidad, como pueden ser grupos de apoyo a las madres o actividades comunitarias de promoción de la salud y educación sanitaria

### **Alimentación complementaria**

Alrededor de los 6 meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios cuando el niño cumple los 6 meses o si son insuficientes, su crecimiento puede verse afectado. Los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada son:

- ❖ Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los 2 años o más.
- ❖ Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual).
- ❖ Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
- ❖ Empezar a los 6 meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.
- ❖ Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.

- ❖ Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.
  
- ❖ Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes.
- ❖ Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
- ❖ Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos

### **1 .12 IMPACTO**

La aplicación de la propuesta en el sub centro de salud de la parroquia Presidente y en el hospital del cantón Píllaro permitirá que el personal que labora en este servicio brinde toda la educación necesaria a las madres adolescentes sobre métodos de planificación familiar y la importancia sobre el control nutricional del niño de 0 a 2 años 6 meses.

### **1.13 EVALUACIÓN**

La modalidad de evaluación de la propuesta está basada en.

#### **DIAGNOSTICA**

Para su ejecución se determino brindar educación a las madres adolescentes acerca de los métodos de planificación familiar e importancia del control nutricional del niño.

#### **FORMATIVA**

Comprende la educación de todos los métodos anticonceptivos

## **SUMATIVA**

De ejecutarse la propuesta los directivos del Hospital Provincial Docente Ambato podrán verifica la capacitación sobre métodos de planificación familiar y el estado nutricional del niño.

### **6.9. RECURSOS**

#### **Humanos**

Personal profesional de enfermería, madres adolescentes

#### **Materiales**

Aula asignada a impartir temas de capacitación

### **6.10. PRESUPUESTO**

**Tabla #: 30**

| Descripción              | Valor total (\$) |
|--------------------------|------------------|
| Materiales de escritorio | 120.00           |
| Material bibliográfico   | 230.00           |
| Copias                   | 95.00            |
| Transcripciones          | 70.00            |
| Trípticos                | 90.00            |
| Total                    | 605.00           |

## 6.11. CRONOGRAMA

**Tabla #: 31**

| FECHA      | TEMA  | TIEMPO        | RESPONSABLE        |
|------------|---|---------------|--------------------|
| 22-03-2013 | Métodos de planificación familiar tipos               | 15h00 -17h00  | Líder              |
| 30-03-2013 | Métodos de planificación familiar II parte            | 15h00 – 17h00 | Líder del servicio |
| 22-04-2013 | Los derechos de los niños y de las madres embarazadas | 15h00 - 17h00 | Líder              |
| 30-04-2013 | Control nutricional del niño                          | 15h00 - 17h00 | Líder              |

## **7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Figueiras, A. (2006). Manual para la vigilancia del desarrollo Infantil. Washington.
- Herrera, L. Medina, A. y Naranjo, G. (2010). Tutoría de la investigación científica. (4ª ed). Ambato: Graficas-Corona.
- Hinojasa, My. Dávila, M (2012). Crecimiento y Desarrollo del niño. Quito.
- León, N (2003) Principios de Orientación para la alimentación del niño Amamantado. (ultima ed). Washington DC.
- Lowdermilk, (2008) Maternidad y salud de la mujer:( 9ªed). Barcelona: El Sevier.
- Meneghello, (1997) Nutrición y Alimentación del niño, (5ªed), Bogotá: Panamericana.
- Pai, (2005) Manual de Normas técnico Administrativos, Métodos y Procedimientos de vacunación y vigilancia epidemiológica del Programa Ampliado de Investigaciones (PAI) (1ªed). Quito.
- Posso, P (1997). Aspectos biológicos del desarrollo del niño. Buenos Aires: Panamericana.
- Time, L (2007). Métodos Anticonceptivos (1ªed). México: Cultura Internacional.

### **LINKOGRAFIA**

- Barsallo. P (2013) El embarazo en la adolescencia. Recuperado el 6 de Mayo del 2013, disponible en [http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101501641/-1/El\\_embarazo\\_en\\_la\\_adolescencia.html#.UeXh1tI9-So](http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101501641/-1/El_embarazo_en_la_adolescencia.html#.UeXh1tI9-So)
- Beltrán. B, (2013) Las relaciones sexuales son cada vez más precoces en el Ecuador. Recuperado el 4 de Abril del 2013, disponible en [http://www.elcomercio.ec/sociedad/Ecuador-sexo-relaciones-sexuales-estadisticas-educacion\\_sexual\\_0\\_895110523.html](http://www.elcomercio.ec/sociedad/Ecuador-sexo-relaciones-sexuales-estadisticas-educacion_sexual_0_895110523.html)

- El Universal (2013) Latinoamérica sigue liderando en embarazos en adolescentes. Recuperado el 11 de julio del 2013, disponible en  
  
