

RESUMEN

Esta investigación fue realizada a 320 adolescentes medios de los colegios: César Vázquez Astudillo, Técnico Industrial Ricaurte y Nacional Nulti, iniciando con la aplicación de un precaps para determinar los conocimientos de los y las adolescentes sobre Discapacidades en los Recién Nacidos. Con los datos obtenidos se realizaron talleres educativos y luego se aplicó el postcaps. Se elaboró un Módulo sobre Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de Discapacidades, con énfasis en el tema del Embarazo en la Adolescencia como factor de riesgo para las discapacidades, el mismo que fue entregado a los colegios César Vázquez Astudillo, Técnico Industrial Ricaurte y Nacional Nulti.

El presente estudio fue de tipo Descriptivo Cuasi Experimental, en el que se logró incrementar los conocimientos y actitudes en los adolescentes medios en temas relacionados con la educación sexual y reproductiva, discapacidades, prevención de discapacidades, cambios puberales y embarazo en adolescentes.

Las principales características de las adolescentes encuestadas fueron: grupo etáreo de 14 a 16 años perteneciendo a los cursos de décimo con un 45% y primeros de bachillerato un 34,7%, el 95,6% de la población estudiada reside en la zona rural.

Palabras Claves:

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

DeCS: Salud Sexual y Reproductiva; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Discapacidades del Desarrollo-Prevención y control; Recién Nacido-crecimiento y desarrollo; Adolescente; Estudiantes-estadística y datos numéricos; Cuenca-Ecuador.

ABSTRACT

This research was made to 320 teenagers from three different high school: Cesar Vazquez Astudillo, Técnico Industrial Ricaurte, Nacional Nulti; at the beginning with the application of precaps, to determinate the teenager knowledge's about disabilities in new born.

Based on obtained information, we development an educational workshop, to continued with the postcaps application. We developed a module on Sexual and Reproductive Health and Disability Prevention, focusing on the topic of Teen Pregnancy as a risk factor for disability and then it was delivered to high schools where the research was conducted.

This study was descriptive Cuasi Experimental; it was able to increase the knowledge and attitudes in middle teenagers about sexual education, disabilities, disabilities prevention, pubertal changes and teen pregnancy.

The main characteristic to the respondents teenagers were: age group from 14 to 16 years old, belong to ten grade a 45% and first grade a 34.7%. The 95.6% of the study population resides rural zone.

Keywords:

Knowledge, attitudes, practices, middle adolescents, teen pregnancy, disability.

DeCs: Sexual and Reproductive Health; Knowledge, Attitudes, Practice, Developmental Disabilities, Prevention and control-Infant, Newborn-growth and development, adolescent, Students-statistics & numerical data, Cuenca, Ecuador.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
RESPONSABILIDAD	7
DEDICATORIA	8
AGRADECIMIENTO	11

CAPITULO I

1. Introducción	12
1.1 Planteamiento Del Problema	13
1.2 Justificación	14
	17

CAPITULO II

2. Marco Teórico	18
2.1 Adolescencia	18
2.1.1 Concepto	18
2.1.2 Cambios Físicos Del Adolescente	18
2.1.2.1 Maduración Y Funciones De Los Órganos	18
2.1.3 Características Sexuales Secundarios	19
2.1.3.1 Sistema Reproductor Masculino	19
2.1.3.2 Sistema Reproductor Femenino	20
2.1.4 Cambios Psicológicos En El Adolescente	21
2.1.5 Desarrollo De La Inteligencia	21
2.2 Etapas De La Adolescencia	21
2.3 Salud Sexual	22
2.3.1 Salud Sexual y Salud Reproductiva	23
2.4 Embarazo Saludable	23
2.5 Desarrollo Embrionario	25
2.5.1 Malformaciones Congénitas y Adquiridas	30
2.5.1.1 Clases	31
2.5.2.2 Tipos De Defectos Congénitos	31
2.5.2.3 Prevención De Malformaciones Congénitas En El Embarazo	31
2.6 Adolescencia y Embarazo	32
2.6.1 Consideraciones Psicosociales Para El Aumento De Los Embarazos En Adolescentes	32
2.6.2 Factores Predisponentes	33
2.6.3 Factores Determinantes	34
2.7 DISCAPACIDAD RELACIONADA CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	34
2.7.1 Factores	35
2.7.2 Posibles Problemas En El Recién Nacido Hijos De Madres Adolescentes	36
2.7.3 Prevención De Discapacidades	37
	39

CAPITULO III

3. Objetivos	40
3.1 Objetivo General	40

3.2 Objetivos Específicos	40
4. Plan De Observación De Campo	40
4.1 Tipo y Diseño General el Estudio	41
4.2 Operacionalización De Las Variables:	42
4.3 Universo, Muestra:	45
4.4 Intervención Propuesta	45
4.5 Criterios de Inclusión	45
4.6 Intervención Propuesta	45
4.6.1 Programa Educativo	45
4.6.2 Temas	46
5. Procedimientos, Instrumentos, Control De Calidad	47
5.1 Instrumentos	47
5.2 Aspectos Éticos	47
5.3 Plan de Análisis de los Resultados	48
	49
<u>CAPITULO IV</u>	
4. Análisis De Los Cuadros Estadísticos.	50
4.1 Características Generales	50
4.2 Discusión	68
4.3 Conclusiones	71
4.4 Recomendaciones	73
Referencias Bibliográficas	74
Anexos	79
Programa Educativo	90

Myriam Jacqueline Aldaz Viscaíno, Cristina Janeth Auqui Quintuña, María Belén González Vinces, reconocemos y aceptamos el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de nuestro título de Licenciatura en Estimulación Temprana en Salud. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autoras.

Myriam Jacqueline Aldaz Vizcaíno, Cristina Janeth Auqui Quintuña, María Belén González Vinces, certificamos que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autoras.



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

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

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ADOLESCENTES
MEDIOS DE LOS COLEGIOS, CÉSAR VÁZQUEZ ASTUDILLO, TÉCNICO
INDUSTRIAL RICAURTE Y NACIONAL NULTI SOBRE DISCAPACIDADES EN
LOS RECIÉN NACIDOS. CUENCA AÑO LECTIVO 2011 - 2012

AUTORAS:
JACQUELINE ALDAZ VISCAÍNO
CRISTINA AUQUI QUINTUÑA
BELÉN GONZÁLEZ VINCES

DIRECTORA:
DRA. NANCY AUQUILLA

CUENCA – ECUADOR

2012

RESPONSABILIDAD

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

Jacqueline Aldaz V.
0603561770

Cristina Auqui Q.
0302166541

Belén González V.
0106032352

DEDICATORIA

Con mucho amor dedico esta tesis a mi Mami Anita, por ser una mujer luchadora y ejemplo para todos, por haber puesto su confianza en mí, por todos estos años de apoyo, amor y comprensión, por soportar todo este tiempo lejos de ella y por brindarme los medios necesarios para continuar con mis objetivos. A mi papi por brindarme sus consejos, apoyo moral y su amor. A mis hermanos Fabián, Juan e Iván, que me acompañaron a lo largo del camino, brindándome la fuerza necesaria para continuar en mi formación.

A mi novio Jorge, por ser mi apoyo constante, por brindarme estos cuatro años de amor y por todas sus palabras de aliento.

A Cristina por haber sido mi amiga incondicional y apoyarme en los momentos más difíciles de mi vida. A Belén por haberse convertido en una verdadera amiga, por escucharme, entenderme y aconsejarme cuando más necesitaba.

Jacqueline Aldaz

DEDICATORIA

Dedico con amor y profundo agradecimiento a mis seres queridos.

A mi Papito Vicente que gracias a su apoyo incondicional, moral y a su cariño hizo posible que alcanzara mis objetivos. A mí querida Mamita Gertrudys por estar siempre a mi lado guiándome, dándome su amor y brindándome sus sabios consejos. A mis Amados Hermanos.: Patricio, Edwin y Magaly por haber sido mi inspiración de unión, lucha y fortaleza que me impulsó a terminar con éxito mi carrera profesional.

A mis amigas Jacqueline y Belén por su apoyo en los momentos más difíciles y por haberme brindado su amistad.

Cristina Auqui

DEDICATORIA

Ante todo a Dios por darme las fuerzas y apoyo para no desistir en este caminar, a mis padres y familia por haber estado en todo momento junto a mí, a Jacki y Cris por ser más que compañeras de tesis y haberse convertido en unas amigas de verdad y sobre todo a mis dos grandes amores por los cuales estoy donde estoy, a las luces de mi vida, mi Esposo Xavier y mi hermosa Hija Eduarda por caminar siempre conmigo de la mano.

Belén González

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Escuela de Tecnología Médica, consientes que el conocimiento no es poseedor de un solo dueño, supieron compartirnos y orientarnos para llevar a un feliz término esta etapa universitaria.

Un sincero agradecimiento a nuestra Profesora y Directora de tesis Dra. Nancy Auquilla por complementar este proyecto que hemos venido realizando durante este año.

