



RESUMEN:

La investigación fue de tipo Descriptivo Cuasi Experimental realizada en la Unidad Educativa “Julio María Matovelle” del Cantón Paute, con el fin de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre algunos aspectos de la sexualidad: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, EMBARAZO en la ADOLESCENCIA como FACTOR de RIESGO para las DISCAPACIDADES, en un grupo de 130 adolescentes; teniendo como características de la población a los estudiantes de noveno, decimo, primero y segundo de bachillerato, en su mayoría habitan en la zona urbana de Paute.

Se aplicó un precaps para determinar el conocimiento de los y las adolescentes referente al tema; se apreció que el 50% de adolescentes carecían de conocimientos sobre cambios puberales, además un 89.20% señaló que la causa más frecuente que puede producir una discapacidad es el consumo de alcohol, tabaco y drogas; sin embargo un 90.8% señaló conocer el significado de una discapacidad, incrementado luego a un 96.9%.

Se pudo notar que existe una carencia sobre la información de anticoncepción, riesgos del embarazo en la adolescencia, educación sexual.

Se ejecutaron talleres educativos; luego de la intervención el nivel de conocimientos se elevó a un 85.4% en cuanto a cambios puberales.

Al mismo tiempo se elaboró un Módulo Didáctico sobre los temas tratados, para ser entregado en la Unidad Educativa en donde se realizó la investigación.

El objetivo fue ampliar el nivel de conocimientos, esclarecer dudas y motivar el interés sobre los temas mencionados. Por lo tanto se deberían ejecutar acciones enfocadas en la familia, sociedad y comunidad para prevenir discapacidades y obtener una mejor calidad de vida.

DeCS: Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Discapacidades del Desarrollo-Prevención y control; Recién Nacido-crecimiento y desarrollo; Adolescente; Estudiantes; Paute-Azuay-Ecuador.



INDICE

Resumen 7

CAPÍTULO 1

1.1 Introducción..... 15
1.2 Planteamiento del Problema 16
1.3 Justificación 19

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Adolescencia 22
2.1.1 Pubertad..... 22
2.1.2 Etapas de la adolescencia..... 24
a. Adolescencia temprana (10-13 años) 24
b. Adloscencia media (14-16 años) 24
c. Adolescencia tardía (17-19 años) 25
2.2 Salud Sexual y Reproductiva Concepto 25
2.2.1 Salud reproductiva en los primeros grupos de población 26
2.3 Adolescencia y Embarazo 26
2.3.1 Embarazo 26
2.3.2 Desarrollo Prenatal..... 28
2.4 Discapacidad Relacionada con el Embarazo 30
2.4.1 Discapacidad 30
a. Primer Trimestre del Embarazo 31
b. Segundo Trimestre del Embarazo..... 31
c. Tercer Trimestre del Embarazo..... 31
2.5 Recién Nacidos con bajo peso 32



2.5.1	Problemas Asociados	32
2.6	Niño prematuro	32
2.6.1	Problemas Asociados	33
2.6.2	Prevención de discapacidades	34
2.7	Malformaciones	35
2.7.1	Malformaciones congénitas	35
	a. Clases de malformaciones.....	35
	b. Tipos de defectos congénitos.....	35
	c. Prevención de malformaciones congénitas en el embarazo.....	36
2.7.2	Malformaciones congénitas adquiridas	37
2.7.3	Malformaciones congénitas embrionarias.....	37

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

3.1	Objetivo General.....	39
3.2	Objetivos Específicos	39
3.3	Plan de Observación de campo	39
3.3.1	Tipo y diseño general del estudio.....	39
3.3.2	Operacionalización de las variables	40
3.3.3	Universo, Muestra	46
3.3.4	Criterios de Inclusión.....	46
3.3.5	Criterios de Exclusión.....	46
3.3.6	Intervención propuesta	46
	Programa Educativo.....	46
3.3.7	Procedimientos, instrumentos y control de calidad	48
3.3.8	Aspectos éticos.....	48



CAPÍTULO IV

4	Análisis de los cuadros estadísticos.....	50
4.1	Características generales de la población estudiada	50
4.2	Discusión	69
4.3	Conclusiones.....	70
4.4	Recomendaciones.....	71

BIBLIOGRAFÍA	72
---------------------------	-----------

Bibliografía Citada	72
----------------------------------	-----------

Bibliografía Consultada.....	76
-------------------------------------	-----------

ANEXOS

I	Solicitud	84
II	Consentimiento	85
III	Asentimiento.....	86
IV	Encuesta	87
V	Programa Educativo.....	90

Proyecto CERCA	91
-----------------------------	-----------



Liliana Nataly Largo Rodríguez, Marcia Jimena Quito Sotamba y Erika Catalina Zeas Patiño, reconocemos y aceptamos el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de nuestro título de **Licenciada en Estimulación Temprana en Salud**. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Liliana Nataly Largo Rodríguez, Marcia Jimena Quito Sotamba y Erika Catalina Zeas Patiño, certificamos que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA.
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ADOLESCENTES MEDIOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE DEL CATÓN PAUTE, SOBRE DISCAPACIDADES EN LOS RECIEN NACIDOS. PAUTE-AZUAY AÑO LECTIVO 2011 – 2012.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD

AUTORAS: NATALY LARGO R.

MARCIA QUITO S.

ERIKA ZEAS P.

DIRECTORA: DRA. NANCY AUQUILLA DÍAZ

CUENCA-ECUADOR

2012



RESUMEN:

La investigación fue de tipo Descriptivo Cuasi Experimental realizada en la Unidad Educativa “Julio María Matovelle” del Cantón Paute, con el fin de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre algunos aspectos de la sexualidad: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, EMBARAZO en la ADOLESCENCIA como FACTOR de RIESGO para las DISCAPACIDADES, en un grupo de 130 adolescentes; teniendo como características de la población a los estudiantes de noveno, decimo, primero y segundo de bachillerato, en su mayoría habitan en la zona urbana de Paute.

Se aplicó un precaps para determinar el conocimiento de los y las adolescentes referente al tema; se apreció que el 50% de adolescentes carecían de conocimientos sobre cambios puberales, además un 89.20% señaló que la causa más frecuente que puede producir una discapacidad es el consumo de alcohol, tabaco y drogas; sin embargo un 90.8% señaló conocer el significado de una discapacidad, incrementado luego a un 96.9%.

Se pudo notar que existe una carencia sobre la información de anticoncepción, riesgos del embarazo en la adolescencia, educación sexual.

Se ejecutaron talleres educativos; luego de la intervención el nivel de conocimientos se elevó a un 85.4% en cuanto a cambios puberales.

Al mismo tiempo se elaboró un Módulo Didáctico sobre los temas tratados, para ser entregado en la Unidad Educativa en donde se realizó la investigación.

El objetivo fue ampliar el nivel de conocimientos, esclarecer dudas y motivar el interés sobre los temas mencionados. Por lo tanto se deberían ejecutar acciones enfocadas en la familia, sociedad y comunidad para prevenir discapacidades y obtener una mejor calidad de vida.

Palabras Claves:

Conocimientos, actitudes, prácticas, adolescentes medios, embarazo adolescencia, discapacidad.

DeCS: Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Discapacidades del Desarrollo-Prevención y control; Recién Nacido-crecimiento y desarrollo; Adolescente; Estudiantes; Paute-Azuay-Ecuador.



SUMMARY

This present was a descriptive quasi-experimental research, was done in the high school Unidad Educativa "Julio Maria Matovelle" in Paute, with a purpose: To explore the acquired knowledgment about sexuality:

CONTRACEPTIVE METHODS, PREGNANCY during ADOLESCENCE as a RISK FACT for the DISABILITIES. In a group of 130 students, where we've seen the characteristics of investigated population as: 9th and 10th grade students, 1st and 2nd of bachelor, most of them live in the urban place from Paute.

We applied a precaps test to determine knowledge of teenagers about this theme, it was found that 50% of teenagers didn't know about pubertal changes, in addition a 89.20% said that the most common cause that can produce the disability is the consumption to alcohol, snuff and drugs, but at 90.8% reported knowing the meaning of a disability, then increased to 96.9%.

We've seen that there is a lack of contraceptive methods information, risks of teen pregnancy and sex education.

We made some educational workshops to apply post caps tests, post-intervention knowledge level rose to 85.4% in terms of pubertal changes.

Meanwhile we did a module about the topics that we taught, and it was given to the high school where we did the present research.

The objective is to increase the level of knowledgment, to clear some doubts and to motivate the interest on those topics that we have taught. So it's a need to do some actions focusing on the family, society and community to prevent disabilities and get a better way of life.

Keywords:

Knowledgment, attitudes, practices, middle adolescents, pregnancy, adolescence, disability.

DeCS: Knowledgment, attitudes and practice in Health; Disabilities of Development-Prevention and Control, Growth and Development of the newborn; Adolescents; students; Paute-Azuay-Ecuador.



RESPONSABILIDAD

Todos los criterios emitidos en este estudio son de absoluta responsabilidad de sus autoras.

NATALY LARGO R.
0105275622

MARCIA QUITO S.
0104850714

ERIKA ZEAS P.
0103945317



DEDICATORIA

A Dios por la oportunidad y la dicha de la vida, al brindarme los medios necesarios para culminar mi carrera profesional, y siendo un apoyo incondicional para lograrlo ya que sin él no hubiera podido.

A mi padre y madre quienes permanentemente me apoyaron con su espíritu alentador, contribuyendo incondicionalmente a lograr mis metas y objetivos propuestos y que al brindarme con su ejemplo a ser perseverante y darme la fuerza que me impulsó a conseguirlo.

A mis hermanos que me acompañaron a lo largo del camino, brindándome la fuerza necesaria para continuar y momentos de ánimo así mismo ayudándome en lo que fuera posible, dándome consejos y orientación.

Nataly Largo



DEDICATORIA

El presente estudio va dedicado con mucho amor a mis papás, en especial a mi mamá, por darme sus consejos y enseñarme a ser una persona de bien; a mis hermanos, a mis grandes amores mi esposo Fernando y mi hija Rafaella quienes estuvieron en las buenas y en las malas tendiéndome siempre su mano, brindándome su amor, su cariño y comprensión; todos y cada uno de ustedes son los pilares fundamentales de mi vida, sin su apoyo no hubiese podido llegar a la meta.

Marcia Quito



DEDICATORIA

Con todo mi amor y cariño, a DIOS por ser mi guía y mi luz en el camino de la vida.

Con mucho cariño a mis padres que me han regalado el derecho de crecer junto a ellos, gracias por apoyarme estos años de mi carrera universitaria y por creer en mí. A mi hermano David por ser mi compañía y mi amigo durante toda mi vida.

Con el amor más grande dedico a mis abuelitos por ser los mejores, los más cariñosos y por todo lo que me han enseñado.

A mis amigos de toda la vida, por disfrutar con ellos de las pequeñas cosas que son las mejores, gracias por tantas risas que hemos compartido.

Erika Zeas.



AGRADECIMIENTO:

A nuestros docentes de la Escuela de Tecnología Médica, quienes nos han acompañado durante el largo camino, brindándonos siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando nuestra formación; son, en definitiva, formadores de profesionales del mañana sobre la bases de valores morales, éticos y de mucho humanismo.

Igualmente a nuestra directora de tesis Dra. Nancy Auquilla quien ha hecho posible la realización de este proyecto que enmarca el último escalón de esta etapa.



CAPITULO 1



1. INTRODUCCIÓN:

La adolescencia es el periodo de la vida de un ser humano caracterizada por cambios bioquímicos y psíquicos que transforman al niño en un individuo maduro, en sus aspectos físico, sexual, emocional y psicosocial, considerada además como una etapa de alta vulnerabilidad por los riesgos que pueden presentar durante este proceso de maduración; este período consta de tres etapas, la primera comprendida entre los 10 y 13 años de edad llamada adolescencia temprana, la segunda etapa llamada adolescencia media comprendida entre los 14 años y 16 años; y la última etapa que va desde los 17 años a 19 años de edad llamada adolescencia tardía.

Uno de los aspectos fundamentales que debemos considerar durante esta etapa de transición, es la salud reproductiva, ya que durante este proceso de maduración se puede dar el inicio de relaciones sexuales aumentando el riesgo de embarazos adolescentes no deseados.

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC) en el año de 1999 se reportaron 38.167 embarazos en adolescentes; los mismos que han incrementado hasta el año 2010 en 43.912 embarazos.

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre, teóricamente, durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (10 y 13 años), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres.

Las causas que puede producir un embarazo no deseado y además aportar para la aparición de discapacidades en el recién nacido son la falta de información sobre los métodos anticonceptivos, deficiente conocimiento sobre el desarrollo del embarazo, los controles médicos, nutrición que se deben dar durante esta etapa y las complicaciones que



se pueden dar durante el periodo de gestación y durante el proceso de parto.

Luego de haber revisado todo lo anteriormente expuesto, el presente estudio pretende medir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los y las adolescente medios de la UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE del Cantón PAUTE, sobre el embarazo en la adolescencia y discapacidades que se pueden producir en el recién nacido; se pretende realizar una intervención mediante la aplicación de talleres educativos y una posterior medición mediante la aplicación del Postest; para luego elaborar un Módulo Didáctico de Prevención de Discapacidades.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, se han realizado una serie de estudios a cerca de embarazo en la adolescencia los cuales coinciden que ***"es la condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez, con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual"***¹.

