



## RESUMEN

Se realizó esta investigación a 441 adolescentes medios de los colegios: César Dávila Andrade, Inmaculada y UNE del Azuay, aplicando un precaps para determinar el conocimiento actual que tienen los y las adolescentes referente al tema, posteriormente se ejecutó talleres educativos, para finalmente emplear un postcaps. Además se elaboró un Módulo sobre Prevención de Discapacidades, con énfasis en el tema del embarazo en la Adolescencia como factor de riesgo para las discapacidades, a ser entregado a los colegios en los cuales se realizó la investigación.

El objetivo fue elevar el nivel de conocimientos, aclarar dudas e incentivar interés acerca de los temas. Es mucho lo que falta por hacer en educación sexual, y sobre todo, lo relacionado con la discapacidad, por lo que deberían aplicarse acciones conjuntas en coordinación con salud, educación, familia, comunidad, medios de comunicación, para la prevención de discapacidades.

El presente estudio es de tipo Descriptivo Cuasi Experimental; principales características de la población estudiada: habitan en sectores urbanos, estudiantes de los décimos y cuartos años.

### **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; Cuenca-Ecuador.



## ABSTRACT

This research was conducted of 441 teenagers César Dávila Andrade, Inmaculada and UNE Azuay high schools, applying a pre-cap to determine the current knowledge that adolescents have regarding the issue, subsequently carried out educational workshops, and finally use a post-cap. It also developed a module on disability prevention, with emphasis on the issue of teen pregnancy as a risk factor for disability, to be delivered to schools where the research was conducted.

The aim was to raise the level of knowledge, answer questions and stimulate interest about the issues.

Much remains to be done in sex education, and especially matters relating to disability, so that joint actions should be implemented in coordination with health, education, family, community, media, for the prevention of disabilities.

This study is descriptive, quasi-experimental, main characteristics of the study population: urban sectors, students from the tenth and fourth years.

### **Keywords:**

Knowledge, attitudes, practices, mean teenagers, teenage pregnancy, disability.

DeCS: Health Knowledge, Attitudes, Practice; Developmental Disabilities-prevention & control; Infant, Newborn-growth & development; Adolescent; Students; Cuenca-Ecuador.



ÍNDICE

- Resumen

**CAPÍTULO I**

- **Introducción** ..... 1
- **Planteamiento del problema** ..... 3
- **Justificación** ..... 9

**CAPÍTULO II**

**Marco Teórico**

- **Adolescencia** ..... 12
  - **Concepto** ..... 12
  - **Duración de la adolescencia** ..... 12
  - **Maduración y función de los órganos sexuales** ..... 12
  - **Características sexuales primarias** ..... 13
  - **Características sexuales secundarias** ..... 14
  - **Maduración temprana o tardía** ..... 15
  - **Etapas de la adolescencia** ..... 16
- **Salud sexual y reproductiva** ..... 18
  - **Concepto** ..... 18
  - **Embarazo saludable** ..... 19
- **Adolescencia y embarazo** .....19
  - **Antecedentes** .....19
  - **Factores de riesgo del embarazo en la adolescencia** .....20
  - **Prematuridad** .....23
  - **Recién nacido de bajo peso al nacer** ..... 25



Restricción del crecimiento intrauterino .....	26
• <b>Desarrollo prenatal</b> .....	28
Desarrollo embriológico .....	29
Malformaciones congénitas y adquiridas .....	31
• <b>Discapacidad relacionada con el embarazo</b> .....	32
Factores .....	32
Prevención de Discapacidades .....	34
 <b>CAPÍTULO III</b>	
• <b>Objetivo General</b> .....	35
• <b>Objetivos Específicos</b> .....	35
• <b>Plan de observación de campo</b> .....	35
Tipo y diseño general del estudio .....	35
Operacionalización de las variables .....	36
Universo, Muestra .....	40
Criterios de Inclusión.....	40
Criterios de Exclusión .....	40
Intervención propuesta: Programa Educativo .....	40
Procedimientos, instrumentos y control de calidad .....	42
Aspectos éticos .....	42
 <b>CAPÍTULO IV</b>	
Análisis de los cuadros estadísticos.....	43
Discusión.....	56
Conclusiones .....	58
Recomendaciones .....	60



## **BIBLIOGRAFÍA**

## **ANEXOS**

**Anexo 1: Solicitud**

**Anexo 2: Consentimiento**

**Anexo 3: Asentimiento**

**Anexo 4: Encuesta**

**Anexo 5: Programa Educativo**



**UNIVERSIDAD DE CUENCA.**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.**

**ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA.**

**ÁREA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA.**

**PROYECTO CERCA**

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS CÉSAR DÁVILA, UNE DEL AZUAY, INMACULADA, SOBRE DISCAPACIDADES EN LOS RECIÉN NACIDOS. CUENCA AÑO LECTIVO 2010 – 2011”**

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

**AUTORAS:**

**AGATHA CAROLINA BUSTILLOS BUSTILLOS**

**ANDREA ISABEL MORA INGA**

**PAULA SOLEDAD ORTEGA CHICA**

**DIRECTORA:**

**DRA. NANCY AUQUILLA DÍAZ**

**CUENCA-ECUADOR**

**2011**



## **RESPONSABILIDAD**

**Todos los criterios emitidos en el presente estudio son de absoluta responsabilidad de sus autoras.**

**Agatha Bustillos**

**Andrea Mora**

**Paula Ortega**



## DEDICATORIA

*Con mucho amor y cariño dedico todo mi esfuerzo y trabajo:*

*A mi padre por brindarme los recursos necesarios y siempre estar a mi lado aconsejándome y ayudarme a cumplir mis objetivos. A mi madre por hacer de mí una mejor persona a través de sus consejos, enseñanza y amor. A mis hermanos que me acompañaron a lo largo del camino, brindándome la fuerza necesaria para continuar.*

*A Renato por haber estado en los momentos difíciles y apoyarme cuando más lo necesitaba al darme palabras de aliento. Gracias.*

*Agatha Bustillos*



## DEDICATORIA

*A mi mami que es mi angelito y desde el cielo me ha sabido guiar: a mi padre y hermana que siempre me han apoyado para conseguir mis metas y que con su amor han hecho de mí una gran persona inculcándome valores y principios.*

*Andrea Mora*



**DEDICATORIA**

*A mi querida abuelita Pura que desde el cielo ha sido mi inspiración y fortaleza para seguir adelante, a mis padres Eddy - Lourdes mi hermana Claudia y a Marco que son mi pilar fundamental y apoyo para culminar con éxito esta etapa de mi vida.*

*Paula Ortega.*



AGRADECIMIENTO.

*A todos los catedráticos de la Escuela de la Tecnología Médica de la Universidad de Cuenca que con sus valiosos conocimientos supieron guiarnos a la culminación de nuestra carrera estudiantil.*

*Un agradecimiento especial a la Dra. Nancy Auguilla directora de la presente tesis por su gran aporte.*

*Las autoras.*



# CAPÍTULO 1



## 1.- INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el periodo de vida de todo ser humano, que se caracteriza por cambios en la esfera biológica, psicológica, espiritual, emocional y social, que le permitirán al individuo trascender a la vida adulta, con un proyecto de vida individualizado.

En este marco, en la actualidad se puede observar que esta etapa de transición es considerada de alta vulnerabilidad, por los riesgos que se pueden presentar. Este hecho ha motivado la atención de los diferentes estamentos de la sociedad y en la actualidad en el Ecuador se cuenta con el Código de la Niñez y Adolescencia, el Manual de Normas para la Atención Integral a Adolescentes, en los cuales se consagra el deber del Estado, la Sociedad y la Familia de Proteger a este grupo Etario.

La Salud Sexual y reproductiva de los y las Adolescentes se constituye una pieza fundamental en su desarrollo. Las Estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos refieren que en el año 1999 existieron 38.167 embarazos en adolescentes, los mismos que han registrado un marcado incremento para ubicarse en el año 2010 con 43912 casos. En el país existe un subregistro de las complicaciones del embarazo en la adolescencia tanto para la madre como para el niño, lo cual impide tener información concreta sobre este tema. Para el año 1990 se reportaron 82928 casos de complicaciones durante el embarazo de la población general, el mismo que presentó el mayor número para el año 2006 con 173150 casos, para el 2008 se reportan 65136 casos de complicaciones en la población general de embarazadas.

La falta de desarrollo biológico, el desconocimiento sobre el desarrollo del embarazo, sobre las necesidades nutricionales, el número de controles médicos adecuados y los cuidados propios durante esta etapa, convierten al embarazo en la adolescencia en un factor de riesgo para el desarrollo de discapacidades en el recién nacido.

Intervenir tempranamente este grupo es la recomendación de organismos dedicados a la salud como la OPS y OMS que enfatizan trabajar sobre todo con adolescentes medios (13-15 años), para apegados a lo que consagra la salud pública, realizar prevención primaria y reducir el riesgo de que se presente el problema de salud.

Tomando como premisa todo lo anteriormente expuesto, esta investigación pretende medir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los y las adolescente medios de los colegios



César Dávila Andrade, La Inmaculada y UNE del Azuay, sobre embarazo en la adolescencia y discapacidades en el recién nacido, realizar una intervención mediante la aplicación de talleres educativos y una posterior medición mediante la aplicación del Postest. Además se elaborará un Módulo sobre Prevención de Discapacidades, con énfasis en el tema del embarazo en la Adolescencia como factor de riesgo para las discapacidades, a ser entregado a los colegios en los cuales se realizará la investigación.



## 1.1.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El embarazo y la maternidad de adolescentes son hechos más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí.

*Ruoti plantea que “el embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea”.*<sup>1</sup>

*“En América Latina, la fecundidad adolescente no muestra una tendencia tan sistemática a la baja como en otros países del mundo. De hecho, en la región se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad, a nivel mundial esta tasa es inferior únicamente a la que se encuentra en África. América Latina es la región del mundo donde la mayor fracción del total de nacimientos son los de madres adolescentes.*

*Otra manera de mirar la magnitud del embarazo adolescente, es a través del porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas. Dentro de los países de la región Chile y Perú presentan el porcentaje más bajo, seguido por Bolivia, mientras que en Colombia, Ecuador y Venezuela, más del 20% de las adolescentes son madres o están embarazadas”.*<sup>2</sup>

*“En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa)”.*<sup>3</sup>

Las brechas por niveles de ingresos son también importantes. Por un lado, alrededor del 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres en Ecuador, mientras poco más del 10% de las adolescentes de mayor nivel de ingresos son madres o se embarazan. Así mismo, al analizar las tasas de fecundidad por área, se observa que la fecundidad adolescente en áreas rurales son 30% más altas que en áreas urbanas. ENDEMAIN 2005.<sup>4</sup>



En relación con el embarazo adolescente, según ENDEMAIN 2004, el 45% de adolescentes que se embarazaron, no estudiaban ni trabajaban.

Una investigación realizada por el MSP y el Encuentro Demográfico de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN 2004) menciona estadísticas alarmantes: la edad promedio de inicio de la vida sexual en la mujer es de 14 años y, en el hombre, es de 15 años, ocho de cada 10 embarazos adolescentes no son deseados; siete de cada 10 chicas apenas y terminan el 6to grado y, ocho de cada 10 menores no retoman sus estudios después de tener su hijo.

El Ministerio de Salud lleva a cabo el “Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes”. Jeanneth Campoverde, encargada de los programas de salud de la niñez y adolescencia de la Dirección de Salud del Azuay, explicó que la iniciativa busca reducir en 25 por ciento de embarazos en adolescentes hasta el 2011.

Para la experta, si se quiere reducir el número de embarazos en adolescentes, los padres deben involucrarse en la salud sexual y reproductiva de sus hijos. “Los padres deben hablar de sexualidad con sus hijas e hijos, pero debe aclararse que la sexualidad no es lo mismo que hablar de relaciones sexuales”.

En el Azuay, no se tienen datos exactos sobre los índices de embarazos en adolescentes. Se calcula que el 25 por ciento del total de los partos en diferentes hospitales del país corresponde a embarazadas adolescentes.

Según la encuesta demográfica y de salud materna e infantil, ENDEMAÍN, y el Ministerio de Salud, en el Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez; la tasa de fecundidad de adolescentes aumenta en un 30 por ciento en las zonas rurales en comparación con las urbanas. El 67 por ciento de las madres adolescentes fueron hijas de madres adolescentes. Únicamente el 13.5 por ciento de las adolescentes que tuvieron su primera relación sexual usaron algún método anticonceptivo. Según Campoverde, el 22 por ciento de los partos en el hospital regional Vicente Corral Moscoso corresponden a adolescentes embarazadas. Según registros del hospital en lo que va de Septiembre se han registrado 56 partos de mujeres menores de 18 años, lo que corresponde a dos partos diarios o uno cada diez horas.



En la investigación de la tesis “Embarazo y maternidad en la adolescencia” de la Maestría de Salud Integral del Adolescente, se investigaron los factores de riesgo del embarazo en adolescentes en dos colegios de mayor alumnado de la Provincia del Azuay, considerándose como el primer estudio de este problema, cuyos resultados nos indican que el embarazo en los 2 colegios se presentan con mayor frecuencia en la adolescencia media 16,34 + 1,23 años, edad de inicio de las relaciones sexuales 15,82+1,26 años.