A los Rectores, Inspectores y Estudiantes de los colegios con los que hemos trabajado, por brindarnos su ayuda y apoyo al realizar esta tesis.

A nuestro grupo de tesis Jacki, Cris, Belén por haber realizado un trabajo en equipo y haber conseguido culminar con éxito esta tesis.

Las Autoras

CAPÍTULO 1

1.- INTRODUCCIÓN:

La adolescencia es la etapa que comprende entre los 10 y 19 años de edad. El periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y culmina con la elaboración del proyecto de vida.

En esta etapa sus emociones, sentimientos y curiosidad sexual se intensifican como también las tentativas de conducta sexual con sus pares por lo cual es importante trabajar en este periodo ya que son pocos los adolescentes que están informados de los riesgos que corren siendo el más común el embarazo a temprana edad.

Al embarazo en la adolescencia se lo define como: ***"El que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal, el tiempo transcurrido desde la menarca o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".¹***

Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, en los últimos 10 años se reportaron 198.332 adolescentes embarazadas, y dentro de la población general, en este periodo se presentaron 766,765 problemas durante el embarazo.

En tanto que, desde el año 2005 al 2009 las cifras fueron de 182.531 embarazos en adolescentes y 464.812 mujeres embarazadas de la población general, que presentaron problemas en la gestación.

Los hijos de madres adolescentes tienen más probabilidades de morir durante su primer año de vida, puesto que pueden tener un nacimiento prematuro o bajo peso al nacer, y padecer otros problemas de salud serios e incluso la muerte.

La presente investigación pretende intervenir mediante talleres de capacitaciones a este grupo etáreo, para en una segunda fase medir el impacto de la intervención, mediante un post test que mida el nivel de conocimientos, las actitudes y prácticas sobre embarazos en la adolescencia y la prevención de discapacidades.

Como aporte a la intervención se elabora un módulo didáctico para prevenir las discapacidades en el recién nacido, a ser entregado en los colegios en los cuales se intervendrá.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

Se estima que 16 millones de adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen (encargado de un estudio de investigación del Departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS), este representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. **“Los partos en adolescentes, como porcentaje de todos los partos, oscilan alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, República Democrática del Congo, Etiopía, India, Nigeria y Estados Unidos de América”.**¹

El pronóstico materno está condicionado por factores físicos, sociales y psicológicos. El corto intervalo ínter genésico es frecuente con sus consecuencias psicofísicas y sociales. **“El 50 a 70% de las adolescentes abandona las escuelas durante el embarazo y el 50% no lo retoman más, y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúa estudios universitarios. En cuanto al pronóstico fetal, un 5 y 9% de los hijos de adolescentes, son abandonados al nacer”**².

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

En el Ecuador, según la Encuesta de Hogares del INEC (1999), en el país hay un promedio de 59.000 adolescentes embarazadas, cuyas edades fluctúan entre 12 y 19 años.

En el área rural registra mayores porcentajes, lo que refleja que en este sector las personas asumen compromisos sentimentales o se casan siendo aún muy jóvenes, según añade el reporte del INEC.

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

El problema es mayor en las áreas rurales y más frecuentes en las adolescentes de menor instrucción: el 32.3% de las adolescentes sin ningún nivel de instrucción y un 16.7% con instrucción primaria incompleta ya eran madres. En el área urbana un 76.6% usa métodos anticonceptivos; en el área rural el 67.1%.

“En la provincia del Azuay, según datos estadísticos, los embarazos en adolescentes son llamativos, en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” se encontró que el 19,9% corresponde a adolescentes y en el Hospital “Félix Valdivieso”, de Santa Isabel, el 24,8%”.³

1.2.- JUSTIFICACIÓN

“La adolescencia es la etapa de desarrollo biológico, social, cultural y espiritual, que permite trascender desde la infancia dependiente hasta la madurez, que comprende el periodo entre los 10 y 19 años, y se divide en las siguientes etapas: Adolescencia Inicial (10-13 años), Adolescencia Media (14-16) y Adolescencia Tardía (16-19 años)”.⁴

Las implicaciones del embarazo y la maternidad adolescente son múltiples, afectan de manera determinante el futuro y el proyecto de vida de los y las adolescentes, especialmente de estas últimas. Entre las implicaciones más notorias del embarazo en la adolescencia destacan primero los riesgos de salud, tanto para la joven madre como para el/la recién nacido/a (un nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, probabilidades de morir durante su primer año de vida, órganos no desarrollados correctamente, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragias cerebrales, pérdida de la vista y problemas intestinales graves), incluyendo los riesgos del aborto; múltiples obstáculos para iniciar o continuar la formación escolar; barreras para el acceso a trabajar, sea presente o futuro;

riesgo de caer o continuar sumida en la pobreza; riesgo de una formación deficiente que se cierne sobre los niños y niñas, e inclusive el riesgo de ser víctimas del estigma social que enfrentan las madres adolescentes.

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

No existen estudios desarrollados sobre el tema en los colegios Nulti, Técnico Industrial Ricaurte y César Vázquez Astudillo (Paccha), 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 sexualidad entre los y las adolescentes de los colegios; Nacional Nulti, Técnico Industrial Ricaurte y César Vázquez Astudillo, y al mismo tiempo implementar un programa educativo y su posterior evaluación.

Esta investigación se enmarca dentro de los objetivos del proyecto CERCA, que es un proyecto multicéntrico de salud sexual y reproductiva para adolescentes enmarcados en la sociedad con participación en la comunidad, que busca formar y fortalecer el sistema de atención primaria en salud, haciéndolo más acorde a las necesidades sexuales y reproductivas de los adolescentes, mediante la intervención en la comunidad, mejorando el acceso a servicios médicos primarios de la calidad, con un ambiente adecuado y con personal capacitado. Así:

- Determinar las necesidades sexuales y reproductivas de la salud de adolescentes de los tres países latinoamericanos.
- Desarrollar estrategias de intervención comprensivas e integradas 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 la salud sexual, extendidas a la comunidad, enmarcados y tendientes a mejorar el sistema de 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 los Medios (mensajes de texto e internet).

CAPÍTULO 2

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ADOLESCENCIA

2.1.1 Concepto:

*“El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto”.*⁴

En la adolescencia los cambios físicos que ocurren son los responsables de la aparición del instinto sexual. En ésta etapa su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como la ausencia de conocimientos adecuados acerca de la sexualidad. Sin embargo, a partir de la década de 1960, la actividad sexual entre los adolescentes se ha incrementado. Por otro lado, algunos adolescentes no están interesados o tienen información acerca de los métodos de control de natalidad, o los síntomas de enfermedades de transmisión sexual. Como consecuencia de esto, el número de muchachas que tienen hijos a esta edad y la incidencia de las enfermedades venéreas están aumentando.

2.1.2 Cambios físicos del adolescente

Los cambios biológicos que señalan el fin de la niñez incluyen el crecimiento repentino del adolescente, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la aparición de la menarca o primera menstruación, el comienzo en los varones el desarrollo puberal, el aumento en las tallas y la aparición de la espermarca o primera eyaculación.

2.1.2.1 Maduración y funciones de los órganos sexuales

a) En el hombre:

Los principales órganos sexuales masculinos son el pene, escroto, testículos, próstata, vesículas seminales, epidídimos, 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 periodo 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.

2.1.3 Características Sexuales Secundarias

2.1.3.1 Sistema Reproductor Masculino

Aparato genital masculino externo

- El pene.
- Uretra.

- Glande.
- Meato urinario.
- El frenillo.
- Prepucio.
- El escroto.

Aparato genital masculino interno

- Dos testículos,
- Dos epidídimos,
- Dos conductos deferentes,
- Dos vesículas seminales,
- La próstata y,
- La uretra.

2.1.3.2 Sistema Reproductor Femenino

Órganos Femeninos Reproductores Externos

- La vulva Está compuesta por las siguientes formaciones:
- El monte de Venus.
- Los labios mayores.
- Los labios menores.
- El clítoris.
- El meato uretral.
- El orificio vaginal y,
- El himen.

Órganos femeninos reproductores internos

- La vagina,
- El útero,
- Las trompas de Falopio y
- Los ovarios.

2.1.4 Cambios psicológicos en el adolescente

La adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. Los adolescentes son conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa, entre tanto, su cuerpo continuamente los traiciona; sin embargo, la adolescencia también ofrece nuevas oportunidades que ellos abandonan de diferentes maneras. Todos estos factores ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada joven, lo que hace temprana o tardíamente que este obtenga una maduración intelectual que le hará abrir la memoria y pensar mejor las cosas antes de actuar.

2.1.5 Desarrollo de la inteligencia

Durante la adolescencia no se producen cambios radicales en las funciones intelectuales, sino que la capacidad para entender problemas complejos se desarrolla gradualmente.