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. **En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8%** del total de embarazos. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente **15,2% en Chile**, y del **25% en el caso de El Salvador, Centroamérica**, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del **45% del total de embarazos en algunos países africanos**. La última estadística presentada por el **Ministerio de Salud de Chile** informa que durante el año 1999 hubo un total de 250.674 partos, de los cuales 40.439 fueron en pacientes menores de 20 años, lo que corresponde a un **16,1% del total"** ².



En el Ecuador existe un alto porcentaje de las adolescentes, de 15 a 19 años de edad, que han tenido por lo menos una relación sexual, esta experiencia tiene una dependencia con el nivel de instrucción de la mujer; el 72% ocurre en mujeres sin instrucción y el 35% en las que tienen instrucción superior; además, existen otros factores tales como: **“individuales (abandono familiar, falta de un proyecto de vida, baja autoestima, menarquía precoz, etc.), factores familiares (familia disfuncional, hermana adolescente embarazada) y factores sociales (mitos y tabúes acerca de la sexualidad, migración social)”**³.

En los últimos años la fecundidad en el Ecuador se ha estabilizado en **“3.3 hijos por mujer durante el periodo reproductivo, a causa principalmente del aumento de los embarazos de adolescentes y el mantenimiento casi constante de la fecundidad de 20 a 29 años.”**⁴

El acceso y el conocimiento del uso correcto de métodos de protección o anticonceptivos es muy bajo entre los adolescentes; al parecer es esta la razón que en el Ecuador 2 de cada 10 mujeres que se embarazan son adolescentes, según estudios del Ministerio de Salud del Ecuador; en el **“Azuay existe una tasa de embarazo no planificado del 70%, de esto el 40% corresponde a los embarazos no deseados y el 17% de todos los abortos ocurren en madres cuyas edades oscilan entre los 10 y 19 años.”**⁵

Ciertas madres adolescentes no se realizan los controles adecuados durante el periodo de gestación (óptimo 13 consultas, mínimo 5, inadecuado menos de 5), y el parto no es atendido adecuadamente; esta falta de control puede aportar para que generen riesgos tanto para la madre como para el bebé; en el niño pueden ocurrir algunos problemas tales como: **“retraso en el crecimiento, nacimiento prematuro, deficiencias funcionales, trastornos auditivos, disminución de inteligencia, ceguera, hiperactividad, otras anomalías e incluso la muerte.”**⁶



Mientras que en la madre adolescente puede darse **“complicaciones durante el embarazo presentándose preeclamsia, amenazas de aborto, problemas en el momento del parto, sea éste por la desproporción feto-pélvica; riesgo de parto prematuro, laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné; además puede presentarse la diabetes gestacional y también anemia.”**⁷

“En Estados Unidos, en el año 2004 el 17 % de adolescentes embarazadas entre los 15 y 19 años de edad, continuaron con su hábito de fumar, teniendo un mayor riesgo de complicaciones durante la gestación y problemas en la placenta; los bebés tienen un mayor riesgo de nacer prematuros, con bajo peso y de padecer el síndrome de muerte súbita (SIDS).”⁸

“Los hijos de madres adolescentes, presentan bajo peso al nacer (12,2 %), recién nacidos pretérminos (9,1 %) y el 13,8 % de partos instrumentados”⁹.

Pueden aparecer varias complicaciones, pero las más frecuentes pueden ser: infecciones, las afecciones respiratorias y el trauma obstétrico; existiendo un riesgo mayor de mortalidad por estas causas.

“Además se pueden producir Malformaciones congénitas, problemas en el desarrollo psicomotor, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral, maltrato”¹⁰.

La falta de estimulación durante el período de gestación, conflictos familiares y otros problemas de salud pueden aportar para que los niños corran mayor riesgo de presentar alguna discapacidad.



1.3 JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es la etapa de desarrollo biológico, psicológico, social, cultural y espiritual, que permite trascender desde la infancia dependiente hasta la madurez. El embarazo en la adolescencia conlleva a riesgos de diferente índole como: un nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, probabilidades de morir durante su primer año de vida; al nacer pueden tener órganos no desarrollados correctamente, el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragias cerebrales, pérdida de la vista y problemas intestinales graves. No existen estudios desarrollados sobre el tema en la Unidad Educativa Julio María Matovelle de Paute, sobre la prevención de discapacidades a través de un correcto manejo del embarazo en adolescentes.

Esta investigación se enmarca dentro de los objetivos del proyecto CERCA “SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ADOLESCENTES ENMARCADOS EN LA COMUNIDAD”. Este es un proyecto multicéntrico enmarcado en los programas FP7 de la Unión Europea, conformado por los países de Nicaragua, Bolivia, Ecuador, Bélgica, Holanda y Lituania, que tienen previsto realizar una investigación de cuatro años en los tres países de América Latina y luego comparar los resultados con la realidad de los países europeos.

Dentro de los objetivos del proyecto se busca:

- Determinar las necesidades sexuales y reproductivas de la salud de adolescentes de los tres países latinoamericanos.
- Desarrollar estrategias de intervención comprensiva e integrada en la comunidad, encaminadas a mejorar el acceso a servicios amigables de atención primaria en salud sexual y reproductiva para adolescentes, con un ambiente adecuado y con capacidad que apoyen las decisiones saludables en el ámbito de salud sexual, extendidas a las comunidades enmarcadas y tendientes a mejorar el ambiente de la salud.



- Desarrollar estrategias de intervención y medios para alcanzar un acercamiento con los adolescentes, así como la difusión del conocimiento y el desarrollo de actividades mediante el uso de medios (mensajes de texto e internet).



CAPITULO 2



MARCO TEÓRICO

2.1 ADOLESCENCIA

La adolescencia es el periodo de la vida de un ser humano comprendido entre los 10 a 19 años, en el cual el ***"aspecto físico cambia y se nota con la aparición de las características sexuales secundarias, como resultado de procesos hormonales"***¹¹.

Es considerado también como el período de la vida en que los niños se transforman en adultos. Etapa crítica en el desarrollo psicosocial del ser humano, en que ocurren cambios bioquímicos y psíquicos que transforman al niño en un individuo maduro en sus aspectos físico, sexual, emocional y psicosocial.

El comienzo de la adolescencia coincide con la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

2.1.1 Pubertad

"La pubertad involucra los aspectos biológicos de la adolescencia; durante ella aparecen los caracteres sexuales secundarios, se produce el "estirón" puberal, alcanzándose la talla adulta y se adquiere la capacidad de procrear"¹².

El comienzo puberal está relacionado con la raza, etnicidad, condiciones ambientales, geográficas y de nutrición. Es un proceso de crecimiento y maduración biológica, e incluye cambios neurohormonales que inducen y regulan la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas y que dan por resultado una nueva geografía hormonal en el organismo. Esta se manifiesta somáticamente en niños y niñas con los cambios siguientes:

- Crecimiento y maduración del aparato genital.
- Aparición de los caracteres sexuales secundarios.
- Crecimiento acelerado del sistema músculo-esquelético.
- Adquisición de la capacidad de procreación.



Tanner y Marshall señalan que la pubertad comprende los siguientes cambios básicos:

- ***Aceleración y desaceleración del crecimiento en la mayor parte de las dimensiones óseas en gran parte de los órganos internos.***
- ***Modificación de la composición corporal que comprenden el crecimiento del esqueleto, músculos, cantidad y distribución de grasa.***
- ***Desarrollo de los sistemas cardiovascular y respiratorio con aumento de la fuerza y resistencia, en particular en el sexo masculino.***
- ***Desarrollo de las gónadas, los órganos reproductores y los caracteres sexuales secundarios¹³.***

La pubertad aparece y se desarrolla de manera normal entre los 8 y 17 años de edad; se inicia primero en las mujeres y la edad promedio es entre los 10 y 13 años y luego en varones entre los 11 y 14 años de edad.

Sintetizando, diríamos que la ***“pubertad es la fase del desarrollo del cuerpo humano en la cual se inicia la madurez de los órganos sexuales, al tiempo que los caracteres sexuales secundarios comienzan a manifestarse”¹⁴.***

En las mujeres:

- Telarca (aparición del botón mamario).
- Crecimiento del vello púbico y axilar.
- ***“La menarquía (el comienzo de los períodos menstruales) ocurre en forma característica alrededor de dos años después de notarse los cambios iniciales de la pubertad”¹⁵.***
- Ensanchamiento de caderas.
- Se altera la composición del sudor que cobra un olor más fuerte.
- Aparecen las glándulas sebáceas produciendo secreciones cerosas y por ello parece el acné.



En los hombres:

- El crecimiento del vello púbico (así como también el vello de las axilas, piernas, pecho y cara).
- Los cambios en la voz.
- Aparecen las glándulas sebáceas produciendo secreciones cerosas y por ello parece el acné.
- Se altera la composición del sudor que cobra un olor más fuerte.
- Se produce un notorio crecimiento de su cuerpo (25%) y se duplica su torso.
- La aparición de emisiones nocturnas regulares (poluciones nocturnas) marca el inicio de la pubertad en los varones. Agrandamiento escrotal y testicular seguido de cerca por el alargamiento del pene.

2.1.2 Etapas de la Adolescencia

a. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo, escogiendo a los amigos basándose en intereses comunes y no en los gustos de los padres.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

b. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.



Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

c. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

El adolescente sufre tres duelos o pérdidas muy dolorosas como son:

- El ***“duelo por el cuerpo de niño perdido por la aparición de los caracteres sexuales secundarios”***¹⁶.
- El ***“duelo por la pérdida del rol de niño”***¹⁷. El adolescente encuentra que ya no es más niño pero tampoco es adulto.
- El ***“duelo por la pérdida de la idealización de los padres de la infancia”***¹⁸.

2.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo define a la salud sexual y reproductiva como ***“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual***



satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia".¹⁹

2.2.1 Salud reproductiva en los diversos grupos de población

Tradicionalmente los servicios de atención de salud reproductiva se ofrecían sólo a las mujeres de edad fértil, pero, en la actualidad se reconoce que esa edad ya es demasiado tardía para iniciar cualquier tipo de actividad de atención, debido a que los niños ya poseen cierto conocimiento sobre las relaciones sexuales; y ***“en la región de las Américas los adolescentes de 14 años (50%) y menores de 17 años son sexualmente activos, y en su mayoría, los jóvenes de 20 años han tenido varias parejas sexuales. Esto ha motivado a muchos países del mundo a incorporar programas educacionales de prevención de enfermedades y promoción de la salud, así como también la necesidad de preparar a los maestros para la enseñanza sobre la sexualidad y las prácticas adecuadas de salud reproductiva.”²⁰***

También es necesario recalcar que hace algunos años, los varones eran un grupo desatendido en la provisión de servicios de salud reproductiva, haciéndose un llamamiento para que se ampliara su activa participación en la paternidad responsable, el comportamiento sexual y otros aspectos de la salud reproductiva.

Por tales motivos es de vital importancia difundir información y ofrecer orientación, sobre todo en los campos de la planificación Familiar y la prevención de la infección por el VIH.

2.3 ADOLESCENCIA Y EMBARAZO

2.3.1 Embarazo:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación; que es el proceso que inicia cuando se



adhiera el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación).

Fecundación: ***“fenómeno por el cual el espermatozoide del varón y el ovocito se unen para dar origen a un nuevo organismo, el cigoto”²¹.***

“El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años aproximadamente), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres.”²²

Para la mayoría de las adolescentes, sus embarazos son accidentales, sin preparación y casi siempre no son deseados.

Una adolescente sabe que está embarazada cuando se presenta un retraso menstrual; este puede ocurrir semanas o meses después que ya se inició la formación de muchos órganos importantes del bebé, y es en este período cuando se produce la mayoría de los defectos en el bebé.

“El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo”²³.

a. **Riesgos en el embarazo adolescente:**

La adolescente temprana (10 a 13 años) embarazada es más ***“propensa a sufrir toxemia de embarazo y desproporción céfalo-pélvica y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso de nacimiento.***

Otro tipo de consecuencias a largo plazo son las fístulas obstétricas, que a consecuencia del trabajo de parto prolongado u obstruido, es un orificio entre la vagina y la vejiga o el recto, lo cual causa que la mujer padezca de incontinencia crónica.”²⁴



Además corren mayor riesgo de morir durante el embarazo o el parto, pueden presentar abortos, anemia, infecciones del tracto genitourinario, hipertensión inducida por el embarazo.

En el niño puede ocurrir infecciones agudas menores, prematurez, síndrome de muerte súbita del lactante, traumatismo e intoxicación accidental.

b. Mala nutrición en la adolescente embarazada:

La nutrición en la adolescente embarazada es fundamental para el crecimiento y desarrollo del bebé.