La desinformación es la principal causa por la que los jóvenes adquieren la paternidad temprana. Por ejemplo, el 25% de los partos atendidos en la Maternidad Isidro Ayora en Quito son de parejas de entre 14 y 19 años, quienes señalaron no haberse informado sobre métodos anticonceptivos.<sup>5</sup>

El método más usado por la madre adolescente antes de su primer embarazo fue el método del ritmo (32.2%).

*“Se ha tomado datos de partos atendidos en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño desde el mes de Junio a Diciembre del 2004 que fueron 61 partos de los cuales 15 eran adolescentes lo que representa un 25, 59% de partos en adolescentes, en los meses de Enero a Junio del 2005 se atendieron 61 partos de estos 13 fueron adolescentes lo que representa un 21,31%, lo que se puede observar”.<sup>6</sup>*

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos derivan de 2 situaciones: Una de tipo biológica y la otra condicionada por factores psicosociales. En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general.

*“La maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, ya que existe inexperiencia en el cuidado de los niños, modelos parenterales inadecuados y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales”.<sup>7</sup>*

El 34.7% de las madres adolescentes tienen una actitud negativa sobre su embarazo; y el 44% de las madres adolescentes consideran que su embarazo frustró su desarrollo profesional; el



33% ve con pesimismo su vida futura y el 46% piensa que ellas no lograrán las metas que se habían propuesto en la vida.

Es difícil determinar con exactitud las razones del embarazo de las adolescentes. Las causas son múltiples y se relacionan entre sí. Por lo general, la información se obtiene ya ocurrido el embarazo y no puede confirmarse que los motivos que ellas señalan, sean los mismos que las condujeron a éste.

La OPS (1988) ha observado que sus causas son:

- Descenso de la edad de la menárca o primera menstruación
- Iniciación temprana de la actividad sexual
- Aumento del número de adolescentes sexualmente activas
- Periodo de adolescencia más prolongado

### **Los riesgos del Embarazo en la Adolescencia**

Debido a que la adolescente está todavía en desarrollo y crecimiento, es importante saber que la pelvis todavía está creciendo, asimismo el canal del parto no tiene el tamaño definitivo, por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas y tienen más problemas en los partos.

Se observa que el riesgo de presentar complicaciones está en relación con la edad materna, siendo mayor si la edad de la mujer embarazada es menor de 15 años (en la adolescencia temprana).

### **Posibles complicaciones**

#### **Complicaciones prenatales**

- Placenta previa
- Parto prematuro



- Anemia grave
- Toxemia
- Hipertensión inducida por el embarazo (Pre eclampsia).
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Complicaciones
- Embarazo pre término.
- Parto prolongado.

### **Complicaciones intraparto**

- Desproporción feto-pélvica (Sufrimiento fetal, atonía uterina).
- Mayor proporción de cesáreas (siendo inversamente proporcional a la edad materna).
- Recién nacido de bajo peso al nacer.

### **Complicaciones neonatales**

- Ictericia neonatal.
- Sépsis.
- Malformaciones congénitas (polidactilia, paladar hendido).
- Síndrome de dificultad respiratoria.
- Prematuridad.

En las embarazadas menores de 15 años el embarazo es de alto riesgo obstétrico. Este se relaciona con la pobreza, mala alimentación y mala salud antes del embarazo, a un inadecuado control prenatal, y no directamente con la edad materna.



## Los peligros maternos

Según la OMS, la mortalidad materna se define: como la muerte de una mujer durante el embarazo o 42 días después de éste.

Las principales causas de mortalidad materna son por:

- Hemorragia
- Hipertensión inducida por la gestación
- Infección producto de un embarazo
- Aborto practicado en malas condiciones
- Dificultades en el parto

Pero hay signos de alarma que pueden avisar para buscar ayuda:

Antes de las 20 semanas de gestación: Presión arterial por encima de las cifras habituales; sangramiento vaginal; dolor de cabeza persistente.

Después de las 20 semanas de gestación: convulsiones; hinchazón de piernas o pies o ambas; sangramiento vaginal; dolor abdominal intenso; dolor de cabeza persistente; infección de las vías urinarias; temperatura elevada; salida de líquidos o ruptura de la fuente. Estos síntomas pueden avisar de diferentes problemas.

## Complicaciones del embarazo

Durante siglos la presión arterial alta durante el embarazo (pre eclampsia) ha sido una de las causas de muerte de la madre, el feto o el recién nacido. Cuando viene acompañada de convulsiones ya se está en presencia de la eclampsia; en que el feto queda privado de oxígeno y la placenta se puede dañar o se separa.



Las mujeres que corren mayor riesgo de padecerla son: primerizas menores de 20 años, o mayores de 35; mujeres que padecen de hipertensión crónica; o que han padecido de ella en un embarazo anterior que no fuera el primero; con diabetes; o en un embarazo múltiple.

## 1.2.- JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es la etapa de desarrollo biopsicosocial, cultural y espiritual, que permite trascender desde la infancia dependiente hasta la madurez. El embarazo en la adolescencia conlleva a riesgos de diferente índole.

La maternidad en las adolescentes significa riesgo para su salud y la de su hijo desde su inicio, pues la mayoría de las veces son embarazos no deseados y por lo tanto, no acuden tempranamente a recibir atención prenatal. Las jóvenes que no alcanzan su plena madurez física y fisiológica, corren mayor riesgo de morir a causa de complicaciones del parto. Algunas complicaciones son más comunes a esta edad, los trastornos hipertensión del embarazo si no se tratan pueden provocar eclampsia, con frecuencia mortal. Son varios los autores que plantean que tanto el parto distócico como el índice de cesárea, resultan elevados en este grupo poblacional tan joven, lo asocian frecuentemente con la desproporción céfalo pélvico y las distocias del canal del parto, además las adolescentes no alcanzan el completo crecimiento y desarrollo de los órganos reproductores

Es necesario tener presente que debido a la falta de orientación en los jóvenes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal.

Los embarazos en adolescentes en su mayoría presentan riesgos en cuanto a pre-eclampsia, eclampsia, partos pre-término, productos pequeños para la edad gestacional, anemia, abortos, desproporción feto-pélvica y dificultades respiratorias en el recién nacido. Se sabe que el grupo de mayor riesgo es el de las adolescentes precoces (10-13 años), y que por lo general las tardías (17-19 años) durante el embarazo se comportan como adultas, quedando así las adolescentes intermedias (14-16 años) como grupo más representativo de esta etapa.



El nacimiento pre término puede hacer que el parto no sea un acontecimiento alegre sino que constituya el inicio de un camino de incertidumbre y problemas de salud, donde las limitaciones motoras, psíquicas, sensoriales o de otro tipo pueden estar presentes.

Existen diversos factores que contribuyen o están relacionados con el aumento del riesgo de tener embarazos no deseados, abortos, partos, que a esta edad pueden traer consecuencias adversas, aumentando la fecundidad, tales son: una relevante precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, la falta de información y de uso de los anticonceptivos, y un ambiente familiar inadecuado, así como la influencia del grupo social donde se desarrolla el adolescente.

Las patologías más frecuentes son, anemia, ruptura prematura de membranas, infecciones, pre eclampsia y desprendimiento prematuro de placenta.

No existen estudios desarrollados sobre el tema en los colegios: César Dávila Andrade, Inmaculada y UNE del Azuay, sobre la prevención de discapacidades a través de un correcto manejo del embarazo en adolescentes.

El presente estudio pretende determinar el nivel de conocimientos sobre Embarazo en la adolescencia y discapacidad; entre los y las adolescentes de los colegios: César Dávila Andrade, Inmaculada y UNE del Azuay, realizar la implementación de un programa educativo y realizar su posterior evaluación.

Esta investigación se enmarca dentro de los objetivos del proyecto CERCA “Salud Sexual y Reproductiva para 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 tiene previsto realizar una investigación de 4 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 la comunidad enmarcados 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).



# CAPÍTULO 2



## 2.-MARCO TEÓRICO

### 2.1 ADOLESCENCIA

#### 2.1.1 Concepto:

*“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años y que se divide en 2 fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años”.<sup>8</sup>*

*“La adolescencia es una etapa crucial de la vida del ser humano, en la que se producen profundos cambios físicos, psicológicos y sociales. Entre los cambios físicos, se encuentran el crecimiento corporal, el desarrollo sexual y el inicio de la capacidad reproductiva; entre los cambios psicológicos, se encuentran la necesidad de independencia que trae relaciones conflictivas con los padres, la búsqueda de su identidad, las contradicciones en las manifestaciones de la conducta y las fluctuaciones del estado de ánimo; entre los cambios sociales, se encuentran la tendencia a reunirse con grupos, la elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para el desempeño de esta ocupación que se convertirá en su proyecto de vida”.<sup>9</sup>*

#### 2.1.2 Duración de la adolescencia

Este periodo comprende entre el final de la infancia y el principio de la edad adulta. Suele comenzar a los 10 y 12 años, incluye la pubertad en la mujer y en el hombre respectivamente y termina a los 20 años.

#### 2.1.3 Maduración y funciones de los órganos sexuales

##### a) En el hombre:

Los principales órganos sexuales masculinos son el pene, escroto, testículos, próstata, vesículas seminales, epidídimo, glándulas de Cowper, uretra y conductos deferentes. Durante la adolescencia ocurren cambios importantes en esos órganos. Los testículos y el escroto comienzan a crecer con rapidez aproximadamente a la edad de 11 años y medio. Dicho crecimiento se vuelve bastante más rápido después de la edad de 13 años y medio para luego



hacerse más lento. Durante este periodo, los testículos aumentan su tamaño aproximadamente ocho veces su peso. El pene dobla su tamaño y su diámetro durante la adolescencia, con el crecimiento más rápido entre los 14 y 18 años.

#### **b) En la mujer:**

Los principales órganos sexuales internos femeninos son la vagina, las trompas de Falopio, el útero y los ovarios. Los órganos sexuales femeninos externos son la vulva, el clítoris, los labios mayores, los labios menores, el monte de venus y el vestíbulo, podemos mencionar también el himen que es el pliegue de tejido que cierra parcialmente la vagina de la mujer virgen.

En la pubertad, aumenta la longitud de la vagina, su cubierta mucosa se hace más gruesa y más elástica y cambia a un color más intenso. Las paredes internas de la vagina cambian su secreción de la reacción ácida en la adolescencia. Las glándulas de Bartolin empiezan a secretar sus fluidos.

Los labios mayores, prácticamente inexistentes en la niñez, se agrandan considerablemente durante la adolescencia al igual que los labios menores y el clítoris. El monte de venus se hace más prominente por el desarrollo de una almohadilla de grasa. El útero duplica su tamaño, mostrando un incremento lineal durante el período que va de los 10 a los 18 años. Los ovarios incrementan notoriamente su tamaño y peso, muestran un crecimiento bastante estable desde el nacimiento hasta los 8 años, cierta aceleración desde los 8 años hasta el momento de la ovulación (12 a 13 años) y un incremento muy rápido después de alcanzar la madurez sexual.

### **2.1.4 Características sexuales primarias**

Las características sexuales primarias son todas aquellas en el cual está la presencia de los órganos necesarios para la reproducción; como lo son:

#### **a) En hombres:**

- Testículos
- Pene



- Escroto
- Vesículas seminales
- Próstata

**b) En mujeres:**

- Ovarios
- Trompas de Falopio
- Útero
- Vagina

### **2.1.5 Características sexuales secundarias**

Las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores. Incluye el crecimiento de los senos en las mujeres y el ensanchamiento de los hombros en el varón, etc.

**a) En hombres:**

- Vello púbico
- Vello axilar
- Vello facial
- Cambios en la voz
- Cambios en la piel
- Ensanchamiento de los hombros
- Presencia del semen

**b) En mujeres:**

- Senos
- Vello púbico
- Vello axilar
- Cambios en la voz
- Cambios en la piel
- Ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis.
- Presencia de la menstruación.

**2.1.6 Maduración temprana o tardía:****a) En los varones**

Los varones que maduran rápido son equilibrados, calmados, amables, populares entre sus compañeros, presentan tendencias de liderazgo y son menos impulsivos que quienes maduran tarde. Existen aspectos a favor y en contra de ambas situaciones; a los muchachos les agrada madurar pronto y quienes lo hacen parecen beneficiarse en su autoestima, al ser más musculosos que los chicos que maduran tarde, son más fuertes y tienen mejor desempeño en los deportes y una imagen corporal más favorable.

**b) En las mujeres**

A las niñas no les gusta madurar pronto; por lo general son más felices si no maduran rápido, las niñas que maduran pronto tienden a ser menos sociables, expresivas y equilibradas, son más extrovertidas, tímidas y tienen una expresión negativa acerca de la menarquía.

**2.1.7 Etapas de la adolescencia****a) Adolescencia inicial o temprana desde los 10 a los 13 años:**



- **Cambios físicos:** Crecimiento desigual de huesos, músculos y órganos puede dar una apariencia algo torpe. Supone el inicio de la pubertad para la mayoría.
- **Fase cognitiva:** Pensamientos lógicos y tendencia a despreciar pensamientos imaginativos de la infancia. Capacidad para acumular grandes conocimientos y aplicar nuevos conceptos. Mayor interés para aprender habilidades de vida (cocinar, reparar).
- **Desarrollo moral:** Egocéntrico en general, aunque ya tiene conciencia. Comprende los conceptos lo que es justo y la negociación. No siempre se ve reflejada su capacidad moral en su comportamiento.
- **Concepto de sí mismo:** En gran medida influido por las relaciones con los miembros de su familia, profesores y cada vez más, por sus compañeros. Muchos niños tienden a imitar el estereotipo masculino. El auto-imagen de muchas niñas puede sufrir con la llegada de la pubertad.
- **Características psicológicas:** Mayor afán de hacer planes y cumplir con objetivos. Tendencia a ser desorganizados.
- **Relaciones con los padres:** Relación de afecto y dependencia de ambos padres. Deseo de participar más en decisiones que les afecta. Tendencia a discutir sobre tareas, deberes, y orden. Conflictos con hermanos.
- **Relaciones con los compañeros:** Eligen amigos con mismos gustos y aficiones. Niñas tienden a tener menos amigas más íntimas que niños. En esta etapa se forman pandillas de amigos que pueden excluir a otros niños.