<http://www.eluniversal.com/vida/130711/latinoamerica-sigue-liderando-en-embarazosadolescentes>
- Extra. (2012) Mas del 17% de adolescentes son madres. Recuperado el 23 de febrero del 2012 disponible en  
<http://www.diario-extra.com/ediciones/2012/02/23/especial/mas-del-17--de-adolescentes-ecuatorianas-son-madres-segunda-mayor-tasa-de-alatina/>
- Inec (2013) Alarmante cifra de madres adolescentes en Ecuador. Recuperado el 11 de Abril del 2013, disponible en  
<http://www.teleamazonas.com/index.php/noticias/nacionales/22277-alarmante-cifra-de-madres-adolescentes-en-ecuador>
- Laurini .T (1991) Madres adolescentes .Recuperado el 01 de agosto de 1991, disponible en  
<http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/madres-adolescentes-60326.html>
- Lizarzaburo G (2012) Ecuador comenzó una campaña para prevenir embarazos adolescentes. Recuperado el 18 de diciembre del 2012, disponible en  
<http://www.andes.info.ec/es/a%C3%B1o-2012-febrero-2012/ecuador-comenz%C3%B3-campa%C3%B1a-prevenir-embarazos-adolescentes.html>
- Peña .A,(2013) En Ecuador hay 122mil madres adolescentes, disponible en  
<http://www.metroecuador.com.ec/50663-en-ecuador-hay-122-mil-madres-adolescentes.html>

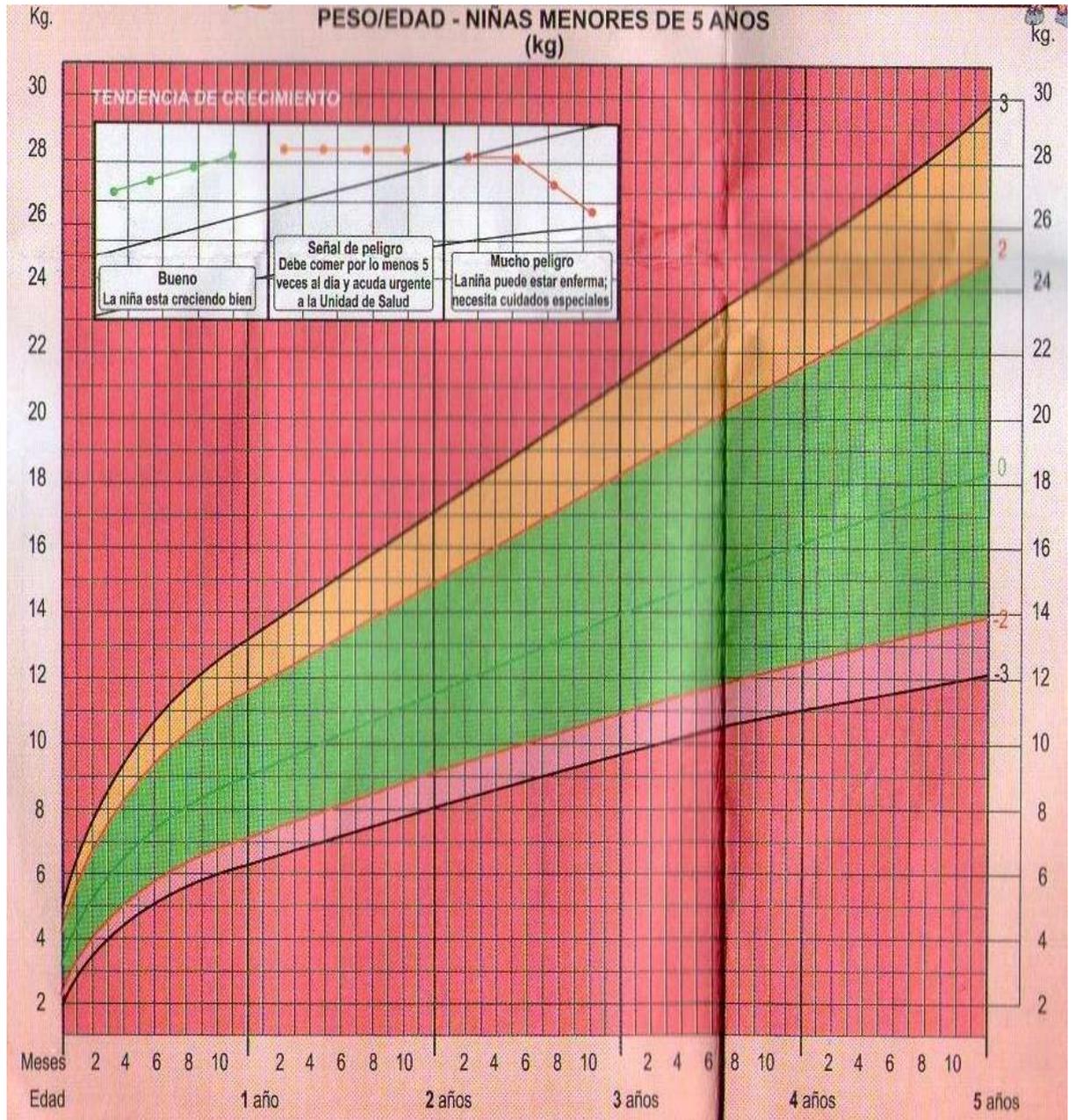
## CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA

- SCIELO: Hernández Guzmán, Andrés; Payan, Esteban; Manroy-Vilchis, Octavio Rev. Viol. Trop 59 (3): 285-1294, ILUS; TAB: 2011 Sep
- SCIELO: Macmillan, k, Normal Rev. Chil. Nutr. 32(3): 232-237, ILUS. DC.
- SCIELO: Rodríguez Martín, Amelia; Novalbos Ruiz, José P; Villagran Pérez, Sergio; Martínez Nieto, José M; lechuga Campoy, José L. Rev. Esp. Salud Publica 86(5): 483-494, TAB.2012 Oct.
- SCIELO Macías M, Adriana Ibeté; Gordilla S. Lucero Guadalupe; Camacho R; Esteban Jaime. Rev. Chil. Nutr 39(3): 40-43, Nd. 2012 Sep.

# ANEXOS

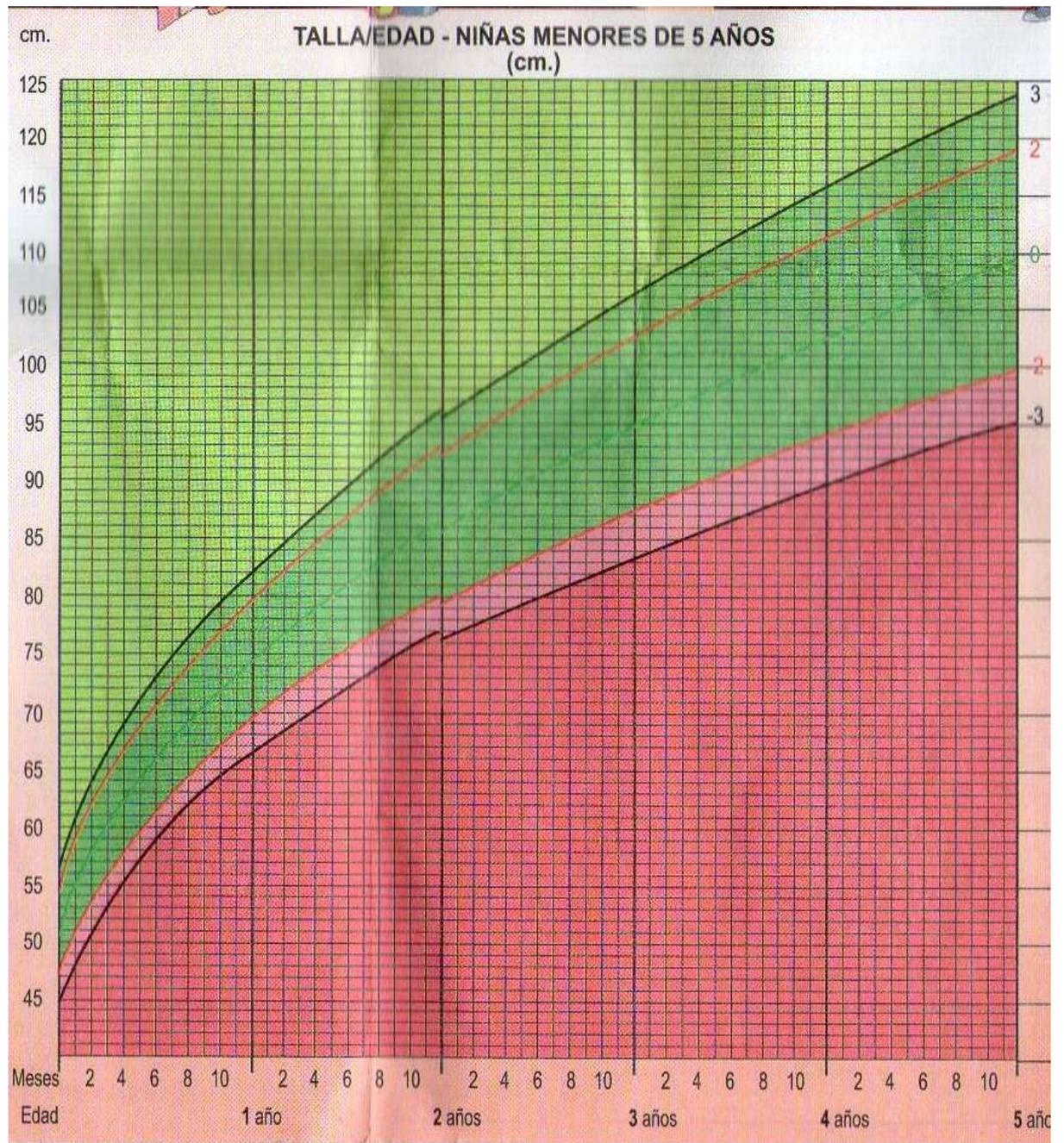