Las adolescentes que se embarazan en el periodo después de 4 años de la menarquía, tienen un alto riesgo nutricional debido a que la futura madre debe satisfacer sus necesidades nutricionales y del embarazo; por ello es frecuente encontrar productos de embarazo en bajo peso al nacer. Lo que afecta tanto a la madre como al bebé.

2.3.2 Desarrollo Prenatal

Es el comienzo de la vida humana, que tiene lugar cuando un solo espermatozoide se une con el óvulo.

En la concepción cada persona es afectada por influencias hereditarias y ambientales, más directa durante el periodo prenatal.

Antes del nacimiento, a este desarrollo se le denomina gestación y tiene lugar en tres etapas:

- Etapa germinal.
- Etapa embrionaria.
- Etapa fetal.

a. Etapa germinal (desde la fecundación hasta las dos semanas):



El organismo se divide y se implanta en la pared del útero. El huevo fecundado desciende desde la trompa de Falopio hacia el útero y adquiere la forma de una esfera denominada blastocito, algunas células se agrupan formando el disco embrionario.

Desde ese momento es posible distinguir dos capas: el ectodermo (que formará uñas, dientes, cabello, órganos sensoriales, la parte exterior de la piel y el sistema nervioso, que incluye el cerebro y la espina dorsal) y el endodermo (que formará el sistema digestivo, hígado, páncreas, glándulas salivales y sistema respiratorio)

Posteriormente se desarrolla una tercera capa denominada mesodermo, que formará la parte interna de la piel, el esqueleto y los sistemas circulatorio y excretor.

En esta etapa se originan los órganos de nutrición y protección: la placenta, el cordón umbilical y el saco amniótico.

La placenta: está comunicada al embrión por medio del cordón umbilical a través del cual le envía oxígeno y alimento, así como elimina los desperdicios del cuerpo del embrión.

El saco amniótico: es una membrana llena de líquido que encierra al bebé lo protege y le ofrece el espacio necesario para moverse.

b. Etapa embrionaria (desde las dos hasta las ocho o las doce semanas):

En esta etapa se desarrollan los principales órganos del cuerpo humano y también los sistemas respiratorio, digestivo y nervioso.

El embrión es vulnerable a influencias ambientales, debido a que casi todos los defectos congénitos ocurren durante los tres primeros meses de embarazo.

c. Etapa fetal (desde las ocho a las doce semanas hasta el nacimiento):



A las ocho semanas aparecen las primeras células óseas y el embrión comienza a convertirse en feto.

A partir de este momento y hasta el nacimiento, se dan los últimos cambios, crece cerca de 20 veces en longitud y adoptando el cuerpo una forma diferente.

d. El parto: es la culminación de todo lo que ha ocurrido desde la fecundación hasta el nacimiento.

Durante el parto se presentan tres etapas:

Primera etapa: Es la más larga y dura de 12 a 24 horas en promedio cuando la mujer es primeriza.

Segunda etapa: Tiene una duración de hora y media y se inicia cuando la cabeza del bebé empieza su desplazamiento hacia la cerviz, a través del canal vaginal y finaliza cuando el bebé sale por completo del cuerpo de la madre.

Tercera etapa: *“Dura algunos minutos, en los cuales se produce la expulsión de la placenta y el resto del cordón umbilical.”²⁵*

2.4. DISCAPACIDAD RELACIONADA CON EL EMBARAZO

2.4.1 Discapacidad

Según la OMS *“Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.”*

Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal.

Las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.



Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”²⁶

Desde semanas antes del embarazo todo puede influir negativamente en el bebé y causar discapacidades para toda la vida: retraso en el crecimiento, nacimiento prematuro, deficiencias funcionales, trastornos auditivos, disminución de inteligencia, ceguera, hiperactividad y otras anomalías, pudiendo éste ser producido durante el período de gestación o durante el momento del parto.

a. Primer Trimestre (1-3 meses):

Durante este trimestre se forman todos los órganos y sistemas principales; es en este periodo en donde se produce la mayor parte de los defectos congénitos, que pueden afectar el aspecto físico del bebé, al funcionamiento de los órganos del cuerpo, o puede producir alteraciones de los genes o células; además durante este trimestre pueden ocurrir los abortos espontáneos, embarazos pretérminos, partos prolongados, complicaciones neonatales, ictericia neonatal, sepsis.

b. Segundo Trimestre (4-6 meses):

Después de que se han desarrollado todos los órganos y sistemas del feto, inician el proceso de crecimiento en tamaño y peso; el cordón umbilical sigue engrosándose mientras transporta alimento para el feto. Sin embargo, las sustancias nocivas también pueden llegarle al feto por el cordón umbilical, de modo que se debe evitar el alcohol, el tabaco y otras sustancias peligrosas conocidas; ya que pueden generar complicaciones como: aborto, parto prematuro, anemia, incompetencia cervical.

c. Tercer Trimestre (7-9 meses):

El feto sigue aumentando de tamaño y peso, y sus sistemas corporales terminan de madurar. Puede aparecer la hipertensión, preclampsia en la



recta final del embarazo, cuando la futura madre se empieza a preparar para dar a luz a su bebé.

Durante todo el proceso de gestación o durante el proceso de parto se pueden producir: nacimiento prematuro, deficiencias funcionales, trastornos auditivos, disminución de inteligencia, ceguera, hiperactividad, retraso en el crecimiento y otras anomalías.

“Si un bebé nace con bajo peso o prematuro corre el riesgo de no tener sus órganos totalmente desarrollados; aumentando el peligro de discapacidades como: ceguera, sordera, trastornos respiratorios crónicos, dislexia, hiperactividad, parálisis cerebral, retraso mental y otras disfunciones psíquicas.”²⁷

2.5 Recién nacido con bajo peso:

Ocurre cuando el recién nacido pesa menos de 2500 g.

2.5.1 Problemas asociados:

- Déficit cognitivo.
- Parálisis cerebral infantil.
- Problemas en el funcionamiento de la vista y oído.
- Retraso en el desarrollo neurológico.
- Hemorragia cerebral.

Teniendo como factor de riesgo la madre adolescente.

2.6 Niño Prematuro:

Según OMS se define prematuro a todo niño nacido antes de las 37 semanas de gestación (259 días) y con un peso inferior a 2500g.

- Pre-término moderado entre 31-36 semanas de gestación, mortalidad baja.
- Pre-término extremo entre 28-30 semanas de gestación, con una mortalidad elevada y con un peso inferior a 1500g.



- Pre-termino muy extremo con una edad estacional inferior a 28 semanas, con un peso inferior a 1000g, y con una mortalidad muy elevada.

2.6.1.- Problemas asociados:

- Trastornos respiratorios.
- Lesiones cefálicas frecuentes.
- Tendencia de perturbación metabólica.

Una de las causas es mamá adolescente.

Los factores que pueden aportar para que exista o no algún tipo de discapacidad pueden ser:

a. Factores durante el período de gestación, que pueden aportar para que exista o no algún tipo de discapacidad:

- Dieta poco sana.
- Hábito de fumar.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Automedicación.
- Embarazos no deseados ni planificados.
- Falta de interés por la pareja y la familia.
- Violencia hacia las mujeres embarazadas
- Falta de consultas prenatales o consultas no realizadas con frecuencia, es decir las necesarias para un menor riesgo de embarazo.
- Falta de apoyo por parte de la comunidad
- Temores en el momento del parto.
- Desconocimiento del grupo de sangre y del factor Rh.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Peligros ambientales.

Los bebés de las mujeres que fuman durante el embarazo tienen un mayor riesgo de nacer prematuros y con bajo peso y de padecer el



síndrome de muerte súbita del bebé (SIDS); además limita el crecimiento del feto y puede causar defectos congénitos.

Estas mujeres también tienen un mayor riesgo de tener complicaciones durante el embarazo, incluidos problemas en la placenta.

b. Momento del parto:

- Depresión respiratoria y asfixia al nacer.
- Un Apgar es mayor de 7 a los cinco minutos.

Esto implica que exista riesgo de defectos de cierre del tubo neural; siendo éste una de las malformaciones más frecuentes, y retrasos mentales.

Los bebés prematuros y de bajo peso al nacer pueden tener órganos que no están totalmente desarrollados; esto puede derivar problemas respiratorios, como el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragias cerebrales, pérdida de la vista y problemas intestinales graves. Los bebés de muy bajo peso al nacer tienen más probabilidades de morir durante su primer año de vida que los bebés nacidos con peso normal.

2.6.2 Prevención de discapacidades

Muchas mujeres se dan cuenta de un embarazo después de un mes.

Pero en los primeros meses ya se están formando órganos importantes.

Un cuidado atrasado puede ser demasiado tarde.

Para prevenir discapacidades es importante:

- Alimentarse bien (nutrición adecuada, consumo de ácido fólico).
- Buscar atención médica (Controles médicos adecuados).
- Cuidar de agresiones al bebé por nacer (No consumir sustancias estupefacientes, evitar radiaciones y todo tipo de contaminación).



2.7 MALFORMACIONES

2.7.1 Malformaciones congénitas

Congénito: condiciones existentes en el nacimiento o antes que este ocurra.

Las malformaciones o anomalías congénitas son alteraciones o defectos estructurales o funcionales presentes en el momento del nacimiento. Originadas en una falla en la formación de uno o más constituyentes del cuerpo durante el desarrollo embrionario.

Estas malformaciones se producen cuando algún agente o sustancia modifica la estructura de un órgano o parte del cuerpo del feto en el embarazo. En el 50% de los casos se desconocen las causas que producen los defectos congénitos.

Esto significa que no podemos evitar todas las malformaciones, aunque se sabe que ciertos agentes pueden afectar al desarrollo del embrión y producir malformaciones.

a. Clases de malformaciones:

Existen dos clases de anomalías o malformaciones congénitas:

- **Embriopatías** (patología del embrión, la verdadera mal formación congénitas).
- **Fetopatías** (patología del feto, en su vida intrauterina, que no es una verdadera mal formación congénita aunque esté presente en el momento del nacimiento)

b. Tipos de defectos congénitos:

- **Morfológicos** afectan a la forma física, al aspecto externo del bebé.
- **Funcionales** afectan al funcionamiento de los distintos órganos del cuerpo.



- **Estructurales** se deben a alteraciones de los genes o de las células.

Algunos defectos o enfermedades congénitas pueden ser transmitidos genéticamente dentro de una misma familia, y se dice que son hereditarios o genéticos.

Otras veces aparecen en un niño aislado sin que haya otros casos en la familia (suele ser debido a mutaciones genéticas). Entonces se dice que es un caso esporádico. Puede ocurrir que el bebé tenga un único defecto congénito (por ejemplo, labio leporino). O puede que tenga varios al mismo tiempo (por ejemplo: labio leporino junto con hendidura del paladar y una cardiopatía). Aproximadamente el 3-4% de los bebés recién nacidos puede tener un defecto congénito.

c. **Prevención de malformaciones congénitas en el embarazo**

Los órganos del bebé se forman en el primer trimestre de embarazo, que es el periodo más crítico por riesgo de malformaciones. Ciertas sustancias pueden afectar al desarrollo del feto como el alcohol, tabaco o cualquier tipo de drogas. Una recomendación es que evites su consumo hasta el final de la gestación.

Para evitar el riesgo de malformaciones no se debe consumir medicamentos sin la autorización de un médico o ginecólogo. Algunos, como la talidomida (medicamento que se administraba a las embarazadas para aliviar las náuseas, los vómitos y mareos hace 50 años) pueden producir serios daños en la formación del embrión.

La exposición a sustancias como el plomo, el mercurio o las radiaciones también suponen un peligro para el embarazo.

Evitar consumir carne cruda o poco hecha para evitar la toxoplasmosis. Esta infección está causada por el parásito toxoplasma de Gondii que vive en algunos mamíferos, especialmente los gatos.



2.7.2 Malformaciones congénitas adquiridas

Se adquiere durante su vida intrauterina, siendo un organismo de inicio sano, que puede acontecer o adquirir siendo embrión o feto; es decir se puede adquirir en las primeras etapas como en etapas posteriores siendo feto.

El desarrollo intrauterino se divide en el periodo embrionario que ocupa las primeras 9 semanas y el periodo fetal que finaliza al nacimiento. En el periodo embrionario es donde se produce la organogénesis fundamentalmente por el crecimiento y maduración de los órganos con una notable disminución de la susceptibilidad a agentes teratógenos en los períodos más tardíos.

Los tres primeros meses de embarazo son los más sensibles, debido a que se están formando los órganos del bebé. Durante este tiempo, cualquier tipo de agresión (consumo de alcohol, tabaco o medicamentos) puede provocar serios daños en el embrión y en la formación de sus órganos.

2.7.3 Malformaciones congénitas embrionarias

Es la alteración en un mecanismo del desarrollo, o ausencia de algún mecanismo del desarrollo embrionario que va a alterar la formación de algún órgano, estructura o algún segmento corporal y que está presente en el momento del nacimiento.

Las malformaciones congénitas reconocen dos orígenes posibles:

- Malformaciones congénitas de origen genético (estudiadas en Genética)
- Malformaciones congénitas de origen ambiental

Desarrollo embrionario del sistema articular y esquelético se desarrollan a partir del mesodermo.