#### b) **Adolescencia media desde los 14 hasta los 17 años:**

- **Cambios físicos:** Llegada de la pubertad con velocidad distinta dependiendo de cada adolescente. Aumento de apetito en épocas de crecimiento. Necesitan dormir más. Desarrollo de los órganos sexuales, cambios en la voz, posible olor corporal.



- **Fasecognitiva:** Desarrollo de nuevas capacidades para ver las cosas en términos relativos y abstractos y para pensar. Sentido de humor puede estar más centrado en la ironía y el sexo. Época de mayor conflicto con padres.
  - **Desarrollo moral:** Tendencia hacia el egocentrismo. Buscan la aprobación social de sus compañeros. Aunque entienden los conceptos relacionados con el orden social, a esta edad suelen cuestionar ciertos principios sociales, morales y/o éticos, a veces sobre todo los que tienen los padres.
  - **Concepto de sí mismo:** Depende de cómo aceptan los cambios que ocurren durante la pubertad. Tendencia a conformarse con estereotipos de hombre o mujer. Preocupación con problemas de peso, piel, altura y el aspecto físico en general.
  - **Características psicológicas:** Sufren cambios muy fuertes de humor y pueden pasar de la tristeza absoluta a la alegría desbordada en cuestión de horas, sin saber muy bien por qué.
  - **Relaciones con los padres:** Suele ser la etapa de mayor conflicto con los padres mientras buscan una identidad propia dentro de la familia más allá que la del niño o la niña de antes. Busca más compañía de sus compañeros. Rechaza a veces muestras de cariño, aunque las sigue necesitando. Deseo de tomar sus propias decisiones y rebelar contra las limitaciones de la disciplina de padres aunque la siguen necesitando.
  - **Relaciones con los compañeros:** Los cambios de la pubertad y cómo reaccionan los compañeros pueden condicionar las amistades. Mayor tendencia a compartir confidencialidades y formar grupos de 2 a 6 amigos. Se despierta el deseo sexual y algunos empiezan ya a formar parejas.
- c) **Adolescencia tardía desde los 17 hasta los 20 años:**
- **Cambios físicos:** Mayor homogeneidad entre sus compañeros porque la mayoría ya ha pasado por la pubertad y durante esta etapa llegan a su altura y peso de adulto.
  - **Fase cognitiva:** Mayor capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética sobre el presente y el futuro. Al poder entender y compartir mejor los acontecimientos que les



rodean y que ocurren más allá de su círculo social inmediato, pueden adoptar una nueva conciencia social.

- **Desarrollo moral:** Menos egocentrismo y mayor énfasis sobre valores abstractos y principios morales. Como el desarrollo emocional y el desarrollo cognitivo no van al mismo paso, es posible que los mismos adolescentes que reivindican ciertos valores, los violan a la vez. En este sentido es una etapa algo contradictoria.
- **Concepto de sí mismo:** Es la etapa en la que los adolescentes forman su propia identidad. Experimentan con distintos aspectos, papeles, valores, amigos, aficiones. Niñas con problemas de peso pueden tener tendencia a la depresión.
- **Características psicológicas:** Cierta vulnerabilidad ante posibles preocupaciones, depresiones y trastornos como la anorexia.
- **Relaciones con los padres:** Conforme se van avanzando por esta última etapa de la adolescencia, suele haber menos conflictos entre hijos y padres y mayor respeto porque los hijos ya pueden ver sus padres como individuos y comprender que sus opiniones se basan en ciertos valores y esto produce una mejoría en las relaciones familiares. Siguen discrepando con algunos límites impuestos por los padres (como dinero, tareas en casa, hora de llegar a casa, apariencia...), aunque la existencia de estos límites les beneficiarán mucho a largo plazo.
- **Relaciones con los compañeros:** Las amistades entre chicos y chicas empiezan a ser más frecuentes y la influencia de los amigos sigue siendo clave en el desarrollo personal de una identidad propia. Los amigos anti-sociales pueden aumentar un comportamiento antisocial en el adolescente.

## 2.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

### 2.2.1 Concepto

*“La Organización mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas*



*puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura”.*<sup>10</sup>

### **2.2.2 Embarazo Saludable**

Para tener un embarazo saludable y esperar la llegada del bebé sano, se debe planear el momento más oportuno y preparar las mejores condiciones, tomando en cuenta la salud física, emocional y afectiva de ambos progenitores y el derecho de los niños a ser recibidos en un ambiente seguro.

La edad más adecuada para embarazarse es entre 20 y 30 años, entre estas edades el cuerpo de la mujer está en óptimas condiciones para sostener un embarazo, el parto y la lactancia.

También es necesario realizar las consultas médicas mensualmente para tener más posibilidades de detectar y tratar a tiempo cualquier complicación y resolver dudas e inquietudes sobre el embarazo.

## **2.3 ADOLESCENCIA Y EMBARAZO**

El embarazo y la maternidad durante la adolescencia están asociados con significativos riesgos médicos y psicosociales, tanto para la madre como para el hijo siendo de mayor peligro cuando la gestación ocurre durante los primeros años de edad ginecológica (tiempo transcurrido luego de la menarquía).

### **2.3.1 Antecedentes:**

- Un alto porcentaje de las adolescentes de 15 a 19 años de edad ha tenido al menos una relación sexual.
- La experiencia sexual con el nivel de instrucción de la mujer bajo es mayor que las que tienen instrucción superior.



- Una de cada 5 adolescentes de 15 a 19 años ha tenido al menos un embarazo.

### **2.3.2 Factores de Riesgo del embarazo en la Adolescencia**

#### **a) Factores individuales**

- Abandono familiar (migración)
- Abandono escolar
- Bajo nivel educativo
- Falta de un proyecto de vida
- Baja autoestima
- Menarquía precoz
- Abuso de sustancias

#### **b) Factores Familiares**

- Familia disfuncional, conflicto familiar, migración
- Familia en crisis
- Pérdida de un familiar
- Enfermedad crónica de un familiar
- Madre con embarazo en la adolescencia
- Hermana adolescente embarazada

#### **c) Factores Sociales**

- Condición económica desfavorable



- Migración reciente
- Trabajo no calificado
- Ingreso precoz a la fuerza de trabajo
- Mitos y tabúes acerca de la sexualidad
- Marginación social

**d) Problemas Médicos comunes en la Adolescente Embarazada**

- Anemia
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Infecciones del tracto genitourinario
- Atención prenatal deficiente
- Aborto

**e) Problemas médicos comunes de los hijos de madres adolescentes**

- Prematurez y sus secuelas
- Bajo peso al nacimiento
- Traumatismo e intoxicación accidental
- Síndrome de muerte súbita del lactante
- Infecciones agudas menores

**f) Problemas Psicosociales comunes**

- Educación deficiente, fracaso escolar



- Oportunidades profesionales limitadas
- Inestabilidad conyugal (matrimonios forzados, divorcio)
- Madres solteras
- Abandono familiar
- Aislamiento social
- Depresión, estrés
- Pobreza
- Marginalidad

**g) Necesidades de las adolescentes**

- Educación, información, y orientación sobre Salud Sexual y Reproductiva
- Asesoramiento y protección contra la violencia, las relaciones sexuales forzadas o la coacción sexual.
- Acceso a servicios y programas para jóvenes.
- Motivación para ayudarlos a proponer las relaciones sexuales.
- Servicios médicos y atención sin prejuicios, brindada con calidad y calidez.
- Acceso informado a métodos anticonceptivos para protegerlos contra las ITS y los embarazos no deseados.
- Prevenir problemas de salud y muerte por complicaciones del embarazo.
- Información, apoyo y facilidad de acceso a la atención prenatal.
- Apoyo, información durante el parto y el alumbramiento.



- Asesoramiento para la lactancia materna y nutrición infantil.
- Ayudarlos a preparar su plan de vida.

### **2.3.3 Prematuridad.**

Es un bebé que nace antes de la trigésimo séptima semana de gestación.

#### **2.3.3.1 Causas, incidencia y factores de riesgo**

Al nacer, un bebé se clasifica como:

- Prematuro (de menos de 37 semanas de gestación)
- A término (de 37 a 42 semanas de gestación)
- Postérmino o posmaduro (nacido después de 42 semanas de gestación)

Factores que provocan un parto prematuro:

- Edad (menores de 16 y mayores de 35)
- Falta de cuidados prenatales
- Nivel socioeconómico bajo
- Consumo de tabaco, cocaína o anfetaminas

#### **2.3.3.2 Síntomas**

Los órganos de un bebé prematuro no están completamente desarrollados. El bebé necesita cuidados especiales en una sala de recién nacidos hasta que los sistemas orgánicos se hayan desarrollado lo suficiente como para mantenerlo con vida sin soporte médico. Esto puede tomar de semanas a meses.

Un bebé prematuro tendrá un peso al nacer más bajo que un bebé a término. Los signos físicos comunes de prematuridad pueden ser:



- Vello corporal (lanugo)
- Patrones respiratorios anormales (pausas irregulares y superficiales en la respiración llamadas apnea)
- Clítoris agrandado
- Problemas para respirar debido a los pulmones inmaduros ( síndrome de dificultad respiratoria neonatal) o neumonía
- Tono muscular bajo y menor actividad que los bebés a término
- Problemas para alimentarse debido a la dificultad para succionar o coordinar la deglución y la respiración
- Menos grasa corporal
- Escroto pequeño, liso sin pliegues y testículos sin descender
- Cartílago del oído suave y flexible
- Piel delgada, lisa, brillante, que a menudo es transparente (se pueden ver las venas bajo la piel)

### **2.3.3.3 Tratamiento**

Cuando se presenta el parto prematuro, la madre deberá ser atendida por un equipo médico especializado e bebés prematuros, por ejemplo, en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

### **2.3.3.4 Complicaciones**

Las complicaciones que pueden ocurrir con la madre y el niño pueden ser:

- Anemia
- Sangrado intracerebral ( hemorragia interventricular en neonatos) o daño a la sustancia blanca del cerebro (leucomalaciaperiventricular)



- Infección o sépsis neonatal
- Disminución en los niveles de azúcar en la sangre (hipoglucemia)
- Síndrome de dificultad respiratoria neonatal, acúmulo de aire en el tejido pulmonar (enfisema intersticial pulmonar), sangrado en los pulmones (hemorragia pulmonar)
- Ictericia del recién nacido
- Conducto arterial persistente
- Inflamación intestinal severa (enterocolitis necrosante)

### **2.3.3.5 Las posibles complicaciones a largo plazo abarcan:**

- Displasia broncopulmonar (DBP)
- Retraso en el crecimiento y desarrollo
- Retraso o discapacidad mental o física
- Retinopatía de la prematuridad, pérdida de la visión o ceguera

### **2.3.4 Recién nacido de bajo peso al nacer.**

Bajo peso al nacer es un término que se utiliza para describir a los bebés que nacen con un peso menor a los 2.500 gramos (5 libras, 8 onzas) y se clasifica como de muy bajo peso al nacer si no alcanza los 1500 gramos al nacimiento.

#### **2.3.4.1 Factores que pueden ocasionar bajo peso en un recién nacido**

El sólo hecho del nacimiento prematuro implica un bebé muy pequeño. Sin embargo, existen otros factores que también pueden contribuir al riesgo de tener bajo peso al nacer. Entre ellos tenemos:

- **La edad.**- Las madres adolescentes (especialmente las menores de 15 años) corren mayor riesgo de tener un bebé con bajo peso al nacer.



- **Los partos múltiples.-** Debido a que suelen ser prematuros, los bebés de partos múltiples corren mayor riesgo de tener bajo peso al nacer. Las estadísticas nos demuestran que más de la mitad de los mellizos y otros bebés múltiples nacen con bajo peso.
- **La salud de la madre.-** Los bebés de las madres que están expuestas a drogas ilícitas, alcohol y cigarrillos tienen más probabilidades de nacer con bajo peso. También es posible que las madres de bajo nivel socioeconómico tengan una nutrición insuficiente durante el embarazo, cuidados prenatales inadecuados y complicaciones en el embarazo, factores que pueden contribuir al bajo peso al nacer.

#### 2.3.4.2 Tratamiento para los recién nacidos con bajo peso

El tratamiento específico para el bajo peso al nacer será determinado por el médico basándose en lo siguiente:

- La edad gestacional del bebé, su estado general de salud y los antecedentes médicos.
- La tolerancia del bebé a ciertos medicamentos, procedimientos o terapias.

El cuidado de los bebés con bajo peso al nacer suele incluir:

- Cuidados en la UCIN
- Camas con control de temperatura
- Alimentación especial, en ocasiones con una sonda nasogástrica, si el bebé no puede succionar.