# ANEXO 1

## PERCENTIL DEL PESO NIÑAS



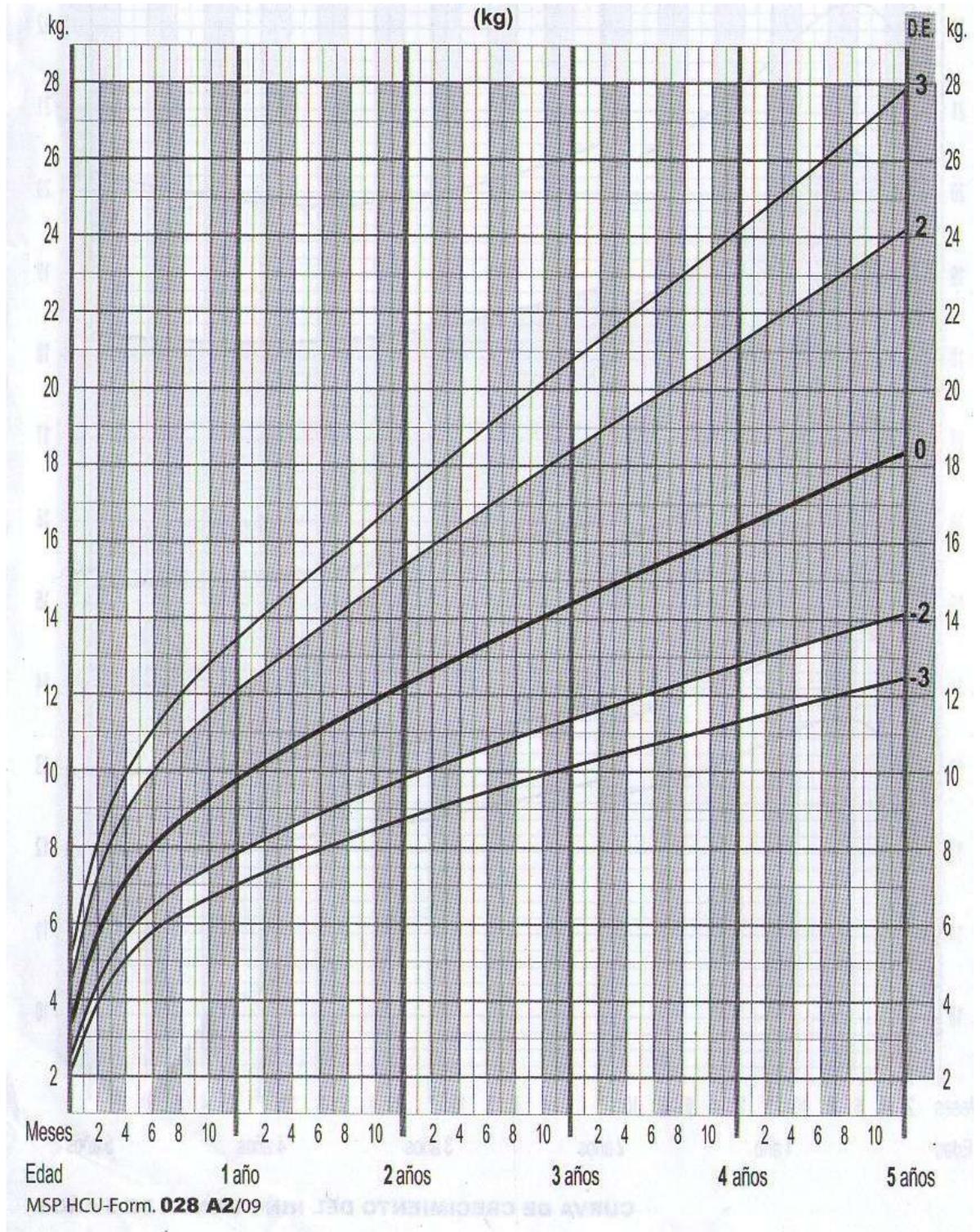
## ANEXO 2

### PERCENTIL DE TALLA NIÑAS



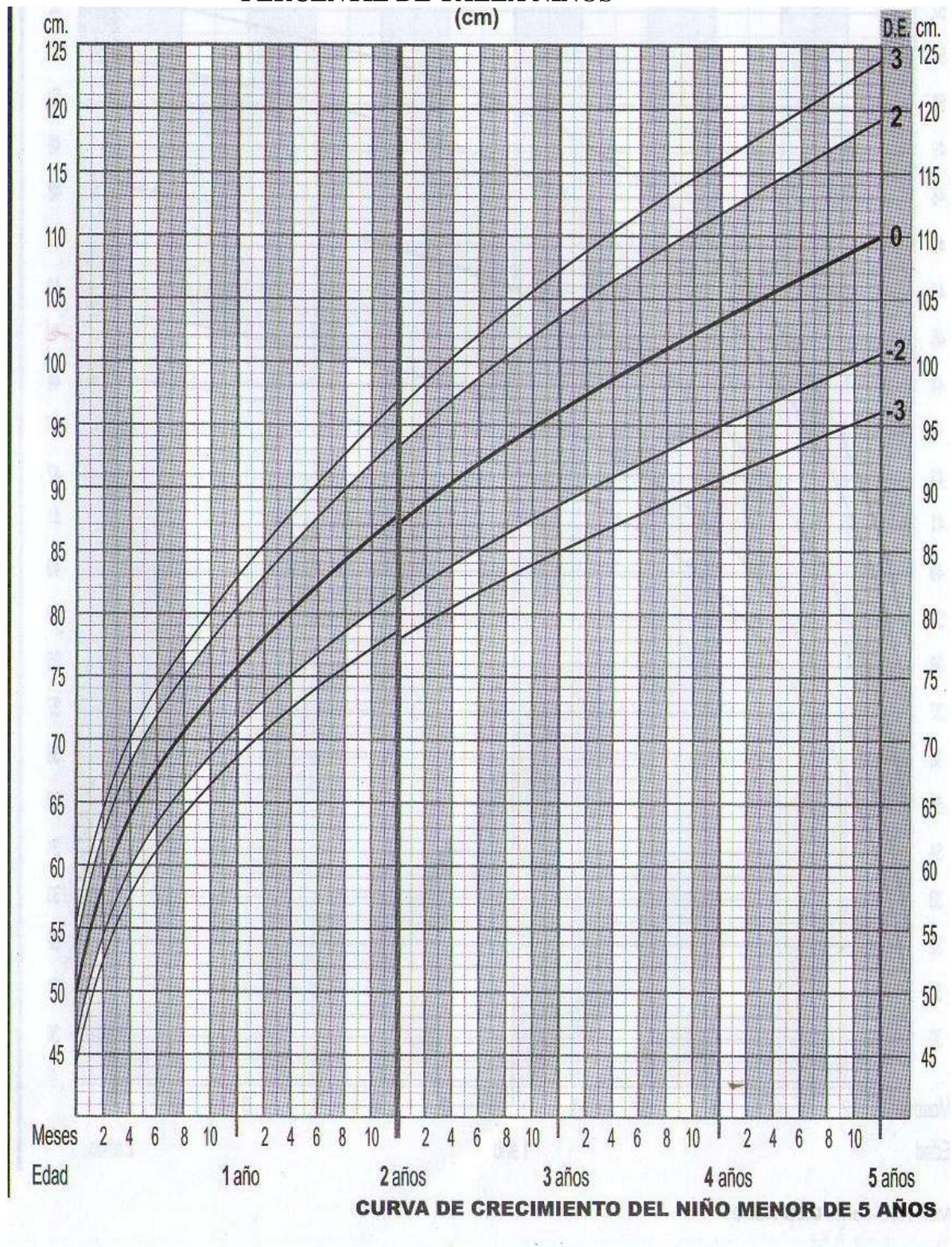
**ANEXO 3**

**PERCENTIL DE PESO NIÑOS**



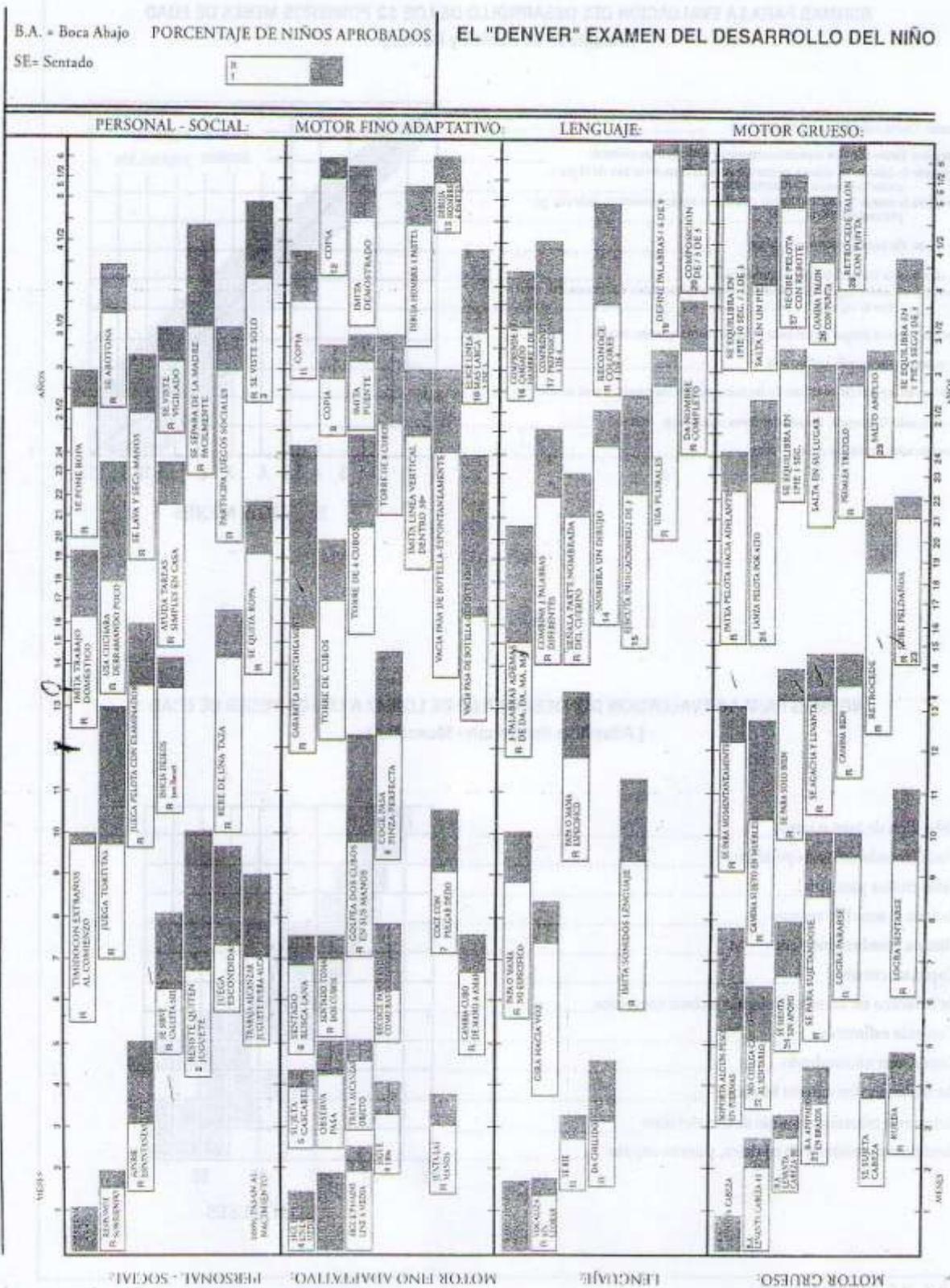