CAPITULO 3



3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar conocimientos, actitudes y prácticas de las y los adolescentes medios de la Unidad Educativa Julio María Matovelle de Paute, sobre discapacidades en los recién nacidos.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a la población adolescente según edad, sexo, curso, procedencia, residencia e inicio de relaciones sexuales.
- Determinar el nivel de conocimientos sobre embarazo en adolescentes y discapacidades en recién nacidos a través de una encuesta diseñada.
- Promocionar y motivar la prevención de discapacidades mediante la aplicación de un programa de Educación Sexual con la modalidad talleres diseñados para adolescentes.
- Evaluar el nivel de conocimientos de los y las adolescentes luego de la implementación del programa de Educación Sexual a través de un Postcaps.

3.3 PLAN DE OBSERVACIÓN DE CAMPO

3.3.1 TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO:

El estudio fue de tipo Descriptivo Cuasi Experimental, desarrollado en la Unidad Educativa Julio María Matovelle del Cantón Paute durante el año lectivo 2011-2012.



3.3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	Tiempo	Años cumplidos	10-13 años 14-16 años 17-19 años
Sexo	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción y desempeño social.	Fenotipo	Hombre Mujer	Hombre Mujer
Residencia	Lugar donde se vive habitualmente.	Urbana	Urbana	Urbana



	Rural	Rural	Rural
Pubertad	Involucra los aspectos biológicos de la adolescencia, aparecen los caracteres sexuales secundarios y se adquiere la capacidad de procrear.	Biológica	Cambios puberales
			Rural
			Aparición vello pubiano
			Axilar
			Aumento de talla
			Cambio de voz
			Telarca



Menarca	Es el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual.	Biológica	Primer sangrado vaginal	Edad: 10-13 años 14-16 años 17-19 años
Espermarca	Es la primera eyaculación que se produce en el varón.	Biológica	Primera eyaculación	Edad: 10-13 años 14-16 años 17-19 años
Primera relación sexual	Es el conjunto de comportamientos eróticos que realizan dos o más seres de	Biológica	Primera relación sexual	Adolescencia: Adolescencia Temprana: 10-13



	distinto o mismo sexo que generalmente suele incluir uno o varios coitos.			Adolescencia Media: 14-16 Adolescencia Tardía: 17-19
Embarazo en adolescentes	Gestación que ocurre durante los dos primeros años después de la primera menstruación.	Biológico	Embarazo en adolescente	Adolescencia temprana 10-13 años Adolescencia media 14-16 años Adolescencia Tardía: 17-19



Conocimiento o sobre embarazo	Información conocida sobre embarazo y anticoncepción.	Información y datos adquiridos sobre el tema.	¿Te has embarazado? ¿Cómo se produce un embarazo?	Si-No Si-No
Conocimiento o sobre la discapacidad en el RN	Información conocida sobre la discapacidad en el recién nacido	Información y datos adquiridos sobre el tema.	¿Sabes qué es una discapacidad? ¿Sabes cuáles son las causas de las discapacidades durante el embarazo? ¿Sabes qué consecuencias tiene el niño con discapacidad?	Si-No Si-No Si-No
Actitudes ante el embarazo	Intenciones frente a una situación probable ante el embarazo no deseado.	Las intenciones de los estudiantes.	¿Sabes qué harías si te embarazaras? ¿Sabes qué cuidados necesita un embarazo?	Si-No Si-No



Actitudes ante la discapacidad en el RN	Intenciones frente a una situación probable ante una discapacidad.	Las intenciones de los estudiantes.	¿Sabes qué harías si tuvieras un hijo discapacitado?	Si-No
Prevención de discapacidad en el RN	Cuidados para evitar riesgos, peligros y agresiones que amenazan al niño por nacer.	Conocimiento sobre prevención.	¿Conoces alguna forma de prevenir las discapacidades durante el embarazo?	Si-No



3.3.3 UNIVERSO, MUESTRA:

El universo estuvo integrado por todos las y los adolescentes medios que asisten a la Unidad Educativa Julio María Matovelle del Cantón Paute.

La Unidad Educativa Julio María Matovelle de Paute se encuentra ubicado en la calle Siglo XX y Sucre, Cantón Paute, Provincia del Azuay; región Sierra, zona Rural; jornada matutina, nivel de educación medio, es de tipo mixto, cuenta con 1123 alumnos, con 26 paralelos y 40 profesores; de los cuales los adolescentes medios (novenno-segundo de bachillerato) 130 estudiantes.

3.3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Para la participación en la investigación se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- Adolescentes medios (14-16 años).
- Que se encuentren matriculados y asistiendo regularmente a clases.
- Firma del asentimiento por parte de los y las adolescentes y el consentimiento informado por parte de los padres.

3.3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Aquellos adolescentes que no cumplan con los criterios y quienes no desearon participar en el estudio.

3.3.6. INTERVENCIÓN PROPUESTA:

PROGRAMA EDUCATIVO

Conjunto de actividades planificadas sistemáticamente, que inciden diversos ámbitos de la educación dirigidas a la consecución de objetivos diseñados institucionalmente y orientados a la introducción de novedades y mejoras en el sistema educativo.



Los programas Educativos se caracterizan por su condición de experimentalidad, en consecuencia por su carácter temporal y por suponer el empleo de unos recursos en favor de unas necesidades sociales y educativas que los justifican.

El desarrollo de un programa pasa por tres fases diferenciadas:

- Implantación.
- Promoción
- Extensión

Es decir el programa primero se incorpora en modo de experimentación, luego pasa a promoción y a extensión para conseguir su consolidación dentro del sistema educativo.

Para cada Programa Educativo se establecerá el periodo temporal, debiendo estar incorporado al sistema educativo y sus indicadores de evaluación si su proceso experimental así lo aconsejara.

Se desarrolló un módulo didáctico para los y las adolescentes medios de la Unidad Educativa Julio María Matovelle de Paute, con énfasis en la prevención de discapacidades en los recién nacidos.

Dentro del Programa Educativo los temas tratados fueron:

- a) Crecimiento y desarrollo:**
 - Anatomía y fisiología de los órganos sexuales
 - Pubertad y adolescencia
- b) Sexualidad:**
 - Sexo, género, genitalidad
 - Relaciones sexuales
- c) Anticonceptivos**
 - Métodos naturales



- Métodos hormonales
- Dispositivos intrauterinos
- Métodos de barrera
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria

d) Embarazo en la adolescencia:

- Discapacidad den recién nacidos
- Causas y consecuencias

3.3.7. PROCEDIMIENTOS, INSTRUMENTOS, CONTROL DE CALIDAD

- a. Se solicitó el permiso respectivo a las autoridades de la Unidad Educativa Julio María Matovelle del Cantón Paute para realizar la investigación.

Rectora Hermana Alba Raquel Rodríguez.

- b. Se solicitó el consentimiento informado a los padres y asentimiento informado a los y las adolescentes.

Instrumentos.-

Diseño y validación de una encuesta para determinar el nivel de conocimientos de los y las adolescentes. **(ANEXO I)**

Diseño de los talleres de educación sexual.

Aplicación de la encuesta luego de la implementación del programa de educación sexual. (Pre Caps – Post Caps).

3.3.8 ASPECTOS ÉTICOS:

La investigación no representó ningún riesgo para los y las adolescentes. Se solicitó el respectivo asentimiento y consentimiento informado, además el protocolo fue revisado por la comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas. **(Anexo 2-3)**



Capitulo 4



4. ANALISIS DE LOS CUADROS ESTADÍSTICOS:

Para el estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes medios sobre discapacidades se entrevistaron a 130 estudiantes de la Unidad Educativa Julio María Matovelle del cantón Paute, durante el año lectivo 2011-2012, obteniéndose los siguientes resultados:

4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA:



CUADRO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE SEGÚN LOS PARALELOS. PAUTE - AZUAY 2011.

PARALELOS	N°	PORCENTAJES
Noveno	28	21,50%
Décimo	33	25,40%
Primero de Bachillerato	32	24,60%
Segundo de Bachillerato	37	28,50%
Total	130	100%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras.

El porcentaje más alto de estudiantes correspondió al segundo de bachillerato con un 28.5%.



CUADRO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE SEGÚN LA EDAD. PAUTE - AZUAY 2011.

EDAD	N°	PORCENTAJES
10-13	32	25%
14-16	82	63%
17-19	16	12%
Total	130	100%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras

El porcentaje más alto correspondió a las edades de 14 a 16 años.



CUADRO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE SEGÚN EL SEXO. PAUTE - AZUAY 2011.

SEXO	N°	PORCENTAJES
MASCULINO	55	42,30%
FEMENINO	75	57,70%
Total	130	100%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras.

El 57.7% de la población estudiada perteneció al sexo femenino.



CUADRO N° 4

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE SEGÚN RESIDENCIA. PAUTE - AZUAY 2011.

RESIDENCIA	N°	PORCENTAJES
URBANA	71	54,60%
RURAL	59	45,40%
Total	130	100%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras.

En cuanto al tipo de residencia el 54.6% perteneció a la zona urbana.



CUADRO N°5

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE DE ACUERDO AL CONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PUBERALES. PAUTE - AZUAY 2011.

PRECAPS			POSTCAPS		
CAMBIOS EN LA PUBERTAD	N°	PORCENTAJE	CAMBIOS EN LA PUBERTAD	N°	PORCENTAJE
No sabe	65	50,00%	No sabe	19	14,60%
Menstruación, ensanchamiento caderas, crecimiento busto.	34	26,20%	Menstruación, ensanchamiento caderas, crecimiento busto.	57	43,80%
Crecimiento vello púbico y axilar.	18	13,80%	Crecimiento vello púbico y axilar.	30	23,10%
Cambio de voz.	11	8,50%	Cambio de voz.	21	16,20%
Cambios psicológicos.	2	1,50%	Cambios psicológicos.	3	2,30%
Total	130	100%	Total	130	100%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras.

En el precaps el 50% desconocía de los cambios puberales, el 26.20% señaló como cambios la menstruación, ensanchamiento de caderas y crecimiento de busto.

En el postcaps aumentó a un 43.8% menstruación, ensanchamiento de caderas, crecimiento de busto y el 23.10% refirió crecimiento del vello púbico y axilar como cambios puberales.



CUADRO N°6

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE DE ACUERDO AL CONOCIMIENTO DE LA MENARCA. PAUTE - AZUAY 2011.

PRECAPS			POSTCAPS		
QUÉ ES LA MENARCA	N°	PORCENTAJES	QUÉ ES LA MENARCA	N°	PORCENTAJES
SI	4	3,10%	SI	118	90,80%
NO	126	96,90%	NO	12	9,20%
Total	130	100%	Total	130	100%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras.

En el precaps el 3.10% conocía el significado de menarca y en el postcaps el porcentaje aumentó al 90.80%.



CUADRO N°7

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE DE ACUERDO AL CONOCIMIENTO DE LA ESPERMARCA. PAUTE - AZUAY 2011.

PRECAPS			POSTCAPS		
QUÉ ES LA ESPERMARCA	N°	PORCENTAJES	QUE ES LA ESPERMARCA	N°	PORCENTAJES
SI	6	4,60%	SI	117	90,00%
NO	124	95,40%	NO	13	10,00%
Total	130	100%	Total	130	100%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras.

El 4.60% en el precaps refirió conocer que es espermarca, mientras que el postcaps el porcentaje se elevó al 90.00%



CUADRO N°8

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE DE ACUERDO SU OPINIÓN SOBRE LO QUE ES IMPORTANTE PARA EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES. PAUTE - AZUAY 2011.

INICIO DE RELACIONES SEXUALES	PRECAPS				POSTCAPS				TOTAL
	SI		NO		SI		NO		
	N°	PORCENTAJE S	N°	PORCENTAJE S	N°	PORCENTAJE S	N°	PORCENTAJE S	
Conocer a mi pareja por un tiempo prudencial	124	95,40%	6	4,60%	124	95,40%	6	4,60%	100%
Que haya platicado sobre la posibilidad de tener relaciones sexuales	99	76,20%	31	23,80%	100	76,90%	30	23,10%	100%
Saber si mi pareja tiene o ha tenido enfermedades de	121	93,10%	9	6,90%	122	93,80%	8	6,20%	100%



transmisión sexual										
La fidelidad entre nosotros	108	83,10%	22	16,90%	108	83,10%	22	16,90%		100%
Que tengamos información sobre los anticonceptivos	113	86,90%	17	13,10%	115	88,50%	15	11,50%		100%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras.

En el precaps y postcaps el 95.4% indicó que es importante conocer a su pareja por un tiempo prudencial para el inicio de relaciones sexuales; además el 93.10% en el precaps refirió que se debe conocer si su pareja ha tenido enfermedades de transmisión sexual y en el postcaps el porcentaje se elevó al 93.80%.



CUADRO N°9

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE DE ACUERDO SI HAN TENIDO UN EMBARAZO. PAUTE - AZUAY 2011.

PRECAPS			POSTCAPS		
TE HAS EMBARAZADO	N°	PORCENTAJES	TE HAS EMBARAZADO	N°	PORCENTAJES
Si	4	3,10%	SI	4	3,10%
No	126	96,90%	NO	126	96,90%
Total	130	100%	Total	130	100%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras.