#### 2.3.5 Restricción del crecimiento intrauterino

Se refiere al crecimiento deficiente de un bebé mientras está en el útero. Específicamente, hace referencia a un feto cuyo peso está por debajo del percentil 10 para su edad gestacional.



### 2.3.5.1 Causas

Muchas circunstancias pueden llevar a que se presente una restricción del crecimiento intrauterino, entre estas tenemos:

Un feto puede no recibir nutrición suficiente debido a:

- Cardiopatía en la madre.
- Madres que residan en lugares con altitudes altas.
- Embarazos múltiples (gemelos, trillizos, etc.)
- Problemas en la placenta.
- Pre eclampsia o eclampsia.

Los factores de riesgo en la madre que pueden contribuir con la restricción del crecimiento intrauterino comprenden:

- Alcoholismo.
- Drogadicción.
- Cardiopatía o hipertensión arterial
- Desnutrición.
- Tabaquismo.

### 2.3.5.2 Síntomas

- Actualmente embarazada con la sensación de que el bebé no tiene el tamaño que debería tener
- Altura del fondo uterino menor de la que se espera para la edad gestacional

### 2.3.5.3 Tratamiento

La restricción del crecimiento intrauterino aumenta el riesgo de muerte intrauterina. Si se sospecha esta afección, se le hará un seguimiento detallado a la mujer embarazada con



algunas ecografías del embarazo para medir el crecimiento, los movimientos, la circulación y el líquido alrededor del bebé. También se realizará una cardiotocografía en reposo. Dependiendo de los resultados de estos exámenes, puede ser necesario inducir o no el parto.

#### 2.3.5.4 Complicaciones

Dependiendo de la causa específica, la restricción del crecimiento intrauterino incrementa el riesgo de diversas complicaciones del embarazo y del recién nacido. Los bebés pueden mostrar alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal durante el período de dilatación, requiriendo un parto por cesárea.

### 2.4 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, durante este periodo.

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

- a) **Periodo preembrionario:** va desde el momento de la fecundación (día 0) hasta el día 14 donde ha finalizado la implantación del cigoto.
- b) **Periodo embrionario:** va desde el día 14 en el que ha ocurrido la implantación hasta el final del 2º mes (8º semana), comprende todos los procesos de embriogénesis y organogénesis, el cigoto cambia el nombre por embrión, y al final del segundo mes todos los órganos ya están formados.
- c) **Periodo fetal:** va desde la novena semana o principios del tercer mes hasta la semana 40. Este periodo se caracteriza por el desarrollo de todos los órganos y el embrión se llama feto.



## 2.4.1 Desarrollo embriológico

### a) Primer trimestre

- Formación de estructuras de todos los órganos principales que se refinan más tarde.
- La cabeza es grande aproximadamente la mitad del cuerpo.
- Hay la función primitiva de algunos sistemas: cardiovascular, digestivo y urinario.
- Movimientos espontáneos de brazos, piernas y dedos.
- Diferenciación sexual.

### Anormalidades del primer trimestre

- Casi todas las malformaciones se dan especialmente entre la cuarta y octava semana.
- Defectos de la línea media (labio leporino y espina bífida).
- Defectos de la pared abdominal (onfalocele, gastroquisis).
- Otras anomalías (sindáctila, polidactilia).

### b) Segundo trimestre

- Desarrollo acelerado de miembros inferiores.
- La cabeza mide un cuarto del tamaño del feto.
- Aparecen glándulas de sudor, uñas, pelo.
- Los parpados están abiertos hacia el final de este trimestre.
- Aparecen papilas gustativas que son más abundantes que en el bebé o el adulto.
- Hay movimientos respiratorios fetales, pero los pulmones están inmaduros.



### **Anormalidades del segundo trimestre.**

- La mayoría de las anomalías fetales ocurren durante el primer trimestre, pero no son identificadas hasta el segundo trimestre.
- Las anomalías fetales espontáneas después del primer trimestre generalmente son menos severas y de tipo funcional (las anomalías estructurales ocurren en el primer semestre).

### **c) Tercer trimestre**

- El desarrollo cerebral de los hemisferios es acelerado y cubren casi toda la superficie cerebral hacia el final del trimestre.
- Arborización dendrítica y mielinización intensiva.
- La mayoría de los reflejos neonatales están presentes después del séptimo mes.
- El funcionamiento de todos los sistemas corporales se da hacia el final.

### **Anomalías del tercer trimestre.**

- Las lesiones cerebrales, anomalías fetales durante este trimestre son raras.
- El cerebro es la estructura más susceptible durante esta etapa.
- Los problemas del desarrollo que ocurren en esta etapa generalmente se asocian con hemorragias, trombos, anoxia o hipoxia.
- El nacimiento prematuro acorta la exposición a factores intrauterinos que ayudan a finalizar el desarrollo cerebral.
- La estructura y la función cerebral pueden verse alterados en los bebés que nacen prematuros dependiendo de la calidad del entorno extrauterino.
- La neuroconducta de los bebés prematuros casi siempre es diferente a los de los bebés de gestión completa, aún en la adolescencia.
- La exposición a drogas generalmente afecta el desarrollo cerebral.



## 2.4.2 Malformaciones congénitas y adquiridas:

Las malformaciones o anomalías congénitas son alteraciones, 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.

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

### 2.4.2.1 Clases:

- **Embriopatías:** patología del embrión, se considera una verdadera mal formación congénitas.
- **Fetopatías:** patología del feto, no es una verdadera mal formación congénita aunque esté presente en el momento del nacimiento.

### 2.4.2.2 Tipos de defectos congénitos

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

### 2.4.2.3 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 evitar su consumo hasta el final de la gestación.

Para evitar el riesgo de malformaciones se debe evitar tomar medicamentos sin la autorización de un médico o ginecólogo. Algunos, como la talidomida que puede 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 comer carne cruda para evitar la toxoplasmosis. Esta infección está causada por el parásito toxoplasma de Gondi que vive en algunos mamíferos, especialmente los gatos.

## **2.5 DISCAPACIDAD RELACIONADA CON EL EMBARAZO**

Existe una gran probabilidad de que los bebés nacidos de madres adolescentes tengan algún tipo de discapacidad, sea este producido durante el período de gestación o durante el momento del parto.

- Hay 50% más probabilidad de morir durante su primer año de vida que los bebés de madres de entre 20 y 40 años de edad.
- 80% más probabilidad de morir en los primeros cinco años de vida.
- 50-60% más probabilidad de complicaciones durante el embarazo.
- 50-60% más probabilidad que tu bebé nazca con bajo peso (menos de 2.500 gr.) o sea prematuro (antes de las 37 semanas de embarazo).

Si el bebé nace con bajo peso o prematuro corre el riesgo que sus órganos no estén totalmente desarrollados, lo que aumenta el peligro de discapacidades como: ceguera, sordera, trastornos respiratorios crónicos, dislexia, hiperactividad, parálisis cerebral, retraso mental y otras disfunciones psíquicas.



### 2.5.1 Factores

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

**a) Durante el periodo de gestación:**

- Inadecuada alimentación.
- 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.
- Temores en el momento del parto.
- Desconocimiento del grupo sanguíneo 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) En el momento del parto:**

- Depresión respiratoria y asfixia al nacer.
- APGAR menor 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.

**2.5.3 Prevención de Discapacidades**

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

Para prevenir discapacidades es importante:

**a) Buena alimentación:**

- Comer alimentos nutritivos.
- Consumir ácido fólico (vitamina B9) antes y durante el embarazo.
- Complementar la dieta con hierro y calcio.

**b) Buscar Atención médica:**

- Visitar antes y durante el embarazo a un médico.
- Mantenerse informado del peso y de la presión arterial.



- No olvidar en cada consulta pedir al médico u obstetra información sobre su estado de salud y del bebé.
- Cuidar de agresiones al bebé por nacer, protegerse de la contaminación.
- No consumir alcohol, drogas ni cigarrillo, no auto medicarse.



# CAPÍTULO 3



### **3.-OBJETIVOS:**

#### **3.1.- OBJETIVO GENERAL:**

Determinar conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes medios de los colegios Cesar Dávila Andrade, UNE del Azuay y la Inmaculada, sobre discapacidades en los recién nacidos.

#### **3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar a la población adolescente según edad, sexo, curso al que pertenece, procedencia, residencia e inicio de relaciones sexuales.
- Determinar el nivel de conocimientos de los y las adolescentes sobre embarazo en la adolescencia y discapacidades a través de una encuesta diseñada.
- Promocionar y motivar la prevención de discapacidades mediante la aplicación de un programa de Educación Sexual mediante 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 poscaps.
- Desarrollar un módulo didáctico para los y las adolescentes medios de los colegios César Dávila Andrade, UNE del Azuay y la Inmaculada con énfasis en la prevención de discapacidades, en los recién nacidos.

### **4.- PLAN DE OBSERVACIÓN DE CAMPO**

#### **4.1.-TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO:**

El presente estudio es de tipo “Descriptivo Cuasi Experimental”, a ser desarrollado en los colegios Cesar Dávila, la Inmaculada y UNE del Azuay durante el año lectivo 2010-2011.



#### 4.2.-OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	Tiempo	Años cumplidos	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	Masculino Femenino	Masculino Femenino
Residencia	Lugar donde se vive habitualmente	Urbana Rural	Urbana Rural	Urbana Rural
Pubertad	Involucra los aspectos biológicos de la adolescencia, aparecen los caracteres sexuales secundarios y se adquiere la capacidad de procrear	Biológica	Cambios puberales	Aparición del vello pubiano Aparición del vello 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
Espermarca	Es la primera eyaculación que se produce en el varón	Biológica	Primera eyaculación	Edad: 12-13 años
Primera relación sexual	Es el conjunto de comportamientos eróticos que realizan dos o más seres de distinto o mismo sexo que generalmente suele incluir uno o varios coitos	Biológica	Primera relación sexual	Adolescencia Temprana: 10-13  Adolescencia Media: 14-16
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



Conocimiento 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 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	Conocimientos sobre prevención	¿Conoces alguna forma de prevenir las discapacidades durante el embarazo?	Si-No



### **4.3.-UNIVERSO, MUESTRA:**

Para el presente estudio el universo estará integrado por todos los y las adolescentes medios que asisten a los colegios: César Dávila Andrade, la Inmaculada y UNE del Azuay . La muestra será propositiva por cuanto se estudiará a los y las adolescentes medios, de cada uno de los colegios.

En el colegio César Dávila Andrade la muestra estudiada es de 264. En el colegio la Inmaculada la muestra estudiada es de 69. En el colegio UNE del Azuay la muestra estudiada es de 108 alumnos.

### **4.4.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Para la participación en el presente estudio se tomará en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Todos los y las adolescentes medios de 14 a 17 años quienes bajo consentimiento informado firmando por sus padres o representantes y asentimiento informado firmado por los y las adolescentes quedeseen participar en el estudio y estén asistiendo regularmente a los colegios.

### **4.5.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Todos los estudiantes que no deseen participar en la investigación.

### **4.6.- 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.

### **TEMAS:**

Dentro del programa educativo los temas a tratar serán:

#### **4.6.2.1 Crecimiento y desarrollo:**

- Anatomía y fisiología de los órganos sexuales.
- Pubertad y adolescencia.

#### **4.6.2.2 Sexualidad:**

- Sexo, género y genitalidad.
- Relaciones sexuales.

#### **4.6.2.3 Adolescencia y embarazo**

- Discapacidad en recién nacidos.
- Causas y consecuencias.



## **5.- PROCEDIMIENTOS, INSTRUMENTOS, CONTROL DE CALIDAD**

1.- Solicitar el permiso respectivo a las autoridades del colegio para realizar la presente investigación.

Dra. Marieta Gallegos “Colegio la Inmaculada”

Lcdo. Rubén Darío Flores “Colegio Cesar Dávila Andrade”

Lcdo. Vicente Palacios “Colegio UNE del Azuay”

2.- Solicitud de consentimiento informado a los padres y asentimiento informado a los y las adolescentes.

### **5.1 INSTRUMENTOS.-**

Diseño y validación de una encuesta para determinar el nivel de conocimientos de los y las adolescentes. (Anexo 1)

Diseño de los talleres de educación sexual

Aplicación de la encuesta luego de la implementación del programa de educación sexual

### **5.2 ASPECTOS ÉTICOS:**

La presente investigación no representa ningún riesgo para los y las adolescentes. Se solicitará el respectivo consentimiento informado a los padres de familia y asentimiento informado a los y las adolescentes, además el presente protocolo será revisado por la comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas. (Anexo 2-3)



# CAPÍTULO 4



#### 4- ANÁLISIS DE LOS CUADROS ESTADÍSTICOS.

Para el presente estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes medios sobre discapacidades se entrevistaron a 441 estudiantes de los COLEGIOS CÉSAR DÁVILA, UNE DEL AZUAY, INMACULADA durante el año 2010-2011, encontrando lo siguiente:

##### 4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

- Población

**CUADRO No. 1**

**DISTRIBUCIÓN DE 441 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “CÉSAR DÁVILA, UNE DEL AZUAY, INMACULADA. SEGÚN NÚMERO DE ADOLESCENTES ENCUESTADOS. CUENCA SEPTIEMBRE 2011.**

COLEGIOS	No.	%
UNE del Azuay	108	24.5
Inmaculada	69	15.6
César Dávila	264	59.9
<b>TOTAL</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** Investigadoras.