**ANEXO4**

**PERCENTIL DE TALLA NIÑOS**



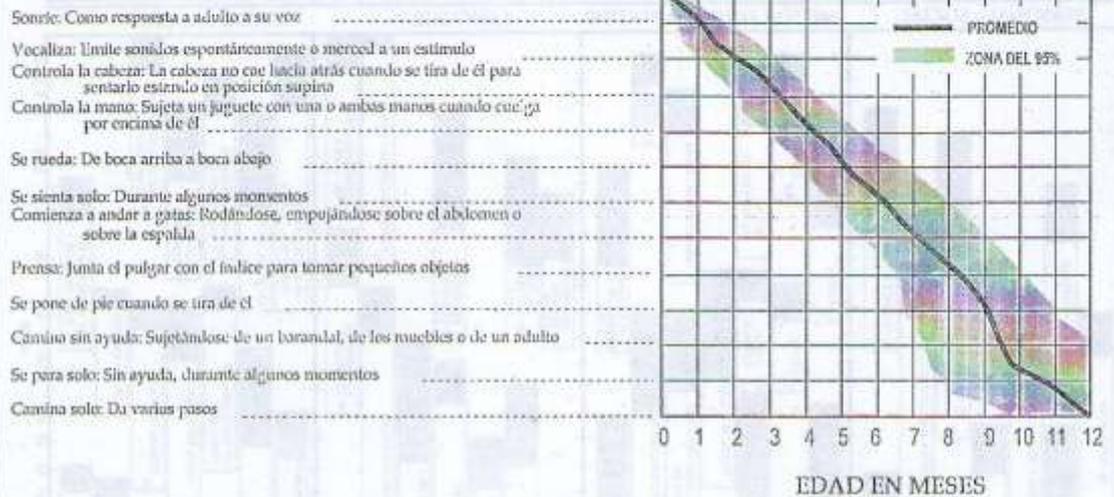
ANEXO 5

TEST DE DENVER

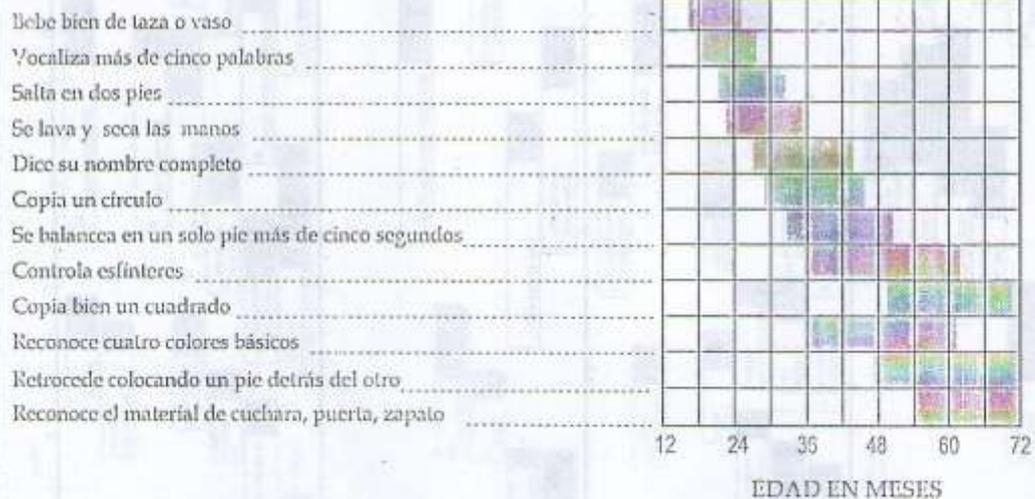


## ANEXO 6

### NORMAS PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO DE LOS 12 PRIMEROS MESES DE EDAD ( Adaptado de Aldrich y Norval )