El 3.1% refirió haberse embarazado.



CUADRO N°10

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE DE ACUERDO AL CONOCIMIENTO DE CÓMO SE PRODUCE UN EMBARAZO. PAUTE - AZUAY 2011.

PRECAPS			POSTCAPS		
CÓMO SE PRODUCE UN EMBARAZO	N°	PORCENTAJES	CÓMO SE PRODUCE UN EMBARAZO	N°	PORCENTAJES
No sabe	19	14,6%			
Relaciones sexuales.	80	61,5%	relaciones sexuales	86	66,2%
Unión del óvulo y el espermatozoide.	22	16,9%	Unión del óvulo y el espermatozoide.	33	25,4%
Relaciones sexuales sin protección.	9	6,9%	Relaciones sexuales sin protección.	11	8,5%
Total	130	100%	Total	130	100,0%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras.

Entre las causas para que se produzca un embarazo el 61.5% en el precaps refirió que es necesario tener relaciones sexuales, en el postcaps se mantuvo el mismo ítem pero aumentando al 66.2%; señalaron también como causa la unión del óvulo y el espermatozoide con un 16.9% en el precaps y 25.4% en el postcaps.



CUADRO N°11

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE DE ACUERDO A LO QUE HARÍAN FRENTE A UN EMBARAZO. PAUTE - AZUAY 2011.

¿QUÉ HARÍAS SI TE EMBARAZÁRAS?	PRECAPS				POSTCAPS				
	SI		NO		SI		NO		TOTAL
	N°	PORCENTAJES	N°	PORCENTAJES	N°	PORCENTAJES	N°	PORCENTAJES	
Busco ayuda profesional	34	26,20%	96	73,80%	42	32,30%	88	67,70%	100%
Aceptar	47	36,20%	83	63,80%	121	93,10%	9	6,90%	100%
Ocultar	4	3,10%	126	96,90%	4	3,10%	126	96,90%	100%
Abandonar	3	2,30%	127	97,70%	1	0,8	129	99,20%	100%
Pedir ayuda y consejos	38	29,20%	92	70,80%	103	79,20%	27	20,80%	100%
Abortar	8	6,20%	122	93,80%	2	1,50%	128	98,50%	100%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras.

De los adolescentes encuestados en el precaps el 36.2% señalaron que aceptaría un embarazo y el 29.20% pediría ayuda y consejo; mientras que en el postcaps el primero aumentó en un 93.10% y el segundo en un 79.20%.



CUADRO N°12

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE DE ACUERDO A LOS CONOCIMIENTOS DE LOS CUIDADOS QUE NESITA UN EMBARAZO. PAUTE - AZUAY 2011.

¿QUÉ CUIDADOS NECESITA UN EMBARAZO?	PRECAPS				POSTCAPS				
	SI		NO		SI		NO		
	N°	PORCENTAJES	N°	PORCENTAJES	N°	PORCENTAJES	N°	PORCENTAJES	
Controles médicos óptimos	91	70,00%	39	30,00%	128	98,50%	2	1,50%	100%
Adecuada alimentación	84	64,60%	46	35,40%	129	99,20%	1	0,80%	100%
Evitar sustancias tóxicas(Alcohol, cigarrillo, drogas)	92	70,80%	38	29,20%	121	93,10%	9	6,90%	100%
Ambiente adecuado	42	32,30%	88	67,70%	112	86,20%	18	13,80%	100%
Apoyo	61	46,90%	69	53,10%	117	90,00%	13	10,00%	100%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras.

En el precaps un 70.80% indicó que se debe evitar sustancias tóxicas durante el embarazo y el 70% refirió que son necesarios los controles médicos óptimos; en el postcaps el 99.20% refirió una adecuada alimentación y el 98.50% controles médicos óptimos.



CUADRO N°13

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE DE ACUERDO A LOS CONOCIMIENTOS SOBRE DISCAPACIDAD. PAUTE - AZUAY 2011

PRECAPS			POSTCAPS		
SABES QUÉ ES UNA DISCAPACIDAD	N°	PORCENTAJES	SÁBES QUÉ ES UNA DISCAPACIDAD	N°	PORCENTAJES
SI	118	90,8%	SI	126	96,9%
NO	12	9,2%	NO	4	3,1%
Total	130	100,0%	Total	130	100,0%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras.

El 90.8% manifestó conocer el significado de discapacidad en el precaps, aumentando en el postcaps al 96.9%.



CUADRO N°14

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE DE ACUERDO A LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS CAUSAS DE DISCAPACIDAD. PAUTE - AZUAY 2011.

¿SABES CUALES SON LAS CAUSAS DE DISCAPACIDADES DURANTE EL EMBARAZO?	PRECAPS				POSTCAPS			
	SI		NO		SI		NO	
	N°	PORCENT.	N°	PORCENT	PORCENT.	N°	PORCENT.	TOTAL
Consumo de tabaco, alcohol y drogas	116	89,20%	14	10,80%	96,20%	5	3,80%	100%
Automedicación	70	53,80%	60	46,20%	86,20%	18	13,80%	100%
Embarazos no deseados ni planificados	24	18,50%	106	81,50%	78,50%	28	21,50%	100%
Violencia hacia las mujeres embarazadas	67	51,50%	63	48,50%	85,40%	19	14,60%	100%
Falta de controles médicos	49	37,70%	81	62,30%	86,20%	18	13,80%	100%
Enfermedades de transmisión sexual	58	44,60%	72	55,40%	85,40%	19	14,60%	100%
Embarazo en menores de 18 años	31	23,80%	99	76,20%	87,70%	16	12,30%	100%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras.

En el precaps el 89.20% de estudiantes encuestados refirieron como causa de discapacidad el consumo de alcohol, tabaco y drogas, el 53.80% señaló automedicación en el embarazo; aumentando los porcentajes en el postcaps el primero en un 96.20%, mientras que el 87.70% señaló el embarazo en menores de 18 años.



CUADRO N°15

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE DE ACUERDO A LOS CONOCIMIENTOS DE LAS CONSECUENCIAS DE UN NIÑO CON DISCAPACIDAD. PAUTE - AZUAY 2011.

PRECAPS			POSTCAPS		
¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENE EL NIÑO CON DISCAPACIDAD?	N°	PORCENTAJES	¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENE EL NIÑO CON DISCAPACIDAD?	N°	PORCENTAJES
No sabe.	33	25,4%	No sabe.	5	3,8%
Problemas físicos, mentales y malformaciones.	30	23,1%	problemas físicos, mentales y malformaciones	38	29,2%
Son discriminados.	42	32,3%	Son discriminados.	52	40,0%
Problemas de salud.	5	3,8%	Problemas de salud.	12	9,2%
Actividades limitadas.	20	15,4%	Actividades limitadas.	23	17,7%
Total	130	100%	Total	130	100,0%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras.

El 32.3% refirió que los niños discapacitados son discriminados, el 25.4% no sabía, esto en el precaps; en el postcaps se obtuvo que el 40% son discriminados y el 29.2% señaló problemas físicos mentales y malformaciones.



CUADRO N°16

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE DE ACUERDO A SU OPINIÓN Y REACCIÓN FRENTE A UN HIJO CON DISCAPACIDAD. PAUTE - AZUAY 2011.

¿QUÉ HARÍAS SI TUVIERAS UN HIJO DISCAPACITADO?	PRECAPS				POSTCAPS				
	SI		NO		SI		NO		
	N°	PORCENTAJES	N°	PORCENTAJES	N°	PORCENTAJES	N°	PORCENTAJES	
Busco ayuda(hospitales ,instituciones especiales)	116	89,20%	14	10,80%	128	98,50%	2	1,50%	100%
Lo doy en adopción	3	2,30%	127	97,70%	3	2,30%	127	97,70%	100%
Ignoro el problema	16	12,30%	114	87,70%	6	4,60%	124	95,40%	100%
Abandono	3	2,30%	127	97,70%	1	0,80%	129	99,20%	100%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras.

En el precaps el 89.2% buscaría ayuda si tuviera un hijo discapacitado, en el postcaps aumentó a un 98.5%.

El 12.30% en el precaps ignoraría el problema, disminuyendo en el postcaps en un 4.60%.



CUADRO N°17

DISTRIBUCIÓN DE 130 ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE DE ACUERDO A LOS CONOCIMIENTOS PARA PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES DURANTE EL EMBARAZO. PAUTE - AZUAY 2011.

PRECAPS			POSTCAPS		
PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES EN EL EMBARAZO	N°	PORCENTAJES	PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES EN EL EMBARAZO	N°	PORCENTAJES
No sabe.	21	16,2%	No sabe.	4	3,1%
No consumir alcohol, tabaco y drogas.	48	36,9%	No consumir alcohol, tabaco y drogas.	54	41,5%
No automedicación.	17	13,1%	No automedicación.	19	14,6%
Controles médicos.	25	19,2%	Controles médicos.	26	20,0%
No violencia física.	10	7,7%	No violencia física.	18	13,8%
Buena alimentación.	9	6,9%	Buena alimentación.	9	6,9%
Total	130	100%	Total	130	100,0%

FUENTE: Encuesta.

AUTORAS: Investigadoras.

En el precaps el 36.9% manifestó que no consumir alcohol, tabaco y drogas ayuda a prevenir una discapacidad; aumentó en el postcaps en un 41.5%. En el precaps y postcaps indicaron que para la prevención de discapacidades son necesarios los controles médicos con un 19.2% y 20.0% respectivamente.



4.2 DISCUSIÓN:

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado.

En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente **15,2% en Chile**, y del **25% en el caso de El Salvador, Centroamérica**, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del **45% del total de embarazos en algunos países africanos²**.

El acceso y el conocimiento del uso correcto de métodos de protección o anticonceptivos es muy bajo entre los adolescentes; al parecer es esta la razón que en el Ecuador 2 de cada 10 mujeres que se embarazan son adolescentes, según estudios del Ministerio de Salud del Ecuador; en el ***“Azuay existe una tasa de embarazo no planificado del 70%, de esto el 40% corresponde a los embarazos no deseados y el 17% de todos los abortos ocurren en madres cuyas edades oscilan entre los 10 y 19 años.”⁵***

La pubertad aparece y se desarrolla de manera normal entre los 8 y 17 años de edad; se inicia primero en las mujeres y la edad promedio es entre los 10 y 13 años y luego en varones entre los 11 y 14 años de edad. ***“Es la fase del desarrollo del cuerpo humano en la cual se inicia la madurez de los órganos sexuales, al tiempo que los caracteres sexuales secundarios comienzan a manifestarse”¹⁴***; tales como: crecimiento de busto, menarca, ensanchamiento de caderas, crecimiento de vello púbico y axilar en las mujeres; y en los hombres crecimiento del vello facial, púbico, axilar, cambios en la voz y espermaca.



Llama la atención que los adolescentes de nuestro estudio carecen de los conocimientos necesarios sobre la sexualidad, debido a la falta de información.

Consideramos que los adolescentes deben tener conocimientos necesarios para poder enfrentar su sexualidad de acuerdo a las características propias de esta etapa de la vida, ya que contribuye positivamente al desarrollo y a la salud de ellos mismos, previniendo así el inicio precoz de su vida sexual.

Según los resultados de la encuesta el 50% de adolescentes no tiene conocimientos sobre los cambios puberales, el 89.20% consideró que una de las causas más frecuente que puede producir discapacidad es el consumo de alcohol, tabaco y drogas, y el 3.10% refirió haber presentado un embarazo, constituyéndose en un porcentaje considerable para la población estudiada.

4.3 CONCLUSIONES:

El presente estudio nos ayudó a conocer las necesidades de los/as adolescentes de la Unidad Educativa Julio María Matovelle del Cantón Paute.

- Se determinó que el 54.6% de la población estudiada reside en la urbe del Cantón Paute y el 57.7% perteneció al sexo femenino; en cuanto al grupo etáreo correspondió a las edades de 14-16 años con el 63%.
- Existió un elevado porcentaje de adolescentes que carecían de conocimiento sobre los cambios puberales, menarca y espermarca.
- Estos no tienen en cuenta que un embarazo en la adolescencia puede traer consigo niños con discapacidad; sin embargo conocen el significado de discapacidad.
- Para el inicio de las relaciones sexuales los encuestados señalaron que es importante conocer a la pareja.



- Hubo un porcentaje considerable que indicó haber tenido un embarazo; previo al estudio un 14.6% habían señalado que desconocían como se produce el mismo.
- Después de la Intervención educativa el 56.9% señaló que aceptaría un embarazo si lo viviera.
- Para el desarrollo de un embarazo saludable señalaron que es importante realizarse controles médicos óptimos y tener una adecuada alimentación.
- Entre las causas expuestas que pueden provocar una discapacidad la más relevante según los encuestados fue el consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- El 40% de los adolescentes coinciden que la discriminación es una de las consecuencias más frecuentes que tiene un niño con discapacidad.
- La mayor parte de la población encuestada señaló que la búsqueda de ayuda en hospitales e instituciones especiales sería lo primero que harían si tuvieran un hijo con discapacidad.
- Para la prevención de discapacidades durante el embarazo los adolescentes indicaron que lo más importante es no consumir tabaco, alcohol y drogas durante esta etapa.