El psicólogo francés, Jean Piaget, determina que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones formales, que pueden definirse como el pensamiento que implica una lógica deductiva. Piaget asumió que esta etapa ocurría en todos los individuos sin tener en cuenta las experiencias educacionales o ambientales de cada uno. Sin embargo, los datos de las investigaciones posteriores no apoyan esta hipótesis y muestran que la capacidad de los adolescentes para resolver problemas complejos está en función del aprendizaje acumulado y de la educación recibida.

2.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

“Las diferentes tasas de maduración se encuentran relacionadas con el desarrollo físico y el equilibrio hormonal, ninguno de los cuales el niño puede controlar. Por esta razón, los adolescentes deben ser tratados como individuos y cualquier directriz debe adaptarse al niño en particular”.⁵

Adolescencia Temprana (10 a 13 años.- Biológicamente es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente

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

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

Adolescencia Media (14 a 16 años).- Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

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

Adolescencia Tardía (17 a 19 años).- Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores, con metas vocacionales reales.

2.3 SALUD SEXUAL

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como *"un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".⁶*

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha definido la salud sexual como *"la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad."*⁷

2.3.1 SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

“Es conveniente diferenciar la salud sexual, enfocada a la salud en las relaciones sexuales y la salud reproductiva enfocada a la reproducción sexual y a la procreación”.⁸

En algunos países se ha llegado a implementar servicios y programas a nivel gubernamental. No obstante, este tema aún genera conflictos por los tabúes y mitos existentes, tales como, que brindar educación y atención en esta área generará libertinaje y no libertad; que aumentarán las relaciones coitales no protegidas y la precocidad sexual. En el Ecuador el Manual de Normas y Atención al Adolescente Ecuatoriano contiene en sus capítulos la atención integral a este grupo dando singular importancia el tema de la Salud Sexual y Reproducción.

Asimismo, existe consenso en resaltar el deber de respetar la sexualidad del ser humano y la libertad en sus opciones y decisiones. La salud sexual y la salud reproductiva (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (frente a las alternativas existentes, es la persona quien decide en última instancia).

2.4 EMBARAZO SALUDABLE

“Las mujeres y los hombres deben prepararse para el embarazo antes de pasar a ser sexualmente activos, o por lo menos 3 meses antes del embarazo”⁹. Algunas medidas, como dejar de fumar, alcanzar un peso saludable o ajustar los medicamentos que toman, deben tomarse incluso antes del embarazo.

Tomar ácido fólico todos los días durante al menos 3 meses antes de quedar embarazada, disminuirá el riesgo de algunos defectos de nacimiento del cerebro y la columna vertebral, como la espina bífida. Todas las mujeres necesitan ácido fólico todos los días.

1. No fumar y consumir alcohol.
2. Algunas condiciones que pueden influir en el embarazo o que pueden ser afectadas por este son, el asma, la diabetes, la salud bucal, la obesidad o la epilepsia.
3. No automedicarse. Los medicamentos incluyen los suplementos dietéticos o los que son a base de hierbas.
4. Evitar el contacto con sustancias o materiales tóxicos que podrían provocar infecciones. Mantenerse alejada de sustancias químicas y de las heces de gatos y roedores.

La Alimentación

En términos de ingestión de calorías, la madre necesita comer cerca de 300 calorías adicionales por día, al tercer trimestre del embarazo. Sin embargo, probablemente coma más de esa cantidad, ya que la mujer promedio aumenta algo más de 13 kilos hacia el final del embarazo, comer alimentos altamente nutritivos con solamente carbohidratos complejos, proteínas de planta y mucha fibra. Las frutas, las verduras y los granos integrales son la mejor forma de hacerlo. Debería evitar el azúcar condensado y el azúcar simple, así como también alimentos con alto contenido de grasa animal. Comer bien también le ayudará a evitar o a aliviar enfermedades propias de su estado, como por ejemplo malestar matinal, constipación, hemorroides, infecciones y fatiga.

La vitamina B, el folato y el ácido fólico son esenciales para un embarazo saludable. El propio desarrollo de los nervios y el cerebro del niño requieren de estos nutrientes, estos desarrollos principalmente tienen lugar en el primer mes de embarazo, debido a que comúnmente es necesario este tiempo para que la mujer se dé cuenta de que está embarazada, las mujeres jóvenes activas sexualmente deberían tomar estos nutrientes en forma regular.

Es importante lograr un equilibrio apropiado de minerales, calcio y metales para un embarazo saludable. Esto asegura que el bebé tenga huesos fuertes y flexibles. También favorece la circulación sanguínea y los niveles de oxígeno.

Debe asegurarse de incluir suficiente hierro en su alimentación diaria durante el embarazo.

La relajación y la actividad física

“El objetivo de la preparación física, es poner en las mejores condiciones posibles la musculatura de la mujer, en especial la del abdomen, columna y pelvis, durante los meses anteriores al momento del parto y de ayudarla a recuperarse rápidamente después de ese esperado momento”.¹⁰

La actividad física hace al cuerpo liberar endorfinas, que ayudarán a relajarse y a suavizar las tensiones y preocupaciones. La rápida circulación de la sangre provocada por el ejercicio garantizará una mejor oxigenación para la madre y el niño.

La actividad física durante el embarazo es muy necesaria para lograr un cuerpo saludable y un niño saludable. Se descubrió que la falta de actividad física durante el embarazo puede causar partos prematuros.

2.5 DESARROLLO EMBRIONARIO

La vida humana comienza en el momento exacto de la unión del óvulo y el espermatozoide; es decir, con la fecundación. Cada gameto lleva en sí la capacidad intrínseca de la vida, y el ser que nacerá está dotado de una mezcla singular de información genética y de experiencia intrauterina, que no se volverá a repetir en ningún otro ser.

Embarazo es el periodo que se extiende desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta el momento del parto.

En la especie humana el período de gestación o embarazo, dura alrededor de 270 a 280 días, o sea, entre 38 y 40 semanas. Durante este tiempo, el nuevo ser humano pasa por una serie de cambios que se suceden en tres fases: segmentación, morfogénesis y diferenciación.

- **Segmentación.-** Es la etapa en que el cigoto, única célula, se divide numerosas veces para originar primero dos células, luego cuatro, ocho, etc. Las

células resultantes se denominan blastómeros; son más pequeñas que el cigoto, y sin embargo ya poseen la misma información genética que él.

- **Morfogénesis.-** Corresponde al proceso que dará origen a los futuros órganos del embrión. Durante esta fase se producen divisiones y migraciones celulares, lo que determina la presencia de tres capas de células: ectoderma, mesoderma y endoderma. Cada una de estas tres capas celulares será el origen de los distintos órganos y sistemas del cuerpo humano.
- **Diferenciación.-** Corresponde al proceso que permite que las células de las tres capas celulares se diferencien para generar los distintos órganos del embrión.

A pesar de que en esta etapa, el séptimo mes del embarazo, el nuevo ser vivo tendrá tejidos, órganos y sistemas listos para funcionar, aún depende de la madre para obtener oxígeno y los nutrientes indispensables para sobrevivir; esta función la cumplen los anexos embrionarios, que están presentes en el desarrollo de la mayoría de los animales vertebrados.

- **Anexos embrionarios.-** Son las estructuras encargadas de proporcionar protección, humedad y nutrientes al embrión durante su proceso de desarrollo. Los anexos embrionarios son: el saco vitelino, el amnios, el alantoides y el corion.
- **Saco vitelino.-** Almacena una sustancia llamada vitelo que sirve de nutriente al embrión.
- **Amnios.-** Es una membrana que posee líquido en su interior denominado líquido amniótico y que rodea al embrión para protegerlo de golpes y de la desecación.
- **Alantoides.-** Se encarga de almacenar las sustancias de desecho del embrión y del intercambio de gases.
- **Corion.-** Es la membrana más externa que rodea a todas las demás y cuya función es el intercambio de gases, nutrientes y otras sustancias.

En la especie humana el saco vitelino y el alantoides disminuyen su nivel de importancia con relación al desarrollo fetal; no así el amnios, que conserva sus funciones. El corion en tanto, dará origen a un nuevo órgano: la placenta.

Placenta es el órgano que aporta los nutrientes y el oxígeno necesario para la supervivencia del embrión y elimina los desechos producidos por él. La placenta está formada por tejidos de la madre y del feto, ambos ricos en vasos sanguíneos. Sin embargo, la sangre materna y la fetal nunca se mezclan directamente.

La comunicación fisiológica entre la madre y el feto se logra a través del cordón umbilical, que permite al feto nadar libremente dentro del amnios.

El embarazo

El embarazo o período de gestación se divide en dos etapas. Durante la primera fase, que dura ocho semanas, el nuevo ser recibe el nombre de embrión, y se desarrolla hasta alcanzar una morfología claramente humana.

En la segunda etapa, que va desde la novena semana hasta que termina el embarazo, el nuevo ser se denomina feto, desarrolla y diferencia órganos internos, crece y aumenta de peso en preparación para el nacimiento. Al final del embarazo, el feto pesa alrededor de 3,5 kilos.