El colegio César Dávila con el 59.9%, representó el de mayor población encuestado, hecho que fue determinado por el tipo de selección que fue realizada.

- Sexo

**CUADRO No. 2**

**DISTRIBUCIÓN DE 441 ADOLESCENTES MEDIOS SEGÚN EL SEXO DE LOS ENCUESTADOS. CUENCA SEPTIEMBRE 2011.**

SEXO	NO.	%
Hombre	295	66.9
Mujer	146	33.1
<b>TOTAL</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** Investigadoras.

El mayor porcentaje estuvo representado por los hombres. (66.9%).



- **Edad**

**CUADRO No. 3****DISTRIBUCIÓN DE 441 ADOLESCENTES MEDIOS, SEGÚN LA EDAD. CUENCA SEPTIEMBRE 2011.**

<b>EDAD</b>	<b>NO.</b>	<b>%</b>
14 años	128	29.0
15 años	215	48.8
16 años	96	21.8
17 años	1	0.2
18 años	1	0.2
<b>TOTAL</b>	441	100.0

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** Investigadoras.

Las edades de las adolescentes medios encuestadas fluctuó entre 14-18 años, siendo el grupo de 15 años, el de mayor porcentaje (48.8%)



## CUADRO No. 4

**DISTRIBUCIÓN DE 441 ADOLESCENTES MEDIOS, SEGÚN CONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PUBERALES. CUENCA SEPTIEMBRE 2011.**

CAMBIOS PUBERALES	PRECAPS		POSTCAPS	
	No.	%	No.	%
Crecimiento del busto, menstruación, vello púbico	84	19.0	68	15.4
Crecimiento del pene, cambio de voz, ensanchamiento de hombros.	123	27.9	114	25.9
Cambios de carácter, aumento de estatura, cambio de voz	39	8.8	75	17.0
Crecimiento del busto, ensanchamiento de cadera, menstruación.	39	8.8	52	11.8
Procreación, sueños húmedos, aparición de la barba.	4	0.9	8	1.8
Crecimiento del pene, aumento de estatura.	67	15.2	73	16.6
No responde.	85	19.3	51	11.6
<b>TOTAL</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** Investigadoras.

En el precaps el 19.3 % de los encuestados no respondió sobre el tema de los cambios puberales, luego de la intervención este porcentaje disminuyó al 11.6%, la mayoría de los ítems anotados en el precaps, aumentaron de porcentaje en el postcaps.



## CUADRO No. 5

**DISTRIBUCIÓN DE 441 ADOLESCENTES MEDIOS, SEGÚN SI CONOCÍAN EL TÉRMINO MENARCA. CUENCA SEPTIEMBRE 2011.**

<b>CONOCE QUÉ ES LA MENARCA</b>	<b>PRECAPS</b>		<b>POSTCAPS</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Si	54	12.2	388	88.0
No	381	86.4	52	11.8
No responde	6	1.4	1	.2
<b>TOTAL</b>	441	100.0	441	100.0

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** Investigadoras.

La menarca es el término utilizado para nombrar a la primera menstruación. En el precaps tan solo el 12.2 % lo conocía, en el postcaps este porcentaje se ubicó en el 88 %.



### CUADRO No. 6

#### DISTRIBUCIÓN DE 441 ADOLESCENTES MEDIOS, SEGÚN SI CONOCÍAN EL TÉRMINO ESPERMARCA. CUENCA SEPTIEMBRE 2011.

CONOCE QUÉ ES LA ESPERMARCA	PRECAPS		POSTCAPS	
	No.	%	No.	%
Si	67	15.2	404	91.6
No	370	83.9	35	7.9
No responde	4	0.9	2	.5
<b>TOTAL</b>	441	100.0	441	100.0

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** Investigadoras.

La espermarca es el término utilizado para nombrar a la primera eyaculación. En el precaps solo el 15.2 % lo conocía, en el postcaps este porcentaje ascendió al 91.6 %.



**CUADRO No. 7**

**DISTRIBUCIÓN DE 441 ADOLESCENTES MEDIOS, SEGÚN SU OPINIÓN SOBRE  
LOS TEMAS IMPORTANTES A SER CONOCIDOS PARA INICIAR RELACIONES  
SEXUALES. CUENCA SEPTIEMBRE 2011.**

TEMAS	PRECAPS				POSTCAPS			
	SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Conocer a mi pareja por un tiempo prudencial.	409	92.7	32	7.3	414	93.9	27	6.1
Platicar sobre la posibilidad de tener relaciones sexuales.	338	76.6	103	23.4	359	81.4	82	18.6
Saber si mi pareja tiene o ha tenido ETS	391	88.7	50	11.3	400	90.7	41	9.3
La fidelidad entre nosotros.	390	88.4	51	11.6	411	93.2	30	6.8
Que tengamos información sobre anticoncepción	395	89.6	46	10.4	411	93.2	30	6.8
<b>TOTAL</b>	441	100.0	441	100.0	441	100.0	441	100.0

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** Investigadoras.

El conocer a la pareja por un tiempo prudencial fue la opción escogida por el mayor porcentaje tanto en el precaps como en el postcaps, reforzando una vez más la importancia que brindan los y las adolescentes a este tema.



### CUADRO No. 8

#### DISTRIBUCIÓN DE 441 ADOLESCENTES MEDIOS, SEGÚN SI SE HA EMBARAZADO.: CUENCA SEPTIEMBRE 2011.

EMBARAZO ADOLESCENTE	NO.	%
Si	14	3.2
No	427	96.8
<b>TOTAL</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:**Encuesta.

**Autora:** Investigadoras.

14 adolescentes contestaron que se habían embarazado.

### CUADRO No. 9

#### DISTRIBUCIÓN DE 441 ADOLESCENTES MEDIOS, SEGÚN SU CONOCIMIENTO SOBRE COMO SE PRODUCE UN EMBARAZO. CUENCA SEPTIEMBRE 2011.

CÓMO SE PRODUCE UN EMBARAZO	PRECAPS		POSTCAPS	
	No.	%	No.	%
Relaciones sexuales.	276	62.6	320	72.6
Unión del óvulo y el espermatozoide.	97	22.0	108	24.5
No responde.	68	15.4	13	2.9
<b>TOTAL</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:**Encuesta.

**Autora:** Investigadoras.

El 15.4% de adolescentes no respondió esta pregunta en el precaps, porcentaje que disminuyó al 2.9% en el postcaps.



## CUADRO No. 10

## DISTRIBUCIÓN DE 441 ADOLESCENTES MEDIOS, SEGÚN LO QUE HARÍA SI SE EMBARAZARA. CUENCA SEPTIEMBRE 2011.

QUÉ HARÍAS SI TE EMBARAZARAS	PRECAPS				POSTCAPS			
	SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Busco ayuda profesional.	158	35.8	283	64.2	288	65.3	153	34.7
Aceptar.	227	51.5	214	48.5	314	71.2	127	28.8
Ocultar.	10	2.3	431	97.7	5	1.1	436	98.9
Abandonar.	5	1.1	436	98.9	17	3.9	424	96.1
Pedir ayuda y consejo.	215	48.8	226	51.2	314	71.2	127	28.8
Abortar	12	2.7	429	97.3	12	2.7	429	97.3
<b>TOTAL</b>	441	100.0	441	100.0	441	100.0	441	100.0

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** Investigadoras.

En lo relacionado a actitudes en el precaps el mayor porcentaje respondió que aceptaría el embarazo, en el postcaps subió al 71.2% esta respuesta, lo cual represento un ascenso del 30% en esta pregunta. El ítem ocultar disminuyo al 1.1 en el postcaps, el ítem aborto no presento variación.



## CUADRO No. 11

**DISTRIBUCIÓN DE 441 ADOLESCENTES MEDIOS, SEGÚN LOS CUIDADOS QUE NECESITA UN EMBARAZO. CUENCA SEPTIEMBRE 2011.**

QUÉ CUIDADOS NECESITA UN EMBARAZO	PRECAPS				POSTCAPS			
	SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Controles médicos	326	73.9	115	26.1	403	91.4	38	8.6
Adecuada alimentación	311	70.5	130	29.5	406	92.1	35	7.9
Evitar sustancias tóxicas	317	71.9	124	28.1	361	81.9	80	18.1
Ambiente adecuado	202	45.8	239	54.2	324	73.5	117	26.5
Apoyo	265	60.1	176	39.9	117	26.5	92	20.9
<b>TOTAL</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** Investigadoras

El ambiente adecuado fue el ítem que mayor ascenso presentó en el postcaps con el 27.7%, seguido por la adecuada alimentación.

## CUADRO No. 12

**DISTRIBUCIÓN DE 441 ADOLESCENTES MEDIOS, SEGÚN SI CONOCEN QUE ES UNA DISCAPACIDAD. CUENCA SEPTIEMBRE 2011.**

CONOCE QUÉ ES UNA DISCAPACIDAD	PRECAPS		POSTCAPS	
	No.	%	No.	%
Si	417	94.6	433	98.2
No	24	5.4	8	1.8
<b>TOTAL</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** Investigadoras.

Cabe recalcar que el 94.6% conocían que es una discapacidad, porcentaje que también se incrementó en el postcaps al 98.2%.



## CUADRO No. 13

**DISTRIBUCIÓN DE 441 ADOLESCENTES MEDIOS, SEGÚN SI CONOCEN LAS CAUSAS QUE PRODUCEN DISCAPACIDAD. CUENCA SEPTIEMBRE 2011.**

CAUSAS DE UNA DISCAPACIDAD	PRECAPS				POSTCAPS			
	SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Consumo de tabaco, alcohol y drogas	381	86.4	60	13.6	425	96.4	16	3.6
Automedicación	233	52.8	208	47.2	335	76.0	106	24.0
Embarazos no deseados ni planificados	100	22.7	341	77.3	229	51.9	212	48.1
Violencia hacia las mujeres embarazadas	250	56.7	191	43.3	362	82.1	79	17.9
Falta de controles médicos	203	46.0	238	54.0	316	71.7	125	28.3
Enfermedades de transmisión sexual	226	51.2	215	48.8	356	80.7	85	19.3
Embarazos en menores de 18 años	126	28.6	315	71.4	437	99.1	4	0.9
<b>TOTAL</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** Investigadoras

Según los adolescentes encuestados en el precaps el embarazo en la adolescencia no fue considerado como factor para la discapacidad en un 71.4%, este porcentaje disminuyó al 0.9% en el postcaps, cabe recalcar que existió una marcada disminución en los porcentajes de todos los ítems planteados en aproximadamente el 22%.



## CUADRO No. 14

**DISTRIBUCIÓN DE 441 ADOLESCENTES MEDIOS, SEGÚN SU OPINIÓN SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA DISCAPACIDAD EN UN NIÑO. CUENCA SEPTIEMBRE 2011.**

OPINIÓN SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA DISCAPACIDAD EN UN NIÑO	PRECAPS		POSTCAPS	
	No.	%	No.	%
No es aceptado en la sociedad	135	30.6	153	34.7
Problemas físicos	83	18.8	93	21.1
No realiza actividades	64	14.5	106	24.0
Maltratos físicos	5	1.1	19	4.3
Enfermedades	69	15.6	27	6.1
Dependencia	13	2.9	30	6.8
No responde	72	16.3	13	2.9
<b>TOTAL</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** Investigadoras

Según la opinión de los adolescentes, la no aceptación en la sociedad es una de las consecuencias que presenta un niño con discapacidad, seguida en porcentaje por los problemas físicos y enfermedades. En el postcaps estas opiniones son reforzadas.



## CUADRO No. 15

**DISTRIBUCIÓN DE 441 ADOLESCENTES MEDIOS, SEGÚN QUE HARÍA SI  
TUVIERA UN HIJO DISCAPACITADO. CUENCA SEPTIEMBRE 2011.**

QUÉ HARÍAS SI TUVIERAS UN HIJO DISCAPACITADO	PRECAPS				POSTCAPS			
	SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Busco ayuda.	388	88.0	53	12.0	400	90.7	41	9.3
Lo doy en adopción.	7	1.6	434	98.4	4	.9	437	99.1
Ignoro el problema.	95	21.5	346	78.5	115	26.1	326	73.9
Lo abandono.	3	0.7	438	99.3	3	0.7	438	99.3
<b>TOTAL</b>	441	100.0	441	100.0	441	100.0	441	100.0

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** Investigadoras

A la pregunta sobre la actitud de los adolescentes frente a un hijo con discapacidad, luego de la intervención existió un aumento en el porcentaje de las respuestas, buscar ayuda e ignorar el problema, la idea de la adopción disminuyó al 0.9%, sin embargo 3 adolescentes continuaron con la idea del abandono.

**CUADRO No. 16**

**DISTRIBUCIÓN DE 441 ADOLESCENTES MEDIOS, SEGÚN SU OPINIÓN SOBRE LAS FORMAS DE PREVENIR UNA DISCAPACIDAD. CUENCA SEPTIEMBRE 2011.**

PREVENIR DISCAPACIDADES DURANTE EL EMBARAZO.	PRECAPS		POSTCAPS	
	No.	%	No.	%
No ingerir alcohol, tabacos y drogas.	187	42.4	184	41.7
Acudir al médico. Buena alimentación, no consumir alcohol.	107	24.3	159	36.1
No automedicarse, no usar drogas, violencia familiar.	67	15.2	87	19.7
No responde.	80	18.1		
<b>TOTAL</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Encuesta.