4.4 RECOMENDACIONES:

Que el abordaje sobre la educación sexual sea de importancia porque es un grupo etario de riesgo que requiere información apropiada.

Capacitar a los docentes y padres de familia para que brinden dicha información de una manera innovadora, indagadora y creativa.

Diseñar un material educativo asertivo y con un lenguaje idóneo, para captar el interés de los estudiantes y que éstos puedan aplicar los conocimientos aprendidos.



Difundir los resultados de la tesis, para que la Unidad Educativa Julio María Matovelle pueda elaborar programas y proyectos sobre educación sexual en base al estudio realizado.

Para los docentes de esta institución se recomienda el uso del material didáctico diseñado sobre la sexualidad, como material de apoyo.



BIBLIOGRAFÍA:

Bibliografía Citada:

1. Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2002; 481-487. Disponible en: www.scielo.cl. consultado junio del 2010.
2. Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2002 [citado 2010 Dic 07]; 67(6): 481-487. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600009&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262002000600009. (2)Consultado en junio del 2010.
3. Racines E, Embarazo en la adolescencia, Correo Poblacional, Salud Reproductiva y Gerencia en Salud, Ecuador-Septiembre 2008, pág 6-7, disponible en: http://www.aprofe.org.ec/web/documentos/revista/correo_poblacional/2008_10/2008_10_embarazo_adolescencia.pdf. (3-4) consultado en junio del 2010.
4. Cada vez las madres son más jóvenes, El Mercurio-Diario de Cuenca, 26 de Marzo del 2010, Salud, disponible en: <http://www.elmercurio.com.ec/235291-cada-vez-las-madres-son-mas-jovenes.html> (5) consultado en junio del 2010.
5. Vázquez A., Almirall, Chávez F., Álvarez E. Embarazo en la adolescencia: repercusión biosocial durante el primer año de vida. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 1997 Ago [citado 2010 Nov 06] ; 69(2): 82-88. Disponible en:



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311997000200002&lng=es. (6) consultado en junio del 2010.

6. R. Pérez, F. Rosabal, J. Pérez, A. Palomo. Bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en cinco consultorios del médico de la familia. Editorial Ciencias Médicas, 2010. Disponible en: <http://www.scielo.com>. (7) consultado en junio del 2010.
7. Díaz Angélica, Sanhueza R Pablo, Yaksic B Nicole. RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2002 [citado 2010 Nov 06]; 67(6): 481-487. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600009&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262002000600009. (8) consultado en junio del 2010.
8. Alonso Uría Rosa María, Campo González Ana, González Hernández Alina, Rodríguez Alonso Beatriz, Medina Vicente Lucrecia. Seguimiento al hijo de madre adolescente. RevCubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2005 Dic [citado 2010 Dic 04] ; 21(5-6). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500011&lng=es. (9) Consultado en Junio del 2010.
9. Ulanowicz María Gabriela, Parra Karina Elizabeth, Wendler Gisela Elizabeth, Monzón Lourdes Tisiana. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina - N° 153 – Enero 2006 Pág. 13-17. Disponible en:
http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm (10) Consultado en Junio del 2010



10. T.W. Sadler, Ph.D; LAGMAN EMBRIOLOGÍA MÉDICA, Editorial médica panamericana S.A, 1995, Capitulo 1, pag 3.(11). Consultado en junio del 2010
11. Barrio R, Carcavilla A .Martín M. Pubertad precoz y retrasada. Volumen 30, N° 4/2006.(12) Consultado en noviembre de 2010. (12). Consultado en junio del 2010
12. Dulanto E. El adolescente .Año 2000. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Impreso en México. (13). Consultado en junio del 2010
13. Barreda P. El despertar de la sexualidad: la pubertad. Disponible: http://www.pediatraldia.cl/despertar_sex_pubertad.htm. Consultado en Diciembre del E2010 (14)
14. Diane E. PAPALIA. Psicología del desarrollo. Bogotá-Colombia. EditorialQuebecorWorld Bogotá S.A. Octava Edición. 2001. Pag 595.(15) . Consultado en junio del 2010
15. University of Maryland Medical Center. Desarrollo del adolescente, información general. 2010. Disponible en: http://www.umm.edu/esp_ency/article/002003.htm (16) Consultado en junio del 2010
16. SANTORO Silvana. Centro de Psicología Clínica. Culturas Adolescentes. Buenos Aires-Argentina. 2009. Disponible en: <http://www.cpcb.com.ar/index.html> (17,18) Consultado en junio del 2010
17. Salud sexual y reproductiva, libro la salud en las Américas, edición de 2002, paginas 200-201, volumen I, disponible en: <http://www.paho.org/spanish/DD/PUB/Sap28.pdf>. (19) Consultado en junio del 2010



18. planificación familiar un derecho de mujeres y hombres, Ecuador, pág. 1, disponible en: www.aprofe.org.ec20/web. (20) Consultado en junio del 2010
19. T.W.Sadler, Ph.D; LAGMAN EMBRIOLOGÍA MÉDICA, Editorial médica panamericana S.A, 1995, Capitulo 1, pag 3.(21). Consultado en junio del 2010
20. Pgróf. Dr. Juan R. Issler, EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA, Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107 - Agosto/2001 Página: 11-23. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html (22) . Consultado en junio del 2010
21. Ulanowicz María. RIESGOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE. Revista de postgrado de la VI cátedra de Medicina. 2001; 107:11-23. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm (23) Consultado en junio del 2010
22. Espinosa V., Sánchez S. Cambios fisiológicos durante el embarazo. Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia libro 1 (Vigilancia prenatal): pp. 18. Disponible en: http://www.drscope.com/pac/gine_obs/o1/o1_pag18.htm (24). Consultado en julio del 2010.. Consultado en julio del 2010
23. T.W.Sadler, Ph.D; LAGMAN EMBRIOLOGÍA MÉDICA, Editorial médica panamericana S.A, 1995, Capitulo 1, pag 3.(25) . Consultado en junio del 2010
24. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of PublicHealth* Vol. 16. www.ingentaconnect.com (26) Consultado en Julio 2010
25. Prenatal www.prenatal.tv/4 (27) Consultado en Julio 2010



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Álvarez Cambras R. Tratado de Cirugía Ortopédica y Traumatología. La Habana, Editorial Pueblo y Educación 1986; t2:110.
2. Aller J. y Pagés G. Fundación Aller para Estudios de Fertilidad (enero de 2007). Diagnóstico de Embarazo. Consultado en julio del 2010.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Especially for Teens: Having a Baby. Patient Education Pamphlet. Consultado en Julio del 2010.
4. Balestena Sánchez JM, Balestena Sánchez SG. Impacto de la menarquía en los resultados maternos perinatales en la adolescencia. RCOG [en línea] 2005 [25 de noviembre de 2005]; 31(1). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin02105.htm.
5. Barlow T. Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg 1962; 44B:292.
6. Bestard Pividal G. Uso correcto de Pavlick en el tratamiento de la displasia congénita de cadera. Rev Cubana Pediatr 1982; 54:593-603.
7. Cabrera Viltres N, Miranda Louro TA, Marrero Riverón LO, Remón Dávila X, Cruz Sarmiento E. Anomalías congénitas de la mano: análisis exploratorio de los datos. Rev Cubana OrtopTraumatol 1998;12(1-2):47-51.
8. Clin Pauvvels F, Osborne GV. Norteam Dislocations of the Hip Joint 1997; v.2:173.
9. Chapchal G. Cirugía ortopédica y traumática de la cadera. 1968; p357. Diagnóstico de la displasia de cadera. Ed. Revolucionaria. La Habana.



- 10.**CareFirst BlueChoice, Inc. Blue Cross and Blue Shield Association (junio de 2004). Molestias durante el embarazo Enciclopedia. Consultado julio del 2010.
- 11.**Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Preventing Smoking and Exposure to Secondhand Smoke Before, During and After Pregnancy. Consultado en Julio del 2010.
- 12.**Delgado A. Patología Prenatal. Grandes. Síndromes en Pediatría. Volumen 7. Bilbao Editorial 1998.
- 13.**Dides C., Pérez M. INVESTIGACIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE PUEBLOS INDÍGENAS EN CHILE Y LA AUSENCIA DE PERTINENCIA ÉTNICA. Acta bioeth. [revista en la Internet]. 2007. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2007000200009&lng=es. doi: 10.4067/S1726-569X2007000200009.
- 14.**Elgueta V.Diagnóstico del Embarazo. Universidad de Chile - Facultad de Medicina, Escuela de Obstetricia, 2005.
- 15.**Espinosa V.,Azcárate S. Cambios fisiológicos durante el embarazo. Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia libro 1 (Vigilancia prenatal): pp. 18. Disponible en:
http://www.drscope.com/pac/gineobs/o1/o1_pag18.htm. Consultado en julio del 2010.
- 16.**Fernandez LS, Carro Puig E, Oses Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(2). URL disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin03204.htm



17. Fraga M, Villar JL. Displasia congénita de cadera RevEspPediatr 1982; 38(5):337-48.
18. Gaborda GM. Renshaw TS. Reduction of congenital dislocation of the Hip. J Bone JoingSurg (AM) 1992; 74:624-31.
19. Gangloff S. Chiari pelvic osteotomy technique and indication. PediatrOrthop 1994; 3:68-75.
20. Hamilton, B.E., et al. Births: Preliminary Data for 2007. National Vital Statistics Report, volumen 57, número 12. Consultado en Julio del 2010.
21. Hübner M. Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro. Santiago de Chile-Chile. 2002. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000800015
22. Investigaciones en salud sexual y reproductiva, disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2007000200009
23. James F. Mooney brachial plexus palsy as a complication of PavlickHarnes. Use J PediatrOrthop 1994;14:677-9.
24. Klave K, Durmin CW. A clinical presentation of dysplasia of the Hip. J bone JoingSurg (B) 1991;73B:423-9.
25. Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutié Sánchez JR. Adolescencia e interrupciones del embarazo. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(1).URL disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin04104.htm



- 26.** Malformaciones congénitas 2001;16(1):[23 páginas]. Disponible en: <http://www.universitaria.cl/libros/malformaciones>, Consultado Diciembre, 2010.
- 27.** MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y OTRAS ENFERMEDADES GENÉTICAS 2001. Rev Cubana ObstetGinecol 2001;27(3):233-40 Disponible en: URL: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v27n3/gin11301.pdf>. Consultado Diciembre, 2010.
- 28.** MCG Health System (octubre de 2007).Glosario - Embarazo y Nacimiento. HealthInformation> Embarazo y Parto. Consultado en julio del 2010.
- 29.** Martínez M., Bermejo E., Rodríguez E., VillaA. Bajo peso al nacimiento como una indicación más para el estudio cromosómico. Editorial Panamericana, México D.F.
- 30.** Martin, J.A., et al. Births: Final Data for 2006. National Vital Statistics Reports, volume 57, number 7 Consultado en Julio del 2010.
- 31.** Mathews, M.S., and MacDorman, M.F. Mortality Statistics from the 2005 Period Linked Birth/Infant Death Data Set. National Vital Statistics Reports, volume 57, number 12. Consultado en Julio del 2010.
- 32.** Morejón M., Sanabria M., Menéndez R. DIAGNÓSTICO PRENATAL Y ATENCIÓN DE LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y OTRAS ENFERMEDADES GENÉTICAS 2001. Rev Cubana ObstetGinecol 2001;27(3):233-40 Disponible en: URL:<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v27n3/gin11301.pdf>, Consultado Julio 2008
- 33.** National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Why It Matters. Consultado en Julio del 2010.