Primer trimestre

Es la clave del desarrollo humano. En la segunda semana de vida el embrión alcanza una longitud aproximada de 1,5 milímetros, y empieza a desarrollarse el eje mayor de su cuerpo.

En esta etapa del desarrollo embrionario, la mujer puede percibir un atraso, respecto de la fecha en que espera la llegada de la menstruación. Aunque no se puede decir con seguridad que se trate de un embarazo, es posible que la desaparición de la menstruación sea la clave para intuir que se ha concebido un hijo, si es que se han mantenido relaciones sexuales previamente.

Al término de la tercera semana, el embrión tiene una longitud de 2,3 milímetros aproximadamente y se empiezan a formar la mayoría de sus sistemas de

órganos. El primero en desarrollarse es el sistema nervioso central, es decir, la médula espinal y el encéfalo. Alrededor de los 20 días de vida, el corazón que aún no tiene una forma definitiva, ya empieza a vibrar y luego a latir.

Una vez que el corazón del embrión comienza a latir, tan sólo a dos semanas y media después de la fecundación, no se detendrá hasta el final de la vida del individuo, latiendo unas 100.000 veces por día en su etapa adulta.

Posteriormente, la cabeza y el cuello van tomando su forma, y los ojos y los oídos inician su desarrollo.

Alrededor de las cuatro semanas, el embrión mide 5 milímetros y su masa ha aumentado 7.000 veces desde su concepción (fecundación). A partir de esta etapa, comienza el desarrollo de músculos, huesos y tejidos conjuntivos. Se inicia la formación de los brazos, piernas, rodillas, dedos y las facciones del rostro.

Hacia el final de las ocho semanas la longitud del embrión alcanza unos 3 centímetros, los huesos de sus brazos y piernas comienzan a endurecerse y adquieren una suave movilidad que la madre no puede percibir aún. La mandíbula empieza a definir la forma y la condición que capacitará al embrión para realizar sus primeros intentos de succión.

Al término del primer trimestre el embrión pasa a llamarse feto, mide unos 7 centímetros de largo y su masa es de unos 20 gramos. Su cabeza toma una forma más redondeada y representa las dos terceras partes del tamaño del cuerpo. Se desarrollan la mandíbula con 32 yemas dentales permanentes, y los reflejos como el del sobresalto y el de succión. Además, se han formado todos los sistemas orgánicos principales y comienza el desarrollo de los órganos reproductores externos.

A partir del tercer mes, la función de la placenta es la nutrición del feto, que se encuentra unido a ella por el cordón umbilical. Hay intercambios de sustancias alimenticias y de desechos entre el feto y la madre, y traspaso de anticuerpos que protegerán al bebé de contraer enfermedades una vez que nazca. Por este vínculo, el cordón umbilical, el feto puede contagiarse de enfermedades

infecciosas que la madre puede tener: rubéola, tifus, sarampión y SIDA, entre otras.

Segundo trimestre

El crecimiento del feto, que ha sido sorprendentemente rápido, continúa más lentamente. Las piernas y brazos alcanzan una longitud proporcional al resto del cuerpo y su movimiento se hace tan evidente que la madre puede percibirlo.

El feto de cuatro meses mide unos 18 centímetros y pesa alrededor de 200 gramos.

A los cinco meses, su cuerpo se recubre de una pelusa llamada lanugo, posee cabello y su corazón late vigorosamente a una frecuencia promedio de unos 140 latidos por minuto.

El médico puede percibir la actividad del corazón al auscultar con un estetoscopio desde el exterior.

El feto de seis meses mide unos 33 centímetros y pesa alrededor de unos 670 gramos. Su piel es roja y arrugada y la cara está ya completamente formada y expresiva.

Los reflejos se presentan más decididos y el feto es capaz de responder a los estímulos del medio: se muestra sensible a los ruidos y puede responder con "pataditas" ante los más intensos y fuertes que le molestan.

En el intestino permanece el meconio, masa verde y pastosa formada principalmente por células muertas y bilis; éste se mantendrá en dicha cavidad hasta después de su nacimiento.

Los primeros meses del embarazo son los más críticos para el niño en desarrollo, ya que durante este periodo se forman su cerebro, brazos, piernas y órganos internos. Es por esta razón que una mujer embarazada debería tener especial cuidado antes de tomar ningún tipo de medicación si no es aconsejada por un médico que conoce su estado. También debería evitar los rayos X y el consumo de cigarrillo y alcohol.

Tercer trimestre

Durante el último trimestre del embarazo, el feto aumenta notablemente de tamaño y de peso. Este período se caracteriza por un evidente desarrollo del sistema nervioso y un considerable aumento del número de células cerebrales. Es fundamental que en esta etapa la madre tenga una alimentación rica en proteínas para ayudar a que el desarrollo del cerebro infantil se complete en buena forma.

Al séptimo mes de embarazo, el feto ha ocupado casi todo el espacio disponible en el útero y muchos bebés en esta etapa se acomodan tomando una posición invertida. Así, el movimiento de pies y rodillas se torna más libre y puede percibirse desde el exterior del vientre materno.

Si el nacimiento ocurre en este período, el bebé tiene un excelente pronóstico de supervivencia, siempre que cuente con el apoyo médico adecuado, y la posibilidad de mantener al bebé en una incubadora hasta que éste sea capaz de regular por sí mismo su temperatura corporal.

Al octavo mes, sólo falta que el bebé desarrolle ciertos tejidos pulmonares superficiales y una buena capa de tejido adiposo aislante, con el fin de estar listo para nacer.

En esta etapa el bebé suele presentar hipo, que puede ser causado porque traga y bota por la boca porciones de líquido amniótico.

En el último mes de embarazo, el bebé ya no tiene suficiente espacio en el útero por lo que sus movimientos son de menor amplitud.

En esta etapa de término, desciende por la cavidad de la pelvis, fijando firmemente su cabeza a ella. Mide entre 48 y 52 centímetros y pesa entre 2,7 y 4 kilos.

2.5.1 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.

2.5.1.1 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.

2.5.2.2 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.

2.5.2.3 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.

2.6 ADOLESCENCIA Y EMBARAZO

El embarazo en adolescentes es un asunto complejo, con muchas razones para preocuparse. Los adolescentes más jóvenes (12 a 14 años de edad), tienen mayor probabilidad de tener relaciones sexuales no planeadas y de ser forzados al sexo.

“El embarazo irrumpió en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo”.¹³

2.6.1 CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

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

a.- Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como una área peligrosa en la conducta humana.

b.- Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo.

c.- Sociedad Permisiva: Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

d.- Sociedad Alentadora: Para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo.

Así, se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales, sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

a.- Estratos medio y alto: La mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente.

b.- Estratos más bajos: Donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Las complicaciones psicosociales que se identificaron asociadas al embarazo precoz en las adolescentes, son:

- Abandono de los estudios.
- Deficiente vínculo laboral, inclusive posterior al parto.
- Dependencia económica importante.
- Elevada tendencia a la imitación de roles.

La disminución del embarazo adolescente depende en gran medida de trabajar las condiciones en que hombres y mujeres aprenden a ser hombres y mujeres, encarando esto con un diálogo abierto que lleve a los adolescentes a la reflexión.

2.6.2.- FACTORES PREDISPONENTES

Menarca Temprana: Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

Inicio Precoz de Relaciones Sexuales: Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

Familia Disfuncional: Genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

Bajo Nivel Educativo: Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta; es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

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

Pensamientos Mágicos: Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

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

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

2.6.3 FACTORES DETERMINANTES

- Relaciones Sin Anticoncepción
- Abuso Sexual
- Violación

2.7.- DISCAPACIDAD RELACIONADA CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

La Organización Mundial de la Salud define a la discapacidad como "*cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano*"¹¹. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.

Los niños nacidos de madres adolescentes tienen más probabilidades de tener un nacimiento prematuro o bajo peso al nacer y de padecer otros problemas de salud serios, e incluso la muerte.

Los hijos de madres adolescentes tienen más probabilidades de morir durante su primer año de vida, que los bebés de madres de entre 20 y 40 años de edad. El riesgo es mayor para los bebés de madres de menos de 15 años de edad.

Tener un hijo con alguna discapacidad congénita es algo muy difícil de asumir por los padres adolescentes. Pero la realidad es que ese niño ha nacido y necesita el amor, la estimulación y los cuidados que requiere cualquier bebé. Para acercarse a ese hijo, los padres necesitan pasar por un proceso de aceptación y reorganización de su vida alrededor de esa personita que no es como la que esperaban.

2.7.1 FACTORES

Los factores que pueden ayudar para que exista o no algún tipo de discapacidad durante el embarazo pueden ser:

- Inadecuada alimentación.
- Consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- Automedicación.
- Embarazos no deseados ni planificados.
- Violencia hacia las mujeres embarazadas
- Embarazos en madres menores de 18 años.
- Falta de consultas prenatales o consultas no realizadas con frecuencia, es decir las necesarias para un menor riesgo de embarazo.
- Desconocimiento del grupo sanguíneo y del factor Rh
- Enfermedades de transmisión sexual
- Peligros ambientales.