**Autora:** Investigadoras

Según los encuestados en el precaps las opiniones se enfocaron al consumo de drogas como la causa más frecuente de discapacidad, el 18.1% no respondió. Luego de la intervención, se mantuvieron los mismos criterios pero en porcentajes mayores, lo significativo de esta pregunta fue que en el postcaps el 100% emitió su opinión.



## 4.2. DISCUSIÓN

*“En América Latina, la fecundidad adolescente no muestra una tendencia tan sistemática a la baja como en otros países del mundo. De hecho, en la región se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad, a nivel mundial esta tasa es inferior únicamente a la que se encuentra en África. América Latina es la región del mundo donde la mayor fracción del total de nacimientos son los de madres adolescentes.*

*Otra manera de mirar la magnitud del embarazo adolescente, es a través del porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas. Dentro de los países de la región Chile y Perú presentan el porcentaje más bajo, seguido por Bolivia, mientras que en Colombia, Ecuador y Venezuela, más del 20% de las adolescentes son madres o están embarazadas”.*<sup>2</sup>

Según los resultados de la encuesta el 9.58 % de las adolescentes refirió haber presentado embarazo, considerando además que la edad estuvo comprendida entre los 14 y 16 años. Constituyéndose en un porcentaje alto para la población estudiada, lo cual concuerda con las estadísticas nacionales e internacionales.

La presente investigación demuestra que los adolescentes inician su vida sexual activa a tempranas edades, lo cual corrobora los resultados del ENDEMAIN.

En la investigación de la tesis “Embarazo y maternidad en la adolescencia” de la Maestría de Salud Integral del Adolescente, se investigaron los factores de riesgo del embarazo en adolescentes en dos colegios de mayor alumnado de la Provincia del Azuay, considerándose como el primer estudio de este problema, cuyos resultados nos indican que el embarazo en los 2 colegios se presentan con mayor frecuencia en la adolescencia media 16,34 + 1,23 años, edad de inicio de las relaciones sexuales 15,82-+1,26 años. Este hecho fue corroborado por la presente investigación.

El 34.7% de las madres adolescentes tienen una actitud negativa sobre su embarazo; y el 44% de las madres adolescentes consideran que su embarazo frustró su desarrollo profesional; el 33% ve con pesimismo su vida futura y el 46% piensa que ellas no lograrán las metas que se habían propuesto en la vida.



Según la investigación realizada por la Fundación Holandesa Prenatal en la provincia de Imbabura, existió un desconocimiento sobre los factores de riesgo para las discapacidades, sobre todo en lo referente al consumo de drogas y violencia, nuestra investigación demostró también que los encuestados si bien mencionaron estos factores, lo hicieron en porcentajes menores. Esta realidad corrobora el estudio de esta Fundación sobre todo en lo referente a la escasa preparación preconcepcional de los y las adolescentes.



### 4.3. CONCLUSIONES

La presente investigación nos muestra la realidad de los/as adolescentes de los colegios Cesar Dávila Andrade, Inmaculada y UNE del Azuay, cuyas principales características son: habitan en sectores urbanos, son en su mayoría estudiantes de los décimos y cuartos años; Esto nos permitió investigar los conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la discapacidad en los recién nacidos y observar la falta de conocimiento sobre el tema para proveer orientación, información adecuada y correcta.

En términos generales indicamos lo siguiente:

- Que la investigación elevó el conocimiento, logrando una mayor asimilación y conciencia acerca de sexualidad, embarazo y discapacidad.
- La mayor población encuestada de acuerdo al tipo de metodología empleada fue la del Colegio César Dávila.
- El grupo de los 15 años representó el mayor porcentaje.
- Los y las adolescentes desconocían sobre los cambios puberales, los términos menarca y espermarca fueron desconocidos para el 86.4% y 83.9% respectivamente.
- Para este grupo Etareo es importante el conocimiento de su pareja previo al inicio de las relaciones sexuales, lo cual se contrapone con el pensamiento adulto céntrico que opina que a ellos no les importa este tema.
- El 9.58% de las adolescentes refirió haberse embarazado.
- El 15.4% desconocía como se produce un embarazo.
- En lo relacionado a actitudes la aceptación del embarazo presentó un aumento del 30% luego de la intervención educativa ubicándose en el 71.2%, el 1.1% respondió en el postcaps que no ocultaría el embarazo.
- El ambiente adecuado y la buena alimentación fueron escogidos como los requisitos más importantes para el desarrollo de un buen embarazo.
- Cabe recalcar que el 94.6% conocían que es una discapacidad, porcentaje que también se incrementó en el postcaps al 98.2%.
- Según los adolescentes encuestados el embarazo en la adolescencia no fue considerado como factor para la discapacidad en un 71.4%, este porcentaje disminuyó al 0.9% en el postcaps.



- Según la opinión de los adolescentes, la no aceptación en la sociedad es una de las consecuencias que presenta un niño con discapacidad, seguida en porcentaje por los problemas físicos y enfermedades.
- A la pregunta sobre la actitud de los adolescentes frente a un hijo con discapacidad, luego de la intervención existió un aumento en el porcentaje de las respuestas, buscar ayuda e ignorar el problema, la idea de la adopción disminuyó al 0.9%, 3 adolescentes continuaron con la idea del abandono.
- Según los encuestados en el precaps las opiniones se enfocaron al consumo de drogas como la causa más frecuente de discapacidad, el 18.1% no respondió. Luego de la intervención, e mantuvieron los mismos criterios pero en porcentajes mayores, lo significativo de esta pregunta fue que en el postcaps el 100% emitió su opinión.
- Luego de la aplicación de la encuesta inicial, se diseñó y aplicó un Programa de Intervención Educativa con énfasis en educación Sexual y Prevención de Discapacidades. Luego de aplicadas las encuestas postcaps los ítems presentaron variaciones significativas en las respuestas, demostrando que la intervención mejoró sus conocimientos, actitudes y esperemos en el futuro seas reforzadas mas actitudes y prácticas.
- La Educación continúa siendo la mejor herramienta para llegar a los y las adolescentes.
- Diseñar un Programa educativo para adolescentes, basado en las necesidades de cada población, nos permitió un acercamiento a ellos, conocer sus inquietudes y satisfacer sus dudas.



#### 4.4. RECOMENDACIONES

- 1.- La educación Sexual, libre de mitos, prejuicios y con personal capacitado es una necesidad latente en nuestro medio, sentida en especial por los y las adolescentes, por lo tanto este tema debería ser abordado sobre todo en esta etapa para que los y las adolescentes puedan disfrutar plenamente su sexualidad, sin temores, miedos o tabúes.
- 2.- Sería conveniente que los y las adolescentes participen activamente en el diseño de programas y proyectos sobre Educación Sexual, para que estos estén basados en sus necesidades.
3. Un oportuna y adecuada información, puede ser un factor protector para disminuir el embarazo en la adolescencia y todas sus consecuencias.
- 4.- Abordar el tema de la discapacidades con este grupo Etareo, nos permitió concientizar sobre la importancia de este tema. Las instituciones educativas deberían continuar trabajando estos aspectos.
- 5.- Recomendamos el uso del material didáctico diseñado, el mismo que podrá ser utilizado por padres de familia, profesores y estudiantes.



## BIBLIOGRAFÍA

### Bibliografía citada:

<sup>1</sup>Ruoti M, Ruoti A, et al. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Asunción, 1992.

<sup>2</sup> CELADE (2004). *Boletín Demográfico 68. América Latina y Caribe: Fecundidad 1950-2050*. Santiago de Chile; Encuestas DHS; Guzmán, J.M. et al.(2001). *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*. México; Guzmán, J.M. et al. (2006). “La démographie de l’Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950”. *Population*. Vol. 61. Núm. 5-6. France. INED.

<sup>3</sup> Las tasas de fecundidad se obtuvieron de las siguientes fuentes: CELADE (2004). *Boletín Demográfico 68. América Latina y Caribe: Fecundidad 1950-2050*. Santiago de Chile; Encuestas DHS; Guzmán, J.M. et al. (2001). *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*. México; Guzmán, J.M. et al. (2006). “La démographie de l’Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950”. *Population*. Vol. 61. Núm. 5-6. France. INED.

<sup>4</sup> Encuestas DHS para Bolivia, Colombia y Perú; Rodríguez (2005) para Chile; ENDEMAIN para Ecuador. ENDEMAIN 2005

<sup>5</sup><http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/de-cuatro-embarazadas-una-es-adolescente-215102-215102.html>. Consultado en agosto del 2010.

<sup>6</sup> Llanes Rodríguez Alberto A, Quevedo Arnaiz Nurys V, Ferrer Herrera Ismael, de la Paz Carmona Alina, Sardiñas Montes de Oca Odalys. Embarazo en la adolescencia. Intervención educativa. AMC [revista en la Internet]. 2009. Consultado en agosto del 2010 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>

<sup>7</sup> Cervantes Bergazo R. Aspectos biológicos del embarazo precoz. Lima: UNICEF/Consortio mujer.1993:191-8.

<sup>8</sup> Pineda Pérez S, Aliño Santiago M. Capítulo I. El concepto de adolescencia. Consultado julio de 2010. Disponible en: [http://aps.sld.cu/bvs/materiales/manual\\_practica/CapituloI.pdf](http://aps.sld.cu/bvs/materiales/manual_practica/CapituloI.pdf)



<sup>9</sup> Domínguez Ayllón Y. Adolescencia-salud. [Consultado septiembre del 2010]. Disponible en: [http://aps.sld.cu/bvs/materiales/manual\\_practica/CapituloI.pdf](http://aps.sld.cu/bvs/materiales/manual_practica/CapituloI.pdf)

<sup>10</sup> Salud Reproductiva. Consultado en septiembre del 2010. Disponible en: [http://www.icmer.org/RHO/html/definition\\_.htm](http://www.icmer.org/RHO/html/definition_.htm)

### **Bibliografía consultada:**

- A. MANRIQUE, Riscarle, RIVERO, Airlen, ORTUNIO, Magaly *et al.* Parto pre término en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez.* [Online]. Sep. 2008, vol.68, no.3 [citado 05 Octubre 2010], p.141-143. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.scielo.org.ve/scielo>.
- B. Arcos Griffiths E, Alberdi Lag M, Molina Díaz C, UaracUarac M. Madres adolescentes solteras, relaciones familiares y desarrollo psicomotor del hijo. *RevChilCiencMedBiol* 1996;-6(2):87-92.
- C. Papalia, Diane. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Editorial Mc Graw Hill 3ra. Edición. Pág. 608-613. 1990
- D. Papalia, Diane. Psicología del desarrollo. Editorial Mc Graw Hill 7ma. Edición, Pág. 532-540; 601-608. 1990
- E. Peláez Mendoza Jorge. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. [citado 2010 Ago 02]; 34(2): Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.
- F. Salud y derechos reproductivos. Disponible en: <http://www.unfpa.org.ec>
- G. Salud sexual y reproductiva. Disponible en: <http://www.aprofe.org.ec>
- H. Obstetriz Elsa Racines. Embarazo en la Adolescencia. Disponible en: <http://www.aprofe.org.ec>
- I. Placenta previa, Hipertensión inducida por el embarazo (Pre eclampsia). Prematuridad, Restricción del crecimiento intrauterina Embarazo en la



adolescencia Versión en inglés revisada por: Linda Vorvick, MD, Family Physician, Seattle Site Coordinator, Lecturer, Pathophysiology, MEDEX Northwest Division of Physician Assistant Studies, University of Washington School of Medicine; and Susan Storck, MD, FACOG, Chief, Eastside Department of Obstetrics and Gynecology, Group Health Cooperative of Puget Sound, Redmond, Washington; Clinical Teaching Faculty, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Washington School of Medicine. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., Inc. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>

- J. Juan Castañeda Crisolg, Recién nacido de bajo peso. Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Profesional de Medicina. Trujillo-Perú 2008. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos62/neonatos-bajo-peso/neonatos-bajo-peso2.shtml>
- K. Malformaciones congénitas 2001; 16(1): [23 páginas]. Disponible en: URL: <http://www.universitaria.cl/libros/malformaciones>, Consultado Julio 2010.
- L. CONGÉNITAS Y OTRAS ENFERMEDADES GENÉTICAS 2001. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(3):233-40 Disponible en: <http://scielo.sld.cu>. Consultado Julio 2010.



# ANEXOS



*Anexo 1*



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

Cuenca,.....

Sr. /ra

Rector del colegio

Ciudad

De nuestras consideraciones:

Nosotros, Agatha Bustillos Bustillos, Andrea Mora Inga, y Paula Ortega Chica, 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 MÓDULO DIDÁCTICO SOBRE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES EN LOS RECIÉN NACIDOS. COLEGIOS CÉSAR DÁVILA, UNE DEL AZUAY, INMACULADA. AÑO LECTIVO 2010 - 2011**

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 molestia brindada.