### NORMAS PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO DE LOS 12 A LOS 60 MESES DE EDAD ( Adaptado de Barrera - Moncada )



## ANEXO 7

**CUESTIONARIO**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ENCUESTA APLICADA A MUJERES ADOLESCENTES**  
**EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL DEL CANTÓN**  
**PÍLLARO**

Fecha: \_\_\_\_\_

### INSTRUCTIVO

- Marque X la respuesta que usted considere apropiada
- La información brindada será de absoluta confidencialidad

### PREGUNTAS

1. Señale su edad al convertirse en madre  
10-13 años      ( ) 14 – 16 años ( )  
17 – 19 años      ( )
  
2. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?  
10-13 años      ( ) 14 – 16 años ( )  
17 – 19 años      ( )
  
3. ¿A qué edad empezó a menstruar?  
10-13 años      ( ) 14 – 16 años ( )  
17 – 19 años      ( )
  
4. En comparación con otros niños de la misma edad su hijo ha presentado alteraciones en:  
Peso ( ) Talla ( )  
Todas ( ) Ninguna ( )
  
5. Hasta qué edad su hijo se alimentó solo con leche materna  
Hasta los 3 meses ( ) Hasta los 6 meses ( ) Nunca ( )

6. Con qué frecuencia lleva a su niño al control médico  
Mensual ( ) Trimestral ( )  
Semestral ( ) Anual ( )
7. Cumple con el esquema de vacunación establecido para la edad del niño  
Si ( ) No ( )
8. ¿Su estado civil es?  
Soltera ( ) Casada ( )  
Unión libre ( )
9. ¿Qué nivel de educación tiene?  
Primaria ( ) Secundaria ( )  
Superior ( )
10. ¿A cuántos controles prenatales asistió usted?  
1 – 3 controles ( )  
4 – 6 controles ( )  
7 – 9 controles ( )  
Más de 9 controles ( )

## ANEXO 8

### CUESTIONARIO

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ENCUESTA APLICADA A MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN  
AL SUBCENTRO DE SALUD PRESIDENTE URBINA**

Fecha: \_\_\_\_\_

#### INSTRUCTIVO

- Marque X la respuesta que usted considere apropiada
- La información brindada será de absoluta confidencialidad

#### PREGUNTAS

1. ¿Cumple el esquema de vacunación de acuerdo con la edad del niño?  
De acuerdo a la edad ( )  
Retrasada edad ( )
2. ¿Qué actividad se deberá implementar para promover un adecuado crecimiento y desarrollo en los hijos de madres adolescentes?  
Charlas educativas ( )  
Conferencias ( )  
Talleres ( )
3. ¿Qué enfermedades prevalentes en la infancia se han presentado en los hijos de madre adolescente?  
IRA ( ) EDA ( )  
Todas ( ) Ninguna ( )
4. ¿Recibió algún tipo de educación sobre el cuidado de su hijo por el personal de salud en?  
Lactancia materna ( )  
Higiene ( )  
Signos de alarma ( )  
Todas ( )

5. ¿Cuántos hijos tiene?

- Un hijo ( )                      Dos hijos ( )  
Más de tres hijos ( )

6. ¿Qué complicaciones tuvo durante su embarazo?

- Anemia ( )  
Infección de vías urinarias ( )  
Peso ( )  
Hipertensión inducida por el embarazo ( )  
Hemorragias ( )  
Ninguna ( )

7. ¿Su edad gestacional fue?

- Término ( )  
Pos término ( )  
Pre término ( )

8. ¿Qué tipo de parto tuvo?

- Normal ( )                      Cesárea ( )

9. ¿En qué lugar dio a luz?

- Domicilio ( )  
Clínica ( )  
Hospital de Píllaro ( )  
Otros ( )

10. ¿Qué nivel de educación tiene?

- Primaria ( )  
Secundaria ( )

## ANEXO 10: TRÍPTICO



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

### PLANIFICACIÓN FAMILIAR



RESPONSABLE:

Mayra Susana Moya Moya

Ambato – Ecuador  
2013 – 2014

OBJETIVO:

- Disminuir el riesgo de muerte materna en adolescentes e infantil.
- Evitar embarazos no deseados en adolescentes.
- Decidir cuánto y cuántos hijos tener con una planificación responsable.