Otras complicaciones del bebé de madres adolescentes, pueden ser:

Presentar bajo peso al nacer.- Ocurre cuando un bebé pesa menos de 5 libras y 8 onzas (2.500 gramos) en el momento de nacer. Un peso de nacimiento menos de 3 libras y 4 onzas (1.500 gramos), se considera extremadamente bajo.

Hay algunos niños que son prematuros y también de crecimiento retrasado. Estos bebés corren el riesgo de experimentar muchos problemas vinculados a su bajo peso.

Suelen ser prematuros.- Cuando el niño nace antes de las 37 semanas de gestación como consecuencia de un parto prematuro. Cuantas menos semanas haya estado el prematuro en el útero menor será su desarrollo, lo que hace que probablemente necesite mas cuidados médicos y el tiempo de estancia en incubadora sea mayor. Las tasas de niños prematuros representa de un 8% a un 12% de todos los nacimientos.

El sistema respiratorio es uno de los más afectados. El bebé prematuro tiene poco surfactante y esto le impide llenar sus pulmones con el aire ambiental. A este problema se lo denomina “síndrome de membrana hialina”. Básicamente el bebé no puede expandir sus pulmones y respirar por sí solo. Se le debe administrar surfactante artificial y soporte respiratorio con aparatos especiales:

2.7.2 POSIBLES PROBLEMAS EN EL RECIÉN NACIDO HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES

Malformaciones congénitas.- Una enfermedad congénita es una anomalía de la estructura, funcionamiento o metabolismo, presente desde el nacimiento, que provoca una incapacidad física, mental o la muerte.

Problemas de desarrollo.- Es decir que los niños no pueden realizar las conductas o destrezas que para su edad deberían hacerlo, lo que se considera retraso en el desarrollo.

Retraso mental.- El retraso mental significa que el funcionamiento intelectual es menor de lo normal, con limitaciones del funcionamiento adaptativo. Las personas con retraso mental obtienen una puntuación baja en las pruebas de inteligencia

(cociente intelectual [CI]), pero los efectos sobre el funcionamiento de la vida diaria dependen de su gravedad y de los deterioros asociados.

Ceguera.- Algunos bebés nacen con ceguera congénita, lo que significa que no pueden ver desde el nacimiento.

Parálisis cerebral.- *“Es un término usado para describir un grupo de incapacidades motoras producidas por un daño en el cerebro del niño, que puede ocurrir en el período prenatal, perinatal o postnatal”.*¹²

La definición de PCI más ampliamente aceptada y más precisa es la de un "trastorno del tono postural y del movimiento, de carácter persistente (pero no invariable).

Hay mayor riesgo de maltrato, abandono físico y emocional y repercusiones en el desarrollo psicólogo-emocional.

Múltiples factores de riesgo afectan negativamente al futuro del niño, entre ellos el bajo status socio-económico y el bajo nivel educacional de la madre, los cuales ejercen efectos adversos en las oportunidades para el óptimo crecimiento y desarrollo.

Los padres adolescentes no se encuentran en condiciones de proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su hijo.

2.7.3 Prevención de discapacidades

- No automedicarse, tomar medicinas sin prescripción médica durante la etapa del embarazo puede producir malformaciones congénitas.
- La buena alimentación de la madre la importancia del consumo de suplementos alimenticios de minerales como hierro, calcio, magnesio y zinc, para evitar algunas alteraciones en la madre y niño.
- Es importante acudir regularmente a los chequeos prenatales, las consultas prenatales ayudan a identificar posibles problemas y a encontrar soluciones frente a ellos.

- Cuando una mujer embarazada ingiere cualquier tipo de sustancias como el alcohol, tabaco o drogas puede ser dañino para el bienestar y salud del niño, el consumo de estos produce daños cerebrales en el niño intraútero, partos prematuros, niños de bajo peso.
- Evitar las enfermedades de transmisión sexual, estas se transmiten de unas personas a otras y aumentan el riesgo de parto prematuro, especialmente si ocasionan una fiebre alta que puede llevar a la deshidratación del niño.

CAPÍTULO 3

3.- OBJETIVOS

3.1.- Objetivo General:

Determinar conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes medios de los colegios Nulti, César Vázquez Astudillo, Técnico Industrial Ricaurte, 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 postcaps.
- Desarrollar un módulo didáctico para los y las adolescentes medios de los colegios **Nacional Nulti, César Vázquez Astudillo, Técnico Industrial Ricaurte**, 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 Nacional Nulti, César Vázquez Astudillo, Técnico Industrial Ricaurte, durante el año lectivo 2011-2012.

4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

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

	sangrado vaginal de origen menstrual			
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 recién nacido	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:

El universo estuvo integrado por todos los y las adolescentes medios que asisten a los colegios: Técnico Industrial Ricaurte, Nacional Nulti y César Vázquez Astudillo. La muestra fue propositiva por cuanto se estudió a los y las adolescentes medios, de cada uno de los colegios.

En el Colegio Técnico Industrial Ricaurte la muestra estudiada fue de 203 alumnos, en el Colegio Nacional Nulti la muestra estudiada fue de 35 alumnos y en el Colegio César Vázquez A. (Paccha) la muestra estudiada fue de 82 alumnos.

4.4.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN

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

- Todos los y las adolescentes medios de 14 a 16 años quienes bajo consentimiento informado firmado por sus padres o representantes y asentimiento informado firmado por los y las adolescentes que desearon participar en el estudio y estuvieron asistiendo regularmente a los colegios.

4.5.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Todos los estudiantes que no desearon participar en la investigación.

4.6 INTERVENCIÓN PROPUESTA

4.6.1.- 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.

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.

4.6.2.- 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.- Se solicitó el permiso respectivo a las autoridades del colegio para realizar la investigación.

Dr. Manuel Culcay “César Vázquez Astudillo”

Lcdo. Lucio Suquizupa “Colegio Técnico Industrial Ricaurte”

Dr. Julio Cabrera Chacón “Colegio Nacional Nulti”

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 representó ningún riesgo para los y las adolescentes. Se solicitó el respectivo consentimiento informado a los padres de familia y asentimiento informado a los y las adolescentes. (Anexo 2-3)

5.3 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Para el análisis de los resultados se utilizó el sistema informático SPSS en español.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPÍTULO 4

4- ANÁLISIS DE LOS CUADROS ESTADÍSTICOS.

Para la investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes medios sobre discapacidades se entrevistaron a 320 estudiantes de los colegios CÉSAR VÁZQUEZ ASTUDILLO, TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE Y NACIONAL NULTI, durante el año 2011-2012, en donde se obtuvieron los siguientes resultados:

4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

CUADRO No.1

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN EL NÚMERO DE ADOLESCENTES ENCUESTADOS. CUENCA 2011- 2012.

COLEGIOS	No.	%
Nacional Nulti	35	10,9
César Vásquez Astudillo	82	25,6
Técnico Industrial Ricaurte	203	63,4
TOTAL	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

El Colegio Técnico Industrial Ricaurte con el 63,4%, representó el de mayor población encuestada, debido a que este colegio contaba con mayor número de estudiantes.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN CURSOS. CUENCA 2011- 2012.

CURSOS	No.	%
Noveno	24	7,5
Décimo	144	45,0
Primero de Bachillerato	111	34,7
Segundo de Bachillerato	38	11,9
Tercero de Bachillerato	3	0,9
TOTAL	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

El mayor porcentaje se ubicó en el Décimo curso con el 45 %.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN LA EDAD. CUENCA 2011- 2012

EDAD	No.	%
14	137	42,8
15	115	35,9
16	68	21,3
TOTAL	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

Las edades de los y las adolescentes medios encuestados se ubicó entre 14-16 años, siendo el grupo de 14 años el de mayor porcentaje 42.8%

CUADRO No. 4

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN ELSEXO. CUENCA 2011- 2012.

SEXO	No.	%
Masculino	192	60,0
Femenino	128	40,0
TOTAL	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

El sexo masculino representó un mayor porcentaje con un 60,0 %.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN LA RESIDENCIA. CUENCA 2011- 2012.

RESIDENCIA	No.	%
Rural	306	95,6
Urbana	14	4,4
TOTAL	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

El mayor porcentaje en residencia correspondió a la zona rural con el 95,6%.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PUBERALES. CUENCA 2011-2012.