- 34.** National Center for Health Statistics, final natality data. Consultado en Julio del 2010.
- 35.** Pérez Aytés A. Bases para la identificación clínica en Dismorfología (XIX Congreso Nacional de Pediatría. Lima, Setiembre 1995).
- 36.** Pereira J. Análisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en Salvador, Bahia. Washington July 2007. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891997000700001
- 37.** Psicología del desarrollo, disponible en: http://www.members.tripod.com/psico1_deshumano/prenatal.html
- 38.** Rachio KH. Simultaneous open reduction and salter innominate osteotomy for developmental dysplasia of the hip. J BoneJointSurg 1996;78B47:1-6.
- 39.** Ransey PL. Laser congenital dislocation of the hip. Use of the PavlickHarnes in the child during the first 6 month of life. J BoneJoingSurg 1990; 58:1000-4 Recibido: 24 de noviembre de 1999. Aprobado: 20 de enero del 2000.
- 40.** Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología ISSN 0864-215X versión impresa Rev Cubana OrtopTraumatol v.12 n.1-2 Ciudad de la Habana ene.-dic. 1998 Complejo Científico Ortopédico Internacional "Frank País". Ciudad de La Habana.
- 41.** Riaño Echenique J, García Estrada EM, González Gil JM. Enfermedad del desarrollo de la cadera. Rev CubanaOrtopTraumatol 2000;14(1-2):7-11



42. Salter RB. Innominate osteotomy in the treatment of congenital dislocation and subluxation of the hip. *J Bone Joing Surg (BR)* 1961; 43B:518-39.
43. Salud sexual y reproductiva, libro la salud en las Américas, edición de 2002, paginas 200-201, volumen I, disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/DD/PUB/Sap28.pdf>.
44. Serra FG, Spaciuk SM, Morales E, Arce GM, Avalos ME, Gómez VY. Riesgo reproductivo del adolescente en corrientes. *Revista de posgrado de la VI cátedra de Medicina*. 2002; 115:24-25.
45. Terje T. Ultrasound measurement of femoral anteversion. *J Bone Joing Surg (B)* 1990; 72B:726-7.
46. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. *RCOG*. [en línea] 2002 [25 de noviembre de 2005]; 28(2). URL disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.htm
47. Ventura, S.J., et al. Estimated Pregnancy Rates by Outcome for the United States, 1990-2005: An Update. *National Vital Statistics Reports*, volume 58, number 4. Consultado en Julio del 2010.
48. Vigil-de Gracia, Paulino, Arias, Tomás, LEZCANO, Gerardo *et al.* Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. *Rev Obstet Ginecol Venez*. [revista en la internet]. jun. 2007, vol.67, no.2, p.73-77. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000200002&lng=es&nrm=iso. ISSN 0048-7732.(2)
Consultado en junio del 2010



ANEXOS



ANEXO I



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

Cuenca,

Sr /ra
Rector del colegio
Ciudad
De nuestras consideraciones:

Nosotras, Nataly largo R., Marcia Quito S. y Erika Zeas P. estudiantes de la Escuela de Tecnología Médica estamos por realizar un proyecto de investigación de tipo descriptivo intervención-acción cuyo objetivo es **EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE DISCAPACIDADES EN RECIÉN NACIDOS.**

ELABORACIÓN DE MODULO DIDÁCTICO SOBRE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES EN RECIEN NACIDOS. UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE. PAUTE-AZUAY. 2011-2012.

Para lo cual es necesario la participación de los y las estudiantes de su establecimiento, a quienes se les entregará un cuestionario formulado, el mismo que será respondido de acuerdo al conocimiento que cada estudiante posee sobre el tema de investigación.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio será conocer los resultados de la investigación y saber que su participación permitirá crear programas de intervención en el área de enseñanza de la sexualidad dirigida a los adolescentes.

Esperamos contar con su colaboración y agradecemos de antemano por la atención brindada.

Atentamente,

Nataly Largo R.

Marcia Quito S.

Erika Zeas P.



ANEXO II



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PADRES Y/O MADRES DE FAMILIA, O REPRESENTANTE LEGAL

Nosotras, Nataly largo R., Marcia Quito S. y Erika Zeas P. estudiantes de la Escuela de Tecnología Médica, estamos por realizar nuestro proyecto de tesis con el tema:

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE DISCAPACIDADES EN RECIÉN NACIDOS.

ELABORACIÓN DE MODULO DIDÁCTICO SOBRE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES EN RECIEN NACIDOS. UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE. PAUTE-AZUAY. 2011-2012.

Para lo cual es necesario la participación de su hijo/a; a quién entregará un cuestionario formulado, el mismo que será respondido de acuerdo al conocimiento que cada estudiante posee sobre el tema del proyecto.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio será conocer los resultados de la investigación y saber que la participación de su hijo/a permitirá crear programas de intervención en el área de enseñanza de la sexualidad a adolescentes.

Yo padre de familia y/o madre de familia, o representante legal de:

.....,
estudiante del Colegio:

....., libremente y sin ninguna presión acepto que mi hijo/a participe en estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Firma de el Padre y/o madre de familia, o representante legal

.....



ANEXO III



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

ASENTIMIENTO INFORMADO DEL/LA ADOLESCENTE

Nosotras, Nataly Largo R., Marcia Quito S. y Erika Zeas P. estudiantes de la Escuela de Tecnología Médica, estamos por realizar nuestro proyecto de tesis con el tema: **EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE DISCAPACIDADES EN LOS RECIÉN NACIDOS.**

ELABORACIÓN DE MODULO DIDÁCTICO SOBRE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES EN RECIEN NACIDOS. UNIDAD EDUCATIVA JULIO MARÍA MATOVELLE. PAUTE-AZUAY. 2011-2012.

Para lo cual es necesario la participación de usted Señor/Señorita estudiante. Para dicho proyecto se le entregará un cuestionario formulado, el mismo que será respondido de acuerdo al conocimiento que cada uno/a posee sobre el tema de la investigación.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. El beneficio será conocer los resultados de la investigación y saber que su participación permitirá crear programas de intervención en el área de enseñanza de la sexualidad a adolescentes.

Yo entiendo que mis padres han sido informados previamente sobre mi participación en este estudio, además entiendo que voy a ser sometido/a a una encuesta y que estas pruebas no tienen riesgo alguno porque se mantendrá confidencialidad de los datos obtenidos. También comprendo que no tengo que gastar ningún dinero por el cuestionario.

Yo:.....**Estudiante del**
Colegio:.....
Curso:....., libremente y sin ninguna presión
acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Firma de el/la adolescente

Fecha



ANEXO IV



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

**PROTOCOLO DE TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE
LICENCIADA EN**

ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD.

**EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
SOBRE DISCAPACIDADES EN LOS RECIÉN NACIDOS.
ELABORACIÓN DE MODULO DIDÁCTICO SOBRE PREVENCIÓN DE
DISCAPACIDADES EN LOS RECIÉN NACIDOS. UNIDAD EDUCATIVA
JULIO MARÍA MATOVELLE. PAUTE-AZUAY. 2011-2012.**

FORMULARIO N.....

Datos generales:

1. Edad..... Años
2. Sexo: F.....M.....
3. Residencia: Urbana.....Rural.....

Anota tres cambios que te ocurrieron en la pubertad:

1. **¿Sabes qué es la menarca?**

Si--- No---

- ¿Sabes qué es la espermarca?**

Si--- No---



2. Para el inicio de las relaciones sexuales creo que es importante: (anota SI o NO).

Conocer a mi pareja por un tiempo prudencial	
Que hayamos platicado sobre la posibilidad de tener relaciones sexuales.	
Saber si mi pareja tiene o ha tenido enfermedades de transmisión sexual.	
La fidelidad entre nosotros.	
Que tengamos información sobre anticoncepción	

3. ¿Te has embarazado?

Si--- No----

4. ¿Cómo se produce un embarazo?

5. ¿Qué harías si te embarazaras?

Busco ayuda profesional.

Aceptar

Ocultar

Abandonar

Pedir ayuda y consejo

Abortar.

6. ¿Qué cuidados necesita un embarazo?

Controles médicos óptimos.

Adecuada alimentación.

Evitar sustancia tóxicas. (alcohol,cigarrillo,drogas, etc.)

Ambiente adecuado

Apoyo



7. ¿Sabes qué es una discapacidad ?

Si--- No----

8. ¿Sabes cuáles son las causas de las discapacidades durante el embarazo?

Consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Automedicación.

Embarazos no deseados ni planificados.

Violencia hacia las mujeres embarazadas.

Falta de controles médicos.

Enfermedades de transmisión sexual.

Embarazos en menores de 18 años.

9. ¿Qué consecuencias tiene el niño con discapacidad?

10. ¿Qué harías si tuvieras un hijo discapacitado?

Busco ayuda (hospitales, instituciones especiales, etc.)

Lo doy en adopción.

Ignoro el problema.

Lo abandono.

11. ¿Enumere tres formas de prevenir las discapacidades durante el embarazo?



ANEXO V



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MEDICINA
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ADOLESCENCIA,
SEXUALIDAD Y PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES.**

*Enmarcado en el Proyecto CERCA “Cuidado de la Salud Sexual
y Reproductiva para adolescentes enmarcados en la comunidad”*

Coordinadora del Proyecto

Dra. Nancy Auquilla

Autoras

Natally Largo.

Marcia Quito.

Erika Zeas.

Año

2011 - 2012



PROYECTO CERCA

Esta investigación se enmarca dentro de los objetivos del proyecto CERCA “SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ADOLESCENTES ENMARCADOS EN LA COMUNIDAD”. Este es un proyecto multicéntrico enmarcado en los programas FP7 de la Unión Europea, conformado por los países de Nicaragua, Bolivia, Ecuador, Bélgica, Holanda y Lituania, que tienen previsto realizar una investigación de cuatro años en los tres países de América Latina y luego comparar los resultados con la realidad de los países europeos.

Dentro de los objetivos del proyecto se busca:

- Determinar las necesidades sexuales y reproductivas de la salud de adolescentes de los tres países latinoamericanos.
- Desarrollar estrategias de intervención comprensiva e integrada en la comunidad, encaminadas a mejorar el acceso a servicios amigables de atención primaria en salud sexual y reproductiva para adolescentes, con un ambiente adecuado y con capacidad que apoyen las decisiones saludables en el ámbito de salud sexual, extendidas a las comunidades enmarcadas y tendientes a mejorar el ambiente de la salud.
- Desarrollar estrategias de intervención y medios para alcanzar un acercamiento con los adolescentes, así como la difusión del conocimiento y el desarrollo de actividades mediante el uso de medios (mensajes de texto e internet).





Introducción

La adolescencia es el periodo de la vida de un ser humano caracterizada por cambios bioquímicos y psíquicos que transforman al niño en un individuo maduro, en sus aspectos físico, sexual, emocional y psicosocial, considerada además como una etapa de alta vulnerabilidad por los riesgos que pueden presentar durante este proceso de maduración.

Uno de los aspectos fundamentales que debemos considerar durante esta etapa de transición, es la salud reproductiva, ya que durante este proceso de maduración se puede dar el inicio de relaciones sexuales aumentando el riesgo de embarazos adolescentes no deseados.

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC) en el año de 1999 se reportaron 38.167 embarazos en adolescentes; los mismos que han incrementado hasta el año 2010 en 43.912 embarazos.

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre, teóricamente, durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (10 y 13 años), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres.

Las causas que puede producir un embarazo no deseado y además aportar para la aparición de discapacidades en el recién nacido son la falta de información sobre los métodos anticonceptivos, deficiente conocimiento sobre el desarrollo del embarazo, los controles médicos, nutrición que se deben dar durante esta etapa y las complicaciones que se pueden dar durante el periodo de gestación y durante el proceso de parto.

Tomando estos antecedentes anteriormente expuestos, este programa pretende medir conocimientos, actitudes y practicas de los y las adolescentes medios de la Unidad Educativa Julio María Matovelle de



Paute, sobre embarazo en la adolescencia y discapacidades en el recién nacido.

Tema 1

LA ADOLESCENCIA Y SUS CAMBIOS

La adolescencia es el periodo de la vida de un ser humano comprendido entre los 10 a 19 años, en el cual el *"aspecto físico cambia y se nota con la aparición de las características sexuales secundarias, como resultado de procesos hormonales"*¹



Sociológicamente: Es el período de transición entre la niñez y la edad adulta, tanto en los aspectos económicos como sociales.

Psicológicamente: Es un período crucial del ciclo vital, en el cual los individuos romper con los lazos de dependencia infantil para poder lograr una identidad propia, tomando una nueva dirección en su desarrollo, alcanzando su madurez sexual.

Es considerado también como el período de la vida en que los niños se transforman en adultos. Etapa crítica en el desarrollo psicosocial del ser humano, en que ocurren cambios bioquímicos y psíquicos que transforman al niño en un individuo maduro en sus aspectos físico, sexual, emocional y psicosocial.

El comienzo de la adolescencia coincide con la aparición de los caracteres sexuales secundarios

En la adolescencia existen diferentes etapas:

a. Adolescencia Temprana (10 a 13 años):



Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo, escogiendo a los amigos basándose en intereses comunes y no en los gustos de los padres.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

b. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

c. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

El adolescente sufre tres duelos o pérdidas muy dolorosas como son:

- El ***“duelo por el cuerpo de niño perdido por la aparición de los caracteres sexuales secundarios”²***.





- El “*duelo por la pérdida del rol de niño*”³. El adolescente encuentra que ya no es más niño pero tampoco es adulto.
- El “*duelo por la pérdida de la idealización de los padres de la infancia*”⁴.

ACTIVIDADES:

1. ¿Cuál es el significado de adolescencia?

.....

.....

.....

.....

2. Una lo correcto:

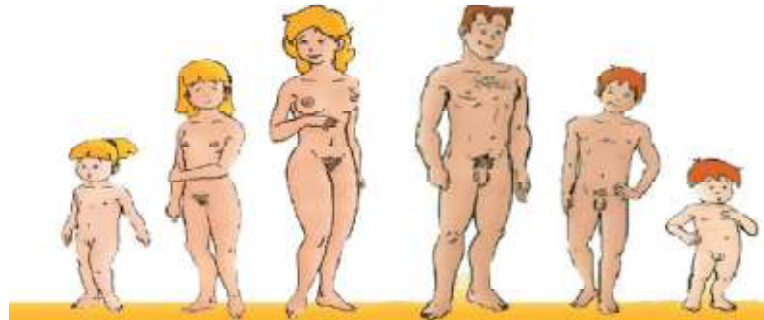
Adolescencia temprana	14 a 16 años
Adolescencia media	17 a 19 años
Adolescencia tardía	10 a 13 años

3. Indique cuáles son los duelos en la adolescencia y menciona si tú lo viviste:

-
-
-

Tema 2

LA PUBERTAD



“La pubertad involucra los aspectos biológicos de la adolescencia; durante ella aparecen los caracteres sexuales secundarios, se produce el “estirón” puberal, alcanzándose la talla adulta y se adquiere la capacidad de procrear”⁵.