Atentamente,

Lcda. Silvia Sempértegui León  
DIRECTORA ESCUELA DE  
TECNOLOGIA MEDICA

Dra. Nancy Auquilla Díaz  
DIRECTORA DEL PROYECTO DE TESIS



Anexo 2



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE

**PADRES Y/O MADRES DE FAMILIA, O REPRESENTANTE LEGAL**

Nosotras, Agatha Bustillos B., Andrea Mora I. y Paula Ortega Chica estudiantes de la Escuela de Tecnología Médica, estamos por realizar nuestro proyecto de tesis:

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS SOBRE CÉSAR DÁVILA, UNE DEL AZUAY, INMACULADA, SOBRE DISCAPACIDADES EN LOS RECIEN NACIDOS CUENCA AÑO LECTIVO 2010 – 2011**, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre este tema, para lo cual se aplicará encuestas iniciales llamadas Pre Caps y una encuesta posterior llama Post Caps y la aplicación de talleres didácticos sobre discapacidades en los recién nacidos. 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 3



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
ASENTIMIENTO INFORMADO DEL/LA ADOLESCENTE

Nosotras, Agatha Bustillos B., Andrea Mora I. y Paula Ortega Chica estudiantes de la Escuela de Tecnología Médica, estamos por realizar nuestro proyecto de tesis con el tema:

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS SOBRE CÉSAR DÁVILA, UNE DEL AZUAY, INMACULADA, SOBRE DISCAPACIDADES EN LOS RECIEN NACIDOS CUENCA AÑO LECTIVO 2010 – 2011**, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre este tema, para lo cual se aplicará encuestas iniciales llamadas Pre CAPS y una encuesta posterior llama Post CAPs y la aplicación de talleres didácticos sobre discapacidades en los recién nacidos. 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 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 4*

UNIVERSIDAD DE CUENCA – FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
 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 RECIÉN NACIDOS.**

**ELABORACIÓN DE MÓDULO DIDÁCTICO SOBRE PREVENCIÓN DE  
 DISCAPACIDADES EN LOS RECIÉN NACIDOS. COLEGIOS CÉSAR DÁVILA,  
 UNE DEL AZUAY, INMACULADA. AÑO LECTIVO 2010 - 2011**

FORMULARIO N.....

Datos generales:

Edad..... Años

Sexo: F.....M.....

Residencia: Urbana.....Rural.....

**1.- Anota tres cambios que te ocurrieron en la pubertad.**

**2.- ¿Sabes qué es la menarca? Si--- No---**

**3.- ¿Sabes qué es la espermarca? Si--- No---**

**4.- 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	



5.- ¿Te has embarazado? Si---

No----

6.- ¿Cómo se produce un embarazo?

7.- ¿Qué harías si te embarazaras?

- Busco ayuda profesional.
- Aceptar
- Ocultar
- Abandonar
- Pedir ayuda y consejo
- Abortar.

8.- ¿Qué cuidados necesita un embarazo?

- Controles médicos óptimos.
- Adecuada alimentación.
- Evitar sustancias tóxicas. (Alcohol, cigarrillo, drogas, etc.)
- Ambiente adecuado
- Apoyo

9.- ¿Sabes qué es una discapacidad? Si---

No----

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

11.- ¿Qué consecuencias tiene el niño con discapacidad?

- 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.

12.- ¿Qué harías si tuvieras un hijo discapacitado?

- Busco ayuda (hospitales, instituciones especiales, etc.)
- Lo doy en adopción.
- Ignoro el problema.
- Lo abandono.

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



# ***PROGRAMA EDUCATIVO***

**SEXUALIDAD.  
ADOLESCENCIA.  
PREVENCIÓN DE  
DISCAPACIDADES.**



Proyecto CERCA “Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes enmarcados en la comunidad”.

Coordinadora del Proyecto: Dra. Nancy Auquilla.

**AUTORAS:**

Agatha Bustillos Bustillos.

Paula Ortega Chica.

Andrea Mora Inga.

CUENCA - 2011



## PROYECTO CERCA

Esta investigación se enmarca dentro de los objetivos del proyecto CERCA “Salud Sexual y Reproductiva para 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 tiene previsto realizar una investigación de 4 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 la comunidad enmarcada y tendiente 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 vida de todo ser humano, que se caracteriza por cambios en la esfera biológica, psicológica, espiritual, emocional y social, que le permitirán al individuo trascender a la vida adulta, con un proyecto de vida individualizado.

En este marco, en la actualidad se puede observar que esta etapa de transición es considerada de alta vulnerabilidad, por los riesgos que se pueden presentar. Este hecho ha motivado la atención de los diferentes estamentos de la sociedad y en la actualidad en el Ecuador se cuenta con el Código de la Niñez y Adolescencia, el Manual de Normas para la Atención Integral a Adolescentes, en los cuales se consagra el deber del Estado, la Sociedad y la Familia de Proteger a este grupo Etario.

La Salud Sexual y reproductiva de los y las Adolescentes se constituye una pieza fundamental en su desarrollo. Las Estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos refieren que en el año 1999 existieron 38.167 embarazos en adolescentes, los mismos que han registrado un marcado incremento para ubicarse en el año 2010 con 43912 casos. En el país existe un subregistro de las complicaciones del embarazo en la adolescencia tanto para la madre como para el niño, lo cual impide tener información concreta sobre este tema. Para el año 1990 se reportaron 82928 casos de complicaciones durante el embarazo de la población general, el mismo que presentó el mayor número para el año 2006 con 173150 casos, para el 2008 se reportan 65136 casos de complicaciones en la población general de embarazadas.

La falta de desarrollo biológico, el desconocimiento sobre el desarrollo del embarazo, sobre las necesidades nutricionales, el número de controles médicos adecuados y los cuidados propios durante esta etapa, convierten al embarazo en la adolescencia en un factor de riesgo para el desarrollo de discapacidades en el recién nacido.

Intervenir tempranamente este grupo es la recomendación de organismos dedicados a la salud como la OPS y OMS que enfatizan trabajar sobre todo con adolescentes medios (13-15 años), para apegados a lo que consagra la salud pública, realizar prevención primaria y reducir el riesgo de que se presente el problema de salud.

Tomando como premisa todo lo anteriormente expuesto, este programa pretende medir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los y las adolescente medios de los colegios

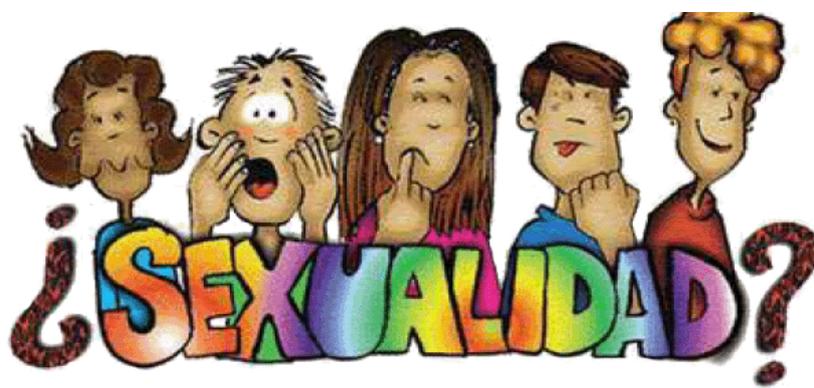


Cesar Dávila Andrade, La Inmaculada y UNE del Azuay, sobre embarazo en la adolescencia y discapacidades en el recién nacido.

## INFORMACIÓN BÁSICA PARA DOCENTES, ALUMNOS Y PADRES DE FAMILIA.

### TEMA 1

#### SEXUALIDAD Y ETAPAS DEL CICLO VITAL.



Durante mucho tiempo se pensó que la sexualidad aparecía de repente con la pubertad. Ahora, sabemos que la sexualidad es la manifestación biológica, psicológica y social que surge desde el nacimiento y acompaña al hombre y a la mujer hasta la muerte.

Durante los primeros meses de vida, la mayor parte de las experiencias sensoriales del niño/niña ocurren gracias al contacto físico con su madre.

La educación sexual adquiere gran importancia durante la adolescencia, pues facilita a los jóvenes desarrollar una actitud sana y positiva hacia su cuerpo y su sexualidad. En esta edad son frecuentes las preocupaciones en torno al desarrollo corporal, especialmente si éste se produce muy pronto o muy tarde. Asimismo, una adecuada educación sexual contribuye a evitar embarazos no deseados y la transmisión de enfermedades sexuales.

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano, la cual se caracteriza por profundos cambios del desarrollo biológico, psicológico y social.



La adolescencia se divide en tres etapas:

- Pubertad: entre 12 y 14 años.
- Adolescencia media: entre 15 y 16 años
- Adolescencia tardía: entre 17 y 20 años



Las características de cada etapa pueden variar de un sujeto a otro.

*“La adolescencia es un período primordialmente de duelos. Se produce la pérdida del cuerpo infantil, de los padres de la infancia. Durante esta etapa el adolescente lucha por la construcción de su realidad psíquica, por la reconstrucción de sus vínculos con el mundo exterior, y por su identidad”.<sup>1</sup>*

La actividad hormonal produce ciertas manifestaciones en la pubertad. Este cambio hormonal también afecta el funcionamiento del sistema nervioso central, afectando factores como el humor y el comportamiento.

Generalmente las chicas inician la pubertad dos años antes que los varones, pueden empezar a salir con chicos y mantener relaciones sexuales a una edad más temprana. Los chicos, por su parte, suelen sufrir erecciones frecuentemente debido a que responden con rapidez a varios estímulos.

La adolescencia es un periodo donde se activa la energía sexual, que permaneció latente durante la niñez. La manera en la que los adolescentes responden a esta urgencia es principalmente con la masturbación, ya que es un modo seguro de satisfacer los impulsos sexuales. En la adolescencia media es frecuente que existan respuestas sexuales y experimentación con distintos roles sexuales. La masturbación se convierte en una actividad normal, tanto para las chicas, como para los chicos. Es común que se produzcan enamoramientos desorbitados hacia personas del otro sexo, generalmente inalcanzables. También es posible que en la adolescencia media se tengan relaciones homosexuales, pero en forma transitoria. Los estudios estadísticos indican que la mayoría de los adolescentes se inician en las relaciones sexuales aproximadamente a los 16 años.

En la adolescencia se produce el duelo de la identidad lo que provoca una lucha por la misma. Se entiende la identidad como el ser uno mismo en tiempo y espacio, en relación con los demás y con uno mismo. Es el sentimiento de seguridad sobre sí mismo. La confusión de la



identidad, lo cual es característica de la adolescencia, se refiere a la imposibilidad de desarrollar una idea de sí mismo coherente. Parte de la resolución de la crisis de identidad consiste en pasar de ser dependiente a ser independiente. Es frecuente que los padres y sus hijos adolescentes discutan sobre la elección de amigos, pandillas, planes de estudio y temas relacionados con la filosofía, modo en que los adolescentes van afianzando su propia identidad.

Los adolescentes muestran una destacada creatividad, que expresan por medio de la música, el arte y la poesía. La creatividad también puede expresarse en el deporte, y en el mundo de las ideas, discutiendo, reflexionando, por ejemplo, sobre moral, religión, ética, labores humanitarias. El escribir en un diario personal es otra manifestación de la creatividad en éste periodo.



El adolescente intenta ser libre, pero todavía depende de sus padres y se siente muy ligado a ellos. Suelen verse a través de los ojos de sus compañeros, y su autoestima puede sentirse disminuida ante cualquier desviación en su apariencia física, en el código de la ropa o de conducta.

En la adolescencia media, el desarrollo físico ha concluido, y falta realizar la integración con la sociedad. En éste momento los adolescentes tiene fuerza personal y no solo grupal.

Cuando el adolescente comienza a sentirse independiente de su familia, y ésta lo apoya, empiezan a encontrarse repuestas a preguntas como "¿Quién soy?" y "¿A dónde voy?".

En la adolescencia tardía, se produce la elección de la profesión, la cual es consecuencia de la pregunta de "¿Hacia dónde voy?". Los adolescentes tienen que tratar con la influencia de sus compañeros, padres, profesores y sus propios deseos, para decidir su vocación.

El final de la adolescencia se produce cuando el sujeto empieza a desarrollar y asumir tareas propias del adulto joven, como por ejemplo, la elección y responsabilidad de un trabajo, el desarrollo del sentido de intimidad (que más tarde va a conducir a la constitución del matrimonio y la paternidad). Se produce el reconocimiento del sí mismo como un ser adulto.



## ACTIVIDADES

- 1.- ¿Qué es la sexualidad?
- 2.- ¿Cuáles son las etapas de la adolescencia?
- 3.- Indique las características de cada etapa de la adolescencia.
- 4.- ¿Cómo se inicia la pubertad en los chicos/as?
- 5.- ¿Qué es la identidad?

### TEMA 2.

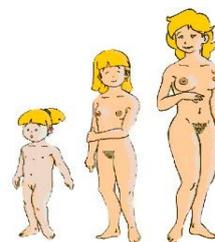
### PUBERTAD



La pubertad es la adquisición de la capacidad física para la reproducción, y se produce como resultado de la actuación de varias hormonas sobre el cerebro y el cuerpo. Este período se caracteriza no sólo por una serie de transformaciones físicas, sino que además conlleva ciertos cambios psicológicos, sociales y ambientales que tienen lugar hasta que el individuo alcanza la edad adulta.