CAMBIOS PUBERALES	PRECAPS		POSTCAPS	
	No.	%	No.	%
No Sabe	149	46,6	3	0,9
Menstruación, Ensanchamiento de caderas, Crecimiento del busto.	47	14,7	100	31,3
Aparición del vello público, axilar, barba.	35	10,9	82	25,6
Cambios físicos, aumento de estatura, cambio de voz, eyaculación.	57	17,8	112	35,0
Cambios psicológicos, cambios de la conducta, atracción sexo opuesto.	32	10,0	23	7,2
TOTAL	320	100,0	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

En el precaps el 46,6 % de los encuestados no conocía sobre los cambios puberales, luego de la intervención este porcentaje disminuyó al 0,9%. Tanto en el precaps como en el postcaps el aumento de estatura, cambios físicos, cambios en la voz eran los ítems que los y las adolescentes más conocían. La mayoría de ítems anotados en el precaps, aumentaron de porcentaje en el postcaps a excepción de cambios psicológicos que disminuyó de 10% a 7,2% en el postcaps.

CUADRO No. 7

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN EL CONOCIMIENTO DEL TÉRMINO MENARCA. CUENCA 2011- 2012.

QUÉ ES LA MENARCA	PRECAPS		POSTCAPS	
	No.	%	No.	%
Si	17	5,3	317	99,1
No	303	94,7	3	0,9
TOTAL	320	100,0	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

En el precaps el 5,3% sabía qué es la menarca, en el postcaps este porcentaje aumentó al 99,1%.

CUADRO No. 8

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN EL CONOCIMIENTO DEL TÉRMINO ESPERMARCA. CUENCA 2011-2012.

QUÉ ES LA ESPERMARCA	PRECAPS		POSTCAPS	
	No.	%	No.	%
Si	18	5,6	316	98,8
No	302	94,4	4	1,3
TOTAL	320	100,0	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

En el precaps el 5,6% conocía el término espermarca, en el postcaps este porcentaje se ubicó en el 98,8%.

CUADRO No. 9

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN SUS CRITERIOS SOBRE LO QUE ES IMPORTANTE PARA EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES. CUENCA 2011- 2012.

QUÉ ES IMPORTANTE PARA EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES	PRECAPS				POSTCAPS			
	SI		SI		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Conocer a mi pareja por un tiempo prudencial	293	91,6	27	8,4	312	97,5	8	2,5
Que haya platicado sobre la posibilidad de tener relaciones sexuales.	195	60,9	125	39,1	309	96,6	11	3,4
Saber si mi pareja tiene o ha tenido enfermedades de transmisión sexual.	259	80,9	61	19,1	310	96,9	10	3,1
La fidelidad entre nosotros.	257	80,3	63	19,7	309	96,6	11	3,4
Que tengamos información sobre los anticonceptivos.	266	83,1	54	16,9	307	95,9	13	4,1
TOTAL	320	100,0	320	100,0	320	100,0	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

La opción conocer a la pareja por un tiempo prudencial fue la escogida por el mayor porcentaje de adolescentes encuestados tanto en el precaps 91,6 % como en el postcaps 97,5%. El nivel de conocimientos respecto a este tema se incremento en el postcaps.

CUADRO No. 10

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN SI SE HAN EMBARAZADO. CUENCA 2011-2012.

TE HAS EMBARAZADO	PRECAPS		POSTCAPS	
	No.	%	No.	%
Si	0	0,0	0	0,0
No	320	100,0	320	100,0
TOTAL	320	100,0	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

De los y las adolescentes encuestados ninguno se ha embarazado.

CUADRO No. 11

**DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS
“NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL
RICAURTE, SEGÚN SUS CONOCIMIENTOS SOBRE CÓMO SE PRODUCE UN**

CÓMO SE PRODUCE UN EMBARAZO	PRECAPS		POSTCAPS	
	No.	%	No.	%
No sabe	65	20,3	4	1,3
Relaciones sexuales	191	59,7	140	43,8
Relaciones sexuales sin protección.	42	13,1	39	12,2
Unión del óvulo y espermatozoide	22	6,9	137	42,8
TOTAL	320	100,0	320	100,0

EMBARAZO. CUENCA 2011- 2012.

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

El 20,3% de adolescentes no respondió esta pregunta en el precaps, éste porcentaje disminuyó al 1,3% en el postcaps. El ítem relaciones sexuales fue el más alto tanto en el precaps como el postcaps.

CUADRO No. 12

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN LO QUE HARÍAN SI SE EMBARAZARAN. CUENCA 2011-2012.

QUÉ HARÍAS SI TE EMBARAZARA S	PRECAPS				POSTCAPS			
	SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Busco ayuda profesional.	130	40,6	190	59,4	309	96,6	11	3,4
Aceptar	111	34,7	209	65,3	305	95,3	15	4,7
Ocultar	3	0,9	317	99,1	2	0,6	318	99,4
Abandonar	3	0,9	317	99,1	2	0,6	318	99,4
Pedir ayuda y consejo	149	46,6	171	53,4	282	88,1	38	11,9
Abortar	7	2,2	313	97,8	2	0,6	318	99,4
TOTAL	320	100,0	320	100,0	320	100,0	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

En lo relacionado a actitudes en el precaps el mayor porcentaje respondió que pediría ayuda y consejo ante un embarazo, en el postcaps la opción escogida fue buscar ayuda profesional. La opción aceptar en el precaps es el 34,7% en cambio en el postcaps este porcentaje subió al 95,3%. Los ítem ocultar, abandonar y abortar no representaron mayor porcentaje tanto en el precaps como en el postcaps.

CUADRO No. 13

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN, QUÉ CUIDADOS NECESITA UN EMBARAZO. CUENCA 2011-2012.

QUÉ CUIDADOS NECESITA UN EMBARAZO	PRECAPS				POSTCAPS			
	SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Controles médicos	188	95,3	132	41,3	296	92,5	24	7,5
Adecuada alimentación	172	53,8	148	46,3	297	92,8	23	7,2
Evitar sustancias tóxicas	167	52,2	153	47,8	294	91,9	26	8,1
Ambiente adecuado	85	26,6	235	73,4	196	61,3	124	38,8
Apoyo	138	43,1	182	56,9	223	69,7	97	30,3
TOTAL	320	100,0	320	100,0	320	100,0	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

Los controles médicos fue la opción más escogida en el precaps con el 95,3%, en postcaps, el ítem Adecuada Alimentación tuvo un porcentaje del 92,5%. En su mayoría los ítems anotados en el precaps, aumentaron su porcentaje en el postcaps

CUADRO No. 14

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN, SI CONOCE QUÉ ES UNA DISCAPACIDAD. CUENCA 2011-2012.

QUÉ ES UNA DISCAPACIDAD	PRECAPS		POSTCAPS	
	No.	%	No.	%
Si	283	88,4	320	100,0
No	37	11,6	0	0,0
TOTAL	320	100,0	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

En el precaps el 88,4% conocían que es una discapacidad, lo significativo de esta pregunta fue que en el postcaps incremento al 100%.

CUADRO No. 15

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN, SI CONOCE CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LAS DISCAPACIDADES DURANTE EL EMBARAZO. CUENCA 2011-2012.

CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LAS DISCAPACIDADES DURANTE EL EMBARAZO	PRECAPS				POSTCAPS			
	SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Consumo de tabaco, alcohol y drogas.	252	78,8	68	21,3	290	90,6	30	9,4
Automedicación.	136	42,5	184	57,5	170	53,1	150	46,9
Embarazos no deseados ni planificados.	55	17,2	265	82,8	47	14,7	273	85,3
Violencia hacia las mujeres embarazadas.	132	41,3	188	58,8	167	52,2	153	47,8
Falta de controles médicos.	91	28,4	229	71,6	164	51,3	156	48,8
Enfermedades de transmisión sexual.	127	39,7	193	60,3	179	55,9	141	44,1
Embarazos en menores de 18 años.	77	24,1	243	75,9	177	55,3	143	44,7
TOTAL	320	100,0	320	100,0	320	100,0	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

De los adolescentes encuestados en el precaps el embarazo en la adolescencia no fue considerado como factor para la discapacidad en un 75,9%, este porcentaje disminuyó al 44,7 % en el postcaps. La opción más escogida como causa de discapacidad tanto en el precaps como en el postcaps fue el consumo de tabaco, alcohol y drogas.

CUADRO No. 16

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN, SI CONOCE LAS CONSECUENCIAS QUE TIENE EL NIÑO CON DISCAPACIDAD. CUENCA 2011-2012.

QUÉ CONSECUENCIAS TIENE UN NIÑO CON DISCAPACIDAD	PRECAPS		POSTCAPS	
	No.	%	No.	%
No sabe	112	35,0	21	6,6
Discriminación	60	18,8	68	21,3
Dependencia	13	4,1	21	6,6
Limitaciones	17	5,3	21	6,6
Problemas físicos, mentales y malformaciones	72	22,5	138	43,1
No tienen una vida normal, pueden morir.	46	14,4	51	15,9
TOTAL	320	100,0	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

En relación a consecuencias que conlleva una discapacidad en el precaps el 35,0% de los adolescentes no sabe, en el postcaps este porcentaje disminuyó al 6,6%. Los adolescentes opinan que los problemas físicos, mentales y malformaciones son las consecuencias que presenta un niño con discapacidad, seguido por la discriminación de la sociedad. En el postcaps las opiniones fueron reforzadas.