## ¿QUÉ MÉTODO ANTICONCEPTIVO ELEGIR?

Se debe elegir el método de acuerdo a la facilidad de uso, posibilidad de cumplirlo y efectividad anticonceptiva.



Nota:

Los métodos anticonceptivos son gratuitos a nivel del Ministerio de Salud Pública.

¡Utilízalos, esto puede cambiar tu vida!  
... Tú decides.....

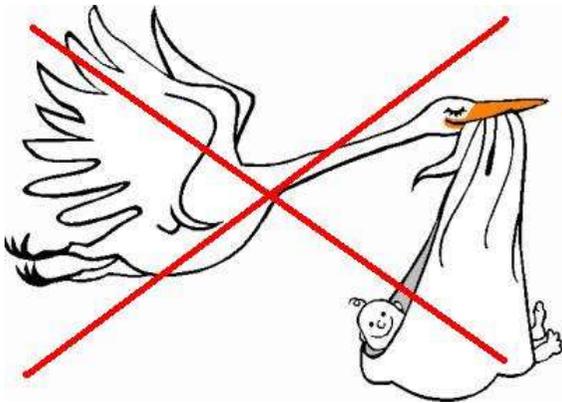
ANEXO 11

**CONSECUENCIAS DE LA MADRE ADOLESCENTE SIN PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

- Riesgo de muerte materna
- Trabajo inestable
- Bajo nivel de escolaridad
- Desnutrición y anemia del recién nacido.
- Maltrato psicológico y sexual del niño
- Bajo nivel económico

**QUÉ ES PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Es un proceso en el que la mujer decide cuántos hijos quiere tener y cuándo quiere tenerlos.



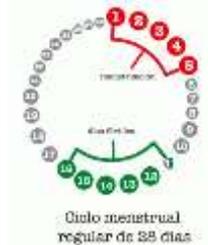
**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Son métodos que evitan que la mujer salga embarazada.

**CLASES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

**Métodos Naturales**

**Método del ritmo**



**Moco cervical**



**Temperatura corporal**



**Métodos de barrera**

**Preservativo, Diafragma cervical  
Óvulos vaginales, etc.**



**Métodos hormonales**

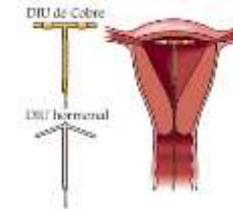
**Anticonceptivos orales, Inyecciones  
Implantes, Parches**



**Dispositivos intrauterinos**

**T de cobre**

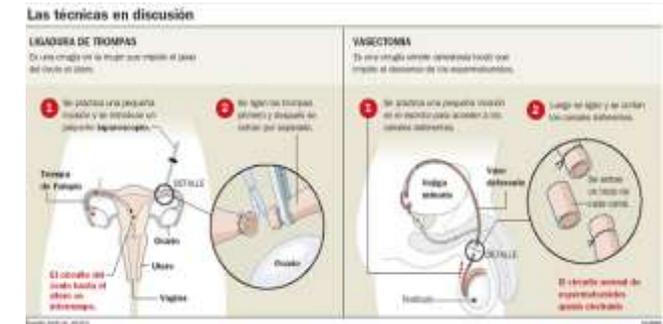
**DIU que libera progesterona**



**Métodos quirúrgicos**

**Ligadura de trompas (mujer)**

**Vasectomía (hombre)**



## ANEXO 12



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

### IMPORTANCIA DEL CONTROL NUTRICIONAL DEL NIÑO



RESPONSABLE:  
Mayra Susana Moya Moya

Ambato – Ecuador  
2013 – 2014

La nutrición es la ingesta de alimentos con relación a las necesidades del organismo.



La nutrición en los primeros 6 meses de vida en el lactante es la leche materna y es lo único que necesita el niño, por lo cual requiere que la madre tenga una alimentación adecuada.

Para asegurar que el infante crezca sin complicaciones en su salud y logre un correcto estado nutricional en su infancia.



### ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

- Hasta los 6 meses → lactancia materna
- A partir de los 6 meses iniciar con pequeñas cantidades de alimentos (frutas y verduras en papillas)
- A partir de 9 a 23 meses aumentar el número de comidas 3 o 4 al día alimentos variados y ricos en nutrientes (trozos de pan, fruta, queso, huevo- yema), refrigerios a media mañana y tarde.



## ANEXO 13

La base de una buena alimentación está consumiendo a diario alimentos de los 5 grupos de la pirámide alimenticia.

### Primer Grupo: Lácteos

Contienen vitaminas A y D y aportan calcio.



### Segundo Grupo: Carnes, legumbres y huevos

Son fuente de hierro y proteínas



### Tercer grupo: Frutas y verduras

Aportan vitaminas (A), minerales y fibra



### Cuarto Grupo: Harinas y cereales

Son fuente de hidratos de carbono que aportan energía para el crecimiento y la actividad física.



### Quinto Grupo: Grasas y azúcares

Aportan energía, vitamina E, A y colesterol.



## PIRÁMIDE ALIMENTICIA