#### CAMBIOS EN LA MUJER:

- Se destacan los pezones
- Crece el vello púbico
- Los genitales se engrosan y oscurecen
- Las caderas se ensanchan





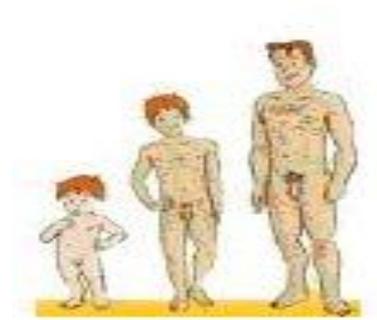
- Menarquía (primera menstruación)
- Aumenta el vello en los brazos
- La piel se vuelve más grasa
- Aumenta el peso y la altura
- Aumenta el sudor
- Rostro más lleno
- Posible acné (debido a las hormonas)
- Los brazos engordan
- Aparece el vello en las axilas
- Los muslos y las nalgas engordan
- Crece el vello en las piernas
- Se inicia la capacidad reproductora

### Ciclo menstrual.

El ciclo menstrual es un conjunto de modificaciones del ovario y de los órganos genitales que se repiten regularmente para preparar el organismo ante un eventual embarazo. La primera menstruación de la mujer o menarquía, supone el inicio de la ovulación, es decir, la liberación de un óvulo maduro desde el ovario una vez al mes.

### CAMBIOS EN LOS HOMBRES

- Espermarca (primera eyaculación)
- Aparece vello facial (bigote y barba)
- Posible acné (debido a las hormonas)
- La voz falla y se hace más grave
- Los hombros se ensanchan
- Aparece el vello púbico
- Crece el vello en el pecho y la espalda
- El cuerpo transpira más
- Aparece el vello en las axilas
- Los testículos y el pene aumentan de tamaño
- El cabello y la piel se vuelven más grasos





- Aumenta el peso y la altura
- Las manos y los pies aumentan de tamaño
- Aumenta el vello en los brazos
- Crece el vello en las piernas
- Se inicia la capacidad reproductora

## Erección y eyaculación

La producción de espermatozoides ocurre dentro de los testículos en unos tubos muy delgados que se encuentran plegados (unidos). Para que puedan salir deben recorrer un largo camino. Los espermatozoides se desplazan por un conducto que llega primero a las vesículas seminales y después a la próstata. En estos dos órganos se agregan algunas sustancias que favorecen su movilidad, formando un líquido espeso, de color blanco, llamado semen. Para que pueda salir el semen, el pene aumenta de tamaño y se pone duro. A esto se le llama tener una erección.

Cuando el aparato sexual madura las erecciones ocurren con mayor frecuencia, durante más tiempo y pueden terminar con la salida del semen, lo cual se acompaña de una sensación placentera llamada orgasmo. A la expulsión de semen a través del pene se le llama eyaculación.

Es frecuente que las primeras veces que un adolescente eyacula lo haga mientras está dormido; por eso a este tipo de eyaculaciones se les conoce como “sueños húmedos”

La producción de espermatozoides es una de las funciones más importantes del aparato sexual de los hombres, ya que son estas células las responsables de fecundar al óvulo para que se inicie un embarazo. Más o menos, en cada eyaculación, se expulsan de 200 a 300 millones de espermatozoides, contenidos en 2.5 a 4 ml de líquido.

## CAMBIOS BIOLÓGICOS EN LAS MUJERES Y HOMBRES.

A partir de los 12 años en el hombre y 10 en la mujer, el hipotálamo sufre una alteración y ajusta su control de la hipófisis, estimulándola a partir de





ese momento a que produzca mayor cantidad de gonadotropina. Entonces aumenta en la sangre el nivel de esta trascendental hormona.

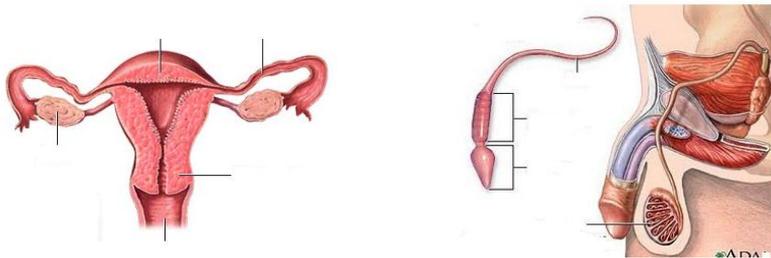
Automáticamente comienzan a crecer los testículos en el hombre y los ovarios en la mujer predisponiéndola a su primera menstruación.

El crecimiento de testículos y ovarios estimulado por la gonadotropina implica, a su vez, una mayor cantidad de células en el sistema de reproducción del hombre y la mujer, lo que significará que ahora más células producirán hormonas sexuales que continuarán estimulando la producción de gonadotropina.

Es este un nuevo equilibrio donde las hormonas de un tipo estimularán a las de otro tipo en un perfecto y sincronizado circuito. Es, también, cuando ya está en marcha la madurez sexual. Así se inicia la pubertad que, como se ha señalado en una respuesta anterior, es la etapa de la vida en que el hombre y la mujer comienzan a tener la capacidad de procrear o reproducirse. Vienen también los cambios físicos que se han detallado y que hacen perceptible y visible que se ha dejado el período infantil y ya se es hombre o mujer con las condiciones para procrear.

## ACTIVIDADES

**1.- Ubicar los órganos sexuales internos y externos de la mujer y el hombre de acuerdo a su función.**



**2.- ¿Cómo se dan los cambios biológicos del hombre?**

**3.- Complete:**

En cada eyaculación se expulsan ..... espermatozoides, contenidos en ..... de líquido.



**TEMA 3.**

**EMBARAZO SALUDABLE**



Para tener un embarazo saludable y esperar la llegada del bebé sano, se debe planear el momento más oportuno y preparar las mejores condiciones, tomando en cuenta la salud física, emocional y afectiva de ambos progenitores y el derecho de los niños a ser recibidos en un ambiente seguro.

La edad más adecuada para embarazarse es entre 20 y 30 años, entre estas edades el cuerpo de la mujer está en óptimas condiciones para sostener un embarazo, el parto y la lactancia.

También es necesario realizar las consultas médicas mensualmente para tener más posibilidades de detectar y tratar a tiempo cualquier complicación y resolver dudas e inquietudes sobre el embarazo.

**ADOLESCENCIA Y EMBARAZO**

*“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años y que se divide en 2 fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años”.<sup>2</sup>*



El embarazo y la maternidad durante la adolescencia están asociados con significativos riesgos médicos y psicosociales, tanto para la madre como para el hijo siendo de mayor peligro cuando la gestación ocurre durante los primeros años de edad ginecológica (tiempo transcurrido luego de la menarquía).



*Ruoti plantea que “el embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea”.<sup>3</sup>*

## Factores de Riesgo del embarazo en la Adolescencia

### a) Factores individuales:

- Abandono familiar (migración)
- Abandono escolar
- Bajo nivel educativo
- Falta de un proyecto de vida
- Baja autoestima
- Menarquía precoz
- Abuso de sustancias
- Factores Familiares
- Familia disfuncional, conflicto familiar, migración
- Familia en crisis
- Pérdida de un familiar
- Enfermedad crónica de un familiar
- Madre con embarazo en la adolescencia
- Hermana adolescente embarazada



### b) Factores Sociales

- Condición económica desfavorable
- Migración reciente
- Trabajo no calificado
- Ingreso precoz a la fuerza de trabajo
- Mitos y tabúes acerca de la sexualidad
- Marginación social

### c) Problemas Médicos comunes en la Adolescente Embarazada

- Anemia
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Infecciones del tracto genitourinario
- Atención prenatal deficiente
- Aborto



#### d) Problemas médicos comunes de los hijos de madres adolescentes

- Prematurez y sus secuelas
- Bajo peso al nacimiento
- Traumatismo e intoxicación accidental
- Síndrome de muerte súbita del lactante
- Infecciones agudas menores

#### e) Problemas Psicosociales comunes

- Educación deficiente, fracaso escolar
- Oportunidades profesionales limitadas
- Inestabilidad conyugal (matrimonios forzados, divorcio)
- Madres solteras
- Abandono familiar
- Aislamiento social
- Depresión, estrés
- Pobreza
- Marginalidad



#### f) Necesidades de las adolescentes

- Educación, información, y orientación sobre Salud Sexual y Reproductiva
- Asesoramiento y protección contra la violencia, las relaciones sexuales forzadas o la coacción sexual.
- Acceso a servicios y programas para jóvenes.
- Motivación para ayudarlos a proponer las relaciones sexuales.
- Servicios médicos y atención sin prejuicios, brindada con calidad y calidez.
- Acceso informado a métodos anticonceptivos para protegerlos contra las ITS y los embarazos no deseados.
- Prevenir problemas de salud y muerte por complicaciones del embarazo.
- Información, apoyo y facilidad de acceso a la atención prenatal.
- Apoyo, información durante el parto y el alumbramiento.
- Asesoramiento para la lactancia materna y nutrición infantil.
- Ayudarlos a preparar su plan de vida.

*En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa)".<sup>4</sup>*



**ACTIVIDADES.**

**1.- Clasifique esta lista de factores al grupo que pertenece:**

Aborto-Abandono familiar (migración)-Familia disfuncional-Conflicto familiar-Trabajo no calificado Infecciones urinarias-Bajo nivel educativo-Pérdida de un familiar-Abuso de sustancias-Familia en crisis-Pobreza-Anemia Adolescente embarazada-Discriminación.

F. INDIVIDUALES

F.SOCIALES

F.PSICOSOCIALES

F.MÉDICOS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

**2. Para usted cuales son las necesidades de los y las adolescentes**

**TEMA 4.**

**DISCAPACIDAD RELACIONADA CON EL EMBARAZO**



Existe una gran probabilidad de que los bebés nacidos de madres adolescentes tengan algún tipo de discapacidad, sea este producido durante el período de gestación o durante el momento del parto.

Si el bebé nace con bajo peso o prematuro corre el riesgo que sus órganos no estén totalmente desarrollados, lo que aumenta el peligro de discapacidades como: ceguera, sordera, trastornos respiratorios crónicos, dislexia, hiperactividad, parálisis cerebral, retraso mental y otras disfunciones psíquicas.





## FACTORES

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

- Durante el periodo de gestación:
- Inadecuada alimentación.
- 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.
- Temores en el momento del parto.
- Desconocimiento del grupo sanguíneo 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.

### En el momento del parto:

- Depresión respiratoria y asfixia al nacer.
- APGAR 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.



## PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES

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

Para prevenir discapacidades es importante:

### a) Buena alimentación:

- Comer alimentos nutritivos.
- Consumir ácido fólico (vitamina B9) antes y durante el embarazo.
- Complementar la dieta con hierro y calcio.

### b) Buscar Atención médica:

- Visitar antes y durante el embarazo a un médico.
- Mantenerse informado del peso y de la presión arterial.
- No olvidar en cada consulta pedir al médico u obstetra información sobre su estado de salud y del bebé.
- Cuidar de agresiones al bebé por nacer
- No consumir alcohol, drogas ni cigarrillo.
- No auto-meducarse.
- Protegerse de la contaminación.
- Evitar infecciones.



## ACTIVIDADES:

1.- Enumera 5 factores que influyan para tener un niño con discapacidad

2.- ¿Cómo prevenir una discapacidad?

3.- Forma grupos y dramatiza los siguientes temas:

- Mi hijo tiene discapacidad
- Tengo 16 años y estoy embarazada
- La discapacidad



**IMPORTANTE:**

*Más de 1.6 millones de personas con discapacidad: En Ecuador hay 1.608.334 personas con alguna discapacidad, que representa el 12.14% de la población total.*

*184.336 hogares ecuatorianos con al menos una persona con discapacidad: El 6% de los hogares ecuatorianos tiene al menos un miembro con discapacidad. El 8% de los hogares rurales tienen alguna persona con discapacidad, frente al 5% de hogares urbanos.*

*Más mujeres que hombres con discapacidad.*

*Cerca de 830 000 mujeres en Ecuador tienen discapacidad (51,6%), mientras que el número de hombres con discapacidad es 778594 (48,4%). <sup>5</sup> FUENTE INEC*



### Bibliografía Citada:

- <sup>1</sup> Labrador F., Guía de la Sexualidad. Sexualidad 1995, Madrid. Espasa Calpe
- <sup>2</sup> Pineda Pérez S, Aliño Santiago M. Capítulo I. El concepto de adolescencia. Consultado julio de 2010. Disponible en: [http://aps.sld.cu/bvs/materiales/manual\\_practica/CapituloI.pdf](http://aps.sld.cu/bvs/materiales/manual_practica/CapituloI.pdf)
- <sup>3</sup> Ruoti M, Ruoti A, et al. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Asunción, 1992.
- <sup>4</sup> Las tasas de fecundidad se obtuvieron de las siguientes fuentes: CELADE (2004). *Boletín Demográfico 68. América Latina y Caribe: Fecundidad 1950-2050*. Santiago de Chile; Encuestas DHS; Guzmán, J.M. et al. (2001). *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*. México; Guzmán, J.M. et al. (2006). “La démographie de l’Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950”. *Population*. Vol. 61. Núm. 5-6. France. INED.
- <sup>5</sup> **Fuente:** INEC Encuesta SIEH Nov. 2004. Consejo Nacional de discapacidades. Superando barreras, creando oportunidades. INVESTIGACION 2004 ECUADOR: LA DISCAPACIDAD EN CIFRAS. Principales Resultados. Disponible en: <http://www.conadis.gob.ec/investigacion04.htm>

### Bibliografía consultada:

- A. Peláez Mendoza Jorge. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. [citado 2010 Ago 02]; 34(2): Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.
- B. Salud y derechos reproductivos. Disponible en: <http://www.unfpa.org.ec>
- C. Salud sexual y reproductiva. Disponible en: <http://www.aprofe.org.ec>
- D. Obstetriz Elsa Racines. Embarazo en la Adolescencia. Disponible en: <http://www.aprofe.org.ec>