CUADRO No. 17

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN, QUÉ HARÍA SI TUVIERA UN HIJO CON DISCAPACIDAD. CUENCA 2011-2012.

QUÉ HARÍAS SI TUVIERAS UN HIJO CON DISCAPACIDAD.	PRECAPS				POSTCAPS			
	SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Busco ayuda	273	85,3	47	14,7	305	95,3	15	4,7
Lo doy en adopción	8	2,5	312	97,5	4	1,3	316	98,8
Ignoro el problema	36	11,3	284	88,8	15	4,7	305	95,3
Lo abandono	1	0,3	319	99,7	0	0,0	320	100,0
TOTAL	320	100,0	320	100,0	320	100,0	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

La actitud de los adolescentes frente a un hijo con discapacidad, la opción más escogida en el precaps fue buscar ayuda, luego de la intervención aumentó el porcentaje 95,3% en la misma opción. La opción ignorar el problema en el precaps es el 11,3% en cambio en el postcaps este porcentaje disminuyó al 4,7%. Los ítems dar en adopción y abandonar no representaron mayor porcentaje tanto en el precaps como en el postcaps.

CUADRO No. 18

DISTRIBUCIÓN DE 320 ADOLESCENTES MEDIOS DE LOS COLEGIOS “NACIONAL NULTI, CÉSAR VÁSQUEZ ASTUDILLO Y TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE, SEGÚN, LAS FORMAS DE PREVENIR DISCAPACIDADES DURANTE EL EMBARAZO. CUENCA 2011-2012.

FORMAS DE PREVENIR DISCAPACIDADES DURANTE EL EMBARAZO	PRECAPS		POSTCAPS	
	No.	%	No.	%
No sabe	62	19,4	8	2,5
No consumir sustancias psicotrópicas	147	45,9	152	47,5
Cuidados, Buena alimentación, Controles Médicos, No esfuerzo físico.	84	26,3	128	40,0
No maltrato físico y psicológico	19	5,9	22	6,9
Ser padres sanos	7	2,2	8	2,5
No ser menor de 18 años	1	0,3	2	0,6
TOTAL	320	100,0	320	100,0

Fuente: Encuesta.

Autor: Investigadoras

En el precaps el 19,4% no sabía cómo prevenir una discapacidad durante el embarazo, en el postcaps el porcentaje disminuyó al 2,5%. De los adolescentes encuestados el 45,9% se enfocaron en no consumir alcohol y drogas como una forma de prevenir la discapacidad, de igual manera en el postcaps con el 47,5%. En el postcaps las opiniones son reforzadas.

4.2 DISCUSIÓN

Se estima que 16 millones de adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen (encargado de un estudio de investigación del Departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS), este representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. ***“Los partos en adolescentes, como porcentaje de todos los partos, oscilan alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, República Democrática del Congo, Etiopía, India, Nigeria y Estados Unidos de América”.***¹

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.

De los resultados obtenidos en nuestro estudio en los colegios: César Vásquez Astudillo, Técnico Industrial Ricaurte y Nacional Nulti ubicados en la zona rural de nuestra ciudad, pudimos observar que el porcentaje de embarazos en adolescentes medios no coincide con los estudios previos realizados por diferentes instituciones y que actualmente la procedencia no es un factor determinante para un embarazo adolescente, debido a que existen diferentes programas pedagógicos sobre educación sexual que se imparten tanto en la zona urbana como en la rural.

Según el INEC el problema es mayor en las áreas rurales y más frecuentes en las adolescentes de menor instrucción: el 32.3% de las adolescentes sin ningún nivel de instrucción y un 16.7% con instrucción primaria incompleta ya eran madres. En el área urbana un 76.6% usa métodos anticonceptivos; en el área rural el 67.1%.

Los resultados de la encuesta ningún adolescente refirió haber estado embarazado, lo cual representa el 0,0% de la población, considerando que la población estudiada reside en la zona rural. Representando un porcentaje bajo para la población estudiada, lo cual no concuerda con las estadísticas nacionales e internacionales.

Según la investigación realizada por la Fundación Holandesa Prenatal en la provincia de Imbabura, los y las adolescentes desconocían sobre factores de riesgo para las discapacidades, sobre todo en lo referente al consumo de drogas y violencia, nuestra investigación demostró lo contrario ya que el 78,8% consideraron al consumo de los mismos como la principal causa de discapacidad seguido de la automedicación.

“Los caracteres sexuales en varones son el vello púbico, axilar, facial, corporal y torácico, la espermarca, el cambio de voz y la aparición de funciones de las glándulas apócrinas y sebáceas; en mujeres consisten en la aparición del vello público, axilar y corporal, la menarca, el cambio de tono de voz, y el inicio de la función de las glándulas apócrinas”¹⁴. Según los resultados obtenidos al inicio de este estudio, el 46.6% de los y las adolescentes desconocían los cambios que ocurren en la pubertad, convirtiéndose en una cifra preocupante ya que demuestra que no están lo suficientemente informados sobre lo que ocurre con su cuerpo, pudiendo ser esto la causa de embarazo en la adolescencia, enfermedades de transmisión sexual e incluso hijos con discapacidad.

Las tasas de aborto entre adolescentes españolas casi se duplicaron en la pasada década, según un estudio del CIS, que constata que las interrupciones del embarazo crecieron principalmente entre mujeres activas mientras los índices entre las que carecían de ingresos propios se mantuvieron igual. El estudio "Determinantes sociales de la interrupción del embarazo en España", elaborado por Margarita Delgado y Laura Barrios, analiza el periodo entre 1991 y 2001, cuando el número total de abortos pasó de 41.910 a 69.857, es decir, se multiplicó por 1,67.



En número absolutos, el número de abortos entre las adolescentes pasó de 5.441 en 1991 a 9.918 en 2001, es decir, se multiplicaron por 1,82, la cifra de multiplicación mayor de todos los tramos de edad, seguido del de personas de entre 25 y 29 años (1,69) y el de 20 y 24 años (1,68). En Ecuador uno de cada cinco abortos es de adolescentes. En nuestro estudio los resultados nos demuestran que tan solo el 2,2% de los y las adolescentes abortarían en caso de embarazarse y tomarían como primera opción buscar ayuda profesional, lo que nos hace pensar que se está tomando conciencia sobre este tema.

4.3 CONCLUSIONES

La presente investigación nos muestra la realidad de los y las adolescentes de los colegios César Vázquez Astudillo, Técnico Industrial Ricaurte y Nacional Nulti, cuyas principales características fueron: habitan en sectores rurales, son en su mayoría estudiantes de los décimos y primeros de bachilleratos y sus edades oscilaron entre los 14 y 16 años. Se evidenció una la falta de conocimiento sobre este tema.

Como conclusiones se obtuvieron las siguientes:

- La mayor población encuestada fue la del Colegio Técnico Industrial Ricaurte.
- En relación a la edad el grupo de los 14 años representó el mayor porcentaje.
- Los y las adolescentes desconocían sobre los cambios puberales, los términos menarca y espermarca en un 94,7% y 94,4% respectivamente.
- Para este grupo atáreo fue importante el conocimiento de su pareja previo al inicio de las relaciones sexuales.
- Ningún adolescente refirió haberse embarazado.
- El 20,3% no sabía cómo se produce un embarazo.
- En lo relacionado a actitudes la aceptación del embarazo presentó un aumento del 34,7% luego de la intervención educativa ubicándose en el 95,3%, el 99,4% respondió en el postcaps que no ocultaría el embarazo.
- Los controles médicos y la adecuada alimentación fueron escogidos como los requisitos más importantes para el desarrollo de un buen embarazo.
- En el precaps el 88,4% conocían que es una discapacidad, lo significativo de esta pregunta fue que en el postcaps en donde el 100% emitió su opinión positiva.
- Según los adolescentes encuestados el embarazo en la adolescencia no fue considerado como factor para la discapacidad en un 75,9%, este porcentaje disminuyó al 44,7% en el postcaps.
- Según la opinión de los adolescentes, los problemas físicos y mentales son las consecuencias que presenta un niño con discapacidad, seguido de la discriminación por la sociedad.

- La actitud de los adolescentes frente a un hijo con discapacidad, en el precaps la opción más escogida fue buscar ayuda, luego de la intervención aumentó el porcentaje 95,3% en la misma opción. La opción ignorar el problema en el precaps es el 11,3% en cambio en el postcaps este porcentaje disminuyó al 4,7%. Los ítem dar en adopción y abandonar no representó mayor porcentaje tanto en el precaps como en el postcaps.
- De los adolescentes encuestados el 45,9% se enfocaron en no consumir alcohol y drogas como una forma de prevenir la discapacidad, de igual manera en el postcaps con el 47,5%. En el postcaps las opiniones son reforzadas.
- Luego de la aplicación de la encuesta inicial, se diseño y aplicó un Programa de Intervención Educativa con énfasis en educación Sexual y Prevención de Discapacidades. Luego del 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.
- 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.
- La intervención elevó el conocimiento, logrando una mayor aceptación y conciencia acerca de sexualidad, embarazo y discapacidad.