El comienzo puberal está relacionado con la raza, etnicidad, condiciones ambientales, geográficas y de nutrición. Es un proceso de crecimiento y maduración biológica, e incluye cambios neurohormonales que inducen y regulan la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas y que dan por resultado una nueva geografía hormonal en el organismo. Esta se manifiesta somáticamente en niños y niñas con los cambios siguientes:

En la pubertad los caracteres sexuales secundarios comienzan a manifestarse dando lugar a una serie de cambios en el cuerpo tanto del hombre como de la mujer.

MUJER:

- Se destacan los pezones
- Crecimiento del vello púbico y axilar.
- La menarca (comienzo de los períodos menstruales, inicio de la ovulación, modificaciones en el óvulo y los órganos genitales).





- Se altera la composición del sudor que cobra un olor más fuerte.
- Aparición de acné.
- Ensanchamiento de caderas.

HOMBRE:

- El crecimiento del vello púbico; así como también el vello de las axilas, piernas, pecho y cara.
- Los cambios en la voz.
- Aparición de acné.
- Se altera la composición del sudor que cobra un olor más fuerte.
- Se produce un notorio crecimiento de su cuerpo (25%) y se duplica su torso.
- Erección y eyaculación (espermarca).



La aparición de emisiones nocturnas regulares (poluciones nocturnas) marca el inicio de la pubertad en los varones. Agrandamiento escrotal y testicular seguido de cerca por el alargamiento del pene.

Sintetizando, diríamos que la pubertad es la fase del desarrollo del cuerpo humano en la cual maduran de los órganos sexuales, al tiempo que los caracteres sexuales secundarios comienzan a manifestarse.



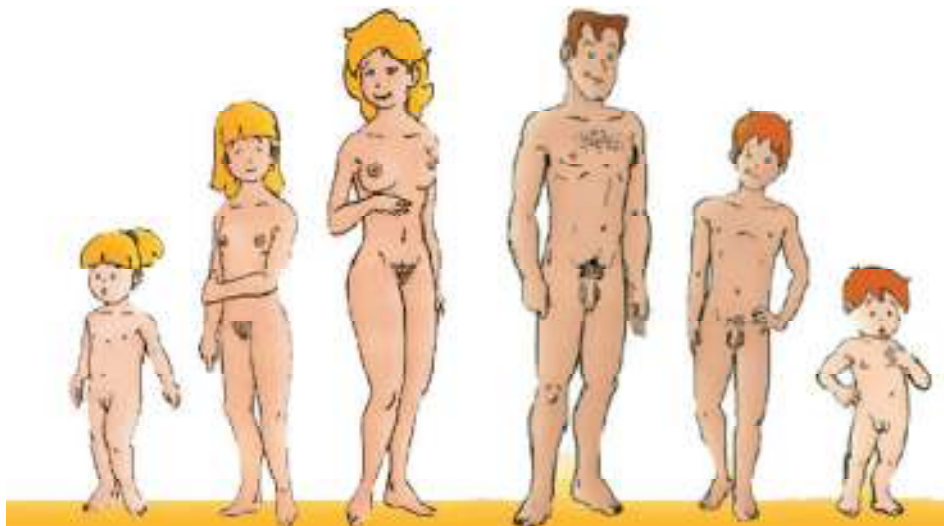


ACTIVIDADES

1. Qué es para ti la pubertad:

.....
.....
.....
.....
.....

2. Encierra en un círculo el dibujo de los caracteres sexuales secundarios que creas que existen en esta imagen.



3. ¿Qué es la espermarca y la menarca?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tema 3

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación; que es el proceso que inicia cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la

fecundación).

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años aproximadamente), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres.

Para la mayoría de las adolescentes, sus embarazos son accidentales, sin preparación y casi siempre no son deseados.

Una adolescente sabe que está embarazada cuando se presenta un retraso menstrual; este puede ocurrir semanas o meses después que ya se inició la formación de muchos órganos importantes del bebé, y es en este período cuando se produce la mayoría de los defectos en el bebé.

Factores de riesgo para que se de un embarazo en la adolescencia:

- Factores individuales (abandono familiar, falta de un proyecto de vida, baja autoestima, menarquía precoz, etc.),
- Factores familiares (familia disfuncional, hermana adolescente embarazada)



- Factores sociales (mitos y tabúes acerca de la sexualidad, migración social)

Riesgos en el embarazo adolescente:

- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Anemia.
- Infecciones del tracto genitourinario.
- Aborto



Riesgos en el niño:

- Infecciones agudas menores
- Prematurez.
- Síndrome de muerte súbita del lactante.
- Traumatismo e intoxicación accidental

“El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo”⁶.





ACTIVIDADES

1. Complete:

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después..... y/o cuando la adolescente mantiene padres.

2. Complete los factores de riesgo para que se dé un embarazo en la adolescencia:

- Factores individuales:
.....
- Factores familiares:
.....
- Factores sociales:
.....

3. Completar el siguiente cuadro:

Riesgos en el embarazo adolescente:	Riesgos en el niño:
•	•
•	•
•	•
•	•

Tema 4

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Los métodos anticonceptivos tienen el propósito de prevenir un embarazo actuando de dos maneras:

- Impiden que se produzca la ovulación.
- Impiden que se produzca la fecundación o la unión del espermatozoide con el óvulo.

Los métodos anticonceptivos son:

- Métodos naturales
- Métodos hormonales
- Dispositivos intrauterinos
- Métodos de barrera
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria

Métodos naturales: los basados en el conocimiento de la fertilidad.

Métodos hormonales: contienen hormonas sintéticas similares a las que producen los ovarios.



- **Métodos inyectables combinados.-** Se los utiliza mensualmente, deben ser aplicados solo en el glúteo y sin la necesidad de dar masajes.

Métodos hormonales solo de progestágeno.- Son aquellos que contienen un derivado sintético de la progesterona.

Estos métodos previenen un embarazo al espesar el moco a la entrada del cuello uterino, lo cual va a dificultar la penetración de los espermatozoides hacia el útero y las trompas de Falopio.

- **Píldora solo de progestágeno.-** Estas píldoras vienen en sobres de 28 y 35 unidades. Todas contienen hormonas y deben tomarse continuamente.
- **Implantes subdérmicos.-** Se trata de una o dos cápsulas de 4 cm de largo por 2 mm de ancho, que se inserta bajo la piel del brazo de la mujer.

Estos impiden la ovulación y espesan el moco cervical, logrando la liberación de la hormona lenta y constantemente.

- **Método inyectable.-** Se aplica cada tres meses solo en los glúteos, y sin la necesidad de dar masajes.

Este método contiene progestágeno y se libera lentamente en el torrente sanguíneo por un tiempo de tres meses.

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Existen dos clases de Dispositivos intrauterinos:

- **T hormonal:** es de plástico que tiene la forma de T con depósito de progesterona, se coloca dentro del útero por un profesional, tiene una eficacia del 99.9%.





- **T con cobre:** Es un pequeño plástico con forma de T, recubierto en parte con un filamento de cobre y que en el extremo inferior de su rama inferior tiene dos hilos.

Dispositivos intrauterinos.

- **Métodos de barrera:** espermicidas y condón, o preservativo masculino y femenino.
- **Anticoncepción quirúrgica voluntaria:** Vasectomía y Ligadura de Trompas.

Métodos de barrera

Son aquellas que obstaculizan el paso de los espermatozoides, impidiendo la fecundación.



- **Espermicidas:** Son sustancias químicas que destruyen los espermatozoides en la vagina.
- **Condón o preservativo:** Es una funda de látex, que se coloca en el pene cuando este está en erección, antes de que se produzca la penetración.
- **Condón femenino:** Es una funda de poliuretano con dos anillos flexibles uno a cada extremo. La mujer es la que se lo coloca antes de cada relación sexual, incluso con 6 horas de anticipación.



Anticoncepción quirúrgica o ligadura de trompas

Es una pequeña intervención quirúrgica en donde se cortan y amarran las trompas de Falopio, impidiendo la unión del óvulo con el espermatozoide.

Vasectomía

Es una intervención quirúrgica sencilla en la cual se cortan y amarran los tubos deferentes, para obstaculizar la salida de los espermatozoides.



ACTIVIDADES

1. **Cuál es el propósito de los métodos anticonceptivos:**
2. **Enumere los tipos de métodos anticonceptivos:**
3. **Una lo correcto:**

Condón o preservativo

Es un pequeño plástico con forma de T, recubierto en parte con un filamento de cobre y que en el extremo inferior de su rama inferior tiene dos hilos.

Vasectomía

Es una funda de látex, que se coloca en el pene cuando este está en erección, antes de que se produzca la penetración.

T con cobre:

Es una intervención quirúrgica sencilla en la cual se cortan y amarran los tubos deferentes, para obstaculizar la salida de los espermatozoides.

Implantes subdérmicos

Estos impiden la ovulación y espesan el moco cervical, logrando la liberación de la hormona lenta y constantemente.



Tema 5

DISCAPACIDAD EN EL RECIÉN NACIDO

Antes de abordar este tema veamos que es una discapacidad:

Según la OMS la **“Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación de un individuo.”**⁷



Desde semanas antes del embarazo todo puede influir negativamente en el bebé y causar discapacidades para toda la vida: retraso en el crecimiento, nacimiento prematuro, deficiencias funcionales, trastornos auditivos, disminución de inteligencia, ceguera, hiperactividad y otras anomalías, pudiendo éste ser producido durante el período de gestación o durante el momento del parto.

La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.



Primer Trimestre (1-3 meses):

Durante este trimestre se forman todos los órganos y sistemas principales; es en este periodo en donde se produce la mayor parte de los defectos congénitos, que pueden afectar el aspecto físico del bebé.

Segundo Trimestre (4-6 meses):

Después de que se han desarrollado todos los órganos y sistemas del feto, inician el proceso de crecimiento en tamaño y peso; el cordón umbilical sigue engrosándose mientras transporta alimento para el feto.

Tercer Trimestre (7-9 meses):

El feto sigue aumentando de tamaño y peso, y sus sistemas corporales terminan de madurar. Puede aparecer la hipertensión, preclampsia en la recta final del embarazo, cuando la futura madre se empieza a preparar para dar a luz a su bebé.



Prevención de discapacidades

Muchas mujeres se dan cuenta de un embarazo después de un mes. Pero en los primeros meses ya se están formando órganos importantes. Un cuidado atrasado puede ser demasiado tarde.

Para prevenir discapacidades es importante:

- Alimentarse bien (nutrición adecuada, consumo de ácido fólico).
- Buscar atención médica (Controles médicos adecuados).
- Enfermedades de transmisión sexual.
- No automedicarse.
- Conocer factor RH y tipo de sangre
- Evitar el consumo de alcohol y drogas.



- Impedir violencia hacia las mujeres embarazadas
- Peligros ambientales.

ACTIVIDADES:

- 1. ¿Qué es una discapacidad?**
- 2. ¿Cómo se puede prevenir las discapacidades en el embarazo?**
- 3. ¿Qué se debe evitar consumir en el periodo de gestación?**



BIBLIOGRAFÍA CITADA

1. Barrio R, Carcavilla A .Martín M. Pubertad precoz y retrasada. Volumen 30, N° 4/2006. (12) Consultado en noviembre de 2010.
2. SANTORO Silvana. Centro de Psicología Clínica. Culturas Adolescentes. Buenos Aires-Argentina. 2009. Disponible en: <http://www.cpcba.com.ar/index.html> (17,18)
3. **Salud sexual y reproductiva**, libro la salud en las Américas, edición de 2002, paginas 200-201, volumen I, disponible en: <http://www.paho.org/spanish/DD/PUB/Sap28.pdf>. 2010
4. planificación familiar un derecho de mujeres y hombres, Ecuador, pág. 1, disponible en: www.aprofe.org.ec20/web. 2010.
5. Dulanto E. El adolescente .Año 2000. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Impreso en México. 2010
6. María Elena Gumucio, DESARROLLO PSICOSOCIAL Y PSICOSEXUAL EN LA ADOLESCENCIA. Santiago de Chile-Chile, disponible en: <http://www.uc.cl/ucvirtual/medicina/adolescente2011/>, 2010.
7. Lourdes Ainhoa Hermida Ayala, CUANDO LAS DEFICIENCIAS SE CONVIERTEN EN DISCAPACIDAD NUEVOS MÉTODOS PARA NUEVOS RETOS, Madrid-España, disponible en <http://www.isdfundacion.org/publicaciones/revista/numeros/5/11-cuando-deficiencias-discapacidad.html>, 2011