4.4 RECOMENDACIONES

Luego de haber realizado la presente investigación podemos recomendar lo siguiente:

1. La educación sexual debe ser abordada a los y las adolescentes de forma clara y precisa, por profesionales capacitados en el área, para que de esta manera formen adolescentes responsables de su sexualidad, con valores y productivos ante determinadas circunstancias de la vida.
2. La educación sexual debe ser dada a conocer desde el seno familiar, ya que son los principales formadores de los adolescentes los; y de esta manera eliminar los prejuicios y tabúes relaciones a este tema.
3. El departamento del DOBE, debería PLANIFICAR Y DESARROLLAR talleres de educación sexual para padres con la intención de lograr una educación integral de los y las adolescentes de las diferentes instituciones educativas.
4. Los talleres deberían ser continuos y eficientes, respetando la edad cronológica de cada adolescente, en especial en los colegios del área rural que es donde se aprecio un alto índice de desconocimiento y de igual manera hacer participes de esta responsabilidad a los catedráticos, a través de una actualización en la realidad de sus alumnos.
5. Distribuir material bibliográfico (folleto didáctico) a los y las adolescentes para difundir y mejorar sus conocimientos e inquietudes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía citada

1. BRUNET Flores Beatriz Bárbara. Portales Médicos. Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Neonatología. Complicaciones más frecuentes del embarazo en adolescentes, disponibles en: <http://www.portalesmedicos.com>. Consultado en Noviembre de 2010.
2. ISSLER, R. Juan, Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107 - Agosto/2001 Página: 11-23 Consultado julio de 2010. Disponible en: <http://www.med.unne.edu.ar> . Consultado en noviembre de 2010
3. I. Municipalidad de Cuenca, Fundación Municipal de la Mujer y el Niño. Proyecto “Embarazo y Maternidad en la Adolescencia” Disponible en: <http://www.cuenca.gov.ec> .Consultado en Julio de 2010.
4. Vigía, La Adolescencia, Consejo Consultivo de UNICEF en México. Disponible en: <http://www.unicef.org> . Consultado en octubre de 2010.
5. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Disponible en: <http://www.who.int> .Consultado en julio de 2010.
6. Organización Mundial de la Salud (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. Disponible en: <http://www.who.int> Consultado en diciembre de 2010.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000). Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción. Antigua: OPS. Disponible en: <http://www.buenastareas.com> .Consultado en Enero 2011

8. Educación Sexual en la Escuela. Disponible en: <http://www.buenastareas.com> . Consultado en diciembre de 2010.
9. Embarazo saludable. Salud antes de la concepción. Disponible en: <http://www.womenshealth.gov> . Consultado en diciembre de 2010.
10. Actividad Física en el Embarazo. Disponible en: <http://www.actividadfisica.net> . Consultado en diciembre de 2010.
11. ¿Qué es la discapacidad? Disponible en: <http://www.nl.gob.mx> . Consultado en diciembre de 2010.
12. Parálisis Cerebral Infantil. Disponible en: <http://www.neurorehabilitacion.com> Consultado en Octubre de 2010
13. Embarazo en la adolescencia y su relación con el bajo peso al nacer. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com> . Consultado en diciembre del 2010.
14. Dulanto E., El adolescente, Año 2000. Ed. McGraw-Hill Interamericana, Impreso en México.

Bibliografía consultada:

- A. ANDALUZ P. José A. Embarazo Adolescentes, Reflexión Responsable. Disponible en: <http://www.diariocorreo.com.ec> . Consultado en Julio de 2010
- B. Artículo Z. Guías para un embarazo saludable. Disponible en: <http://www.articuloz.com> . Consultado en Agosto de 2011.
- C. Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Institutos Nacionales de la Salud. Embarazo en la adolescencia Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov> . Consultado en octubre de 2010.
- D. BRUNET Flores Beatriz Bárbara. Portales Médicos. Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Neonatología. Complicaciones más frecuentes del embarazo en adolescentes Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com> . Consultado en Diciembre de 2011.
- E. Salud sexual y reproductiva. Disponible en: <http://www.aprofe.org.ec>
- F. El Bebé Prematuro, Pautas de Actuación para Padres Inexpertos, Bruno Nievas. Mi Pediatra. Asociación Española de Pediatría. Abril 2008. Nº 27. Pag, 40,41
- G. El Centro de Enseñanza en el Embarazo. El Embarazo en las Adolescentes. Disponible en: <http://www.nacersano.org> . Consultado en Diciembre de 2010.

- H. ISSLER, R. Juan, Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107 - Agosto/2001 Página: 11-23. Disponible en: <http://www.med.unne.edu.ar> .Consultado en Noviembre de 2010.
- I. LAGMAN. Embriología Médica con Orientación Clínica. Novena Edición. Buenos Aires Argentina. Editorial Médica Panamericana 2004.Pag. 164
- J. Ministerio de Salud Pública (Msp), /Ministerio de Educación (Me), /Ministerio de Inclusión Económica y Social (Mies), Ministerio Coordinador De Desarrollo Social (Mcds), Instituciones y ONGS Que Trabajan por y para la Salud en la Adolescencia, Disponible en: <http://prenatal.tv/lecturas/ecuador> .Consultado en julio de 2011.
- K. MOORE Persuad, Embriología Clínica, El Desarrollo del ser Humano, 7ma Edición Madrid –España 2004, Pág. 37,40, 96
- L. Municipalidad de Cuenca, Fundación Municipal de la Mujer y el Niño. Proyecto “Embarazo y Maternidad en la Adolescencia” Disponible en: <http://www.cuenca.gov.ec> Consultado en julio de 2010.
- M. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Disponible en: <http://www.who.int> .Consultado en julio de 2011.
- N. PAPALIA, Diane. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Editorial Mc Graw Hill 3ra. Edición. Pág. 608-613.

- O. Portal Educativo “Educarecuador”, Estimulación Prenatal. Disponible en: <http://www.educarecuador.ec> . Consultado en Diciembre de 2011.
- P. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health Vol. 16. <http://www.ingentaconnect.com> . Consultado en Julio 2011
- Q. ROSERO Garcés, R., Realidad de la Salud de las Mujeres en el Ecuador, 2007. Disponible en: <http://www.rociorosero.com> . Consultado en octubre de 2010.
- R. VIZCAÍNO, Pilar, Estimulación Intrauterina, Disponible en: <http://www.waece.org> Consultado en Diciembre de 2011
- S. Womens healt. Gov. La Fuente de Información del Gobierno Federal sobre la Salud de la Mujer. Embarazo Saludable. Disponible en: <http://womenshealth.gov> Consultado en Noviembre de 2010.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

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, Jacqueline Aldaz Viscaíno, Cristina Auqui Quintuña, Belén González Vinces, 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 VÁZQUEZ ASTUDILLO, TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE NULTI 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.

Atentamente,

Lcda. Silvia Sempértegui León

Dra. Nancy Auquilla Díaz

DIRECTORA ESCUELA DE

DIRECTORA DEL PROYECTO DE TESIS

TECNOLOGIA MÉDICA

Anexo 2



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE

PADRES Y/O MADRES DE FAMILIA, O REPRESENTANTE LEGAL

Nosotras Jacqueline Aldaz Viscaíno, Cristina Auqui Quintuña, Belén González Vincs 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 CÉSAR VÁZQUEZ ASTUDILLO, TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE NULTI, 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 llamada 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:.....,



UNIVERSIDAD DE CUENCA

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, Jacqueline Aldaz Viscaíno, Cristina Auqui Quintuña, Belén González Vincs 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 CÉSAR VÁZQUEZ ASTUDILLO, TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE Y NULTI, 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 llamada 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 TÉSIS 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 VÁZQUEZ ASTUDIJO TÉCNICO INDUSTRIAL RICAURTE Y NIUJI. 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.

Adeuada alimentación.

Evitar sustancias tóxicas. (Alcohol, cigarrillo, drogas, etc.)

Ambiente adecuado

Apoyo

9.- ¿Sabes qué es una discapacidad?

Sj---

No-----

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

Consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Automedicación.

Embarazos no deseados ni planificados.

Violencia hacia las mujeres embarazadas.

Falta de controles médicos.

Enfermedades de transmisión sexual.

Embarazos en menores de 18 años.

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

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?

.....

.....

.....

Anexo 5

PROGRAMA EDUCATIVO

SEXUALIDAD, ADOLESCENCIA Y PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES



Proyecto CERCA

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

Coordinadora del Proyecto: Dra. Nancy Auquilla

AUTORAS:
Jacqueline Aldaz V.
Cristina Auqui Q.
Belén González V.

CUENCA 2011 - 2012

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

Se busca formar y fortalecer el sistema de atención primaria en salud, haciéndolo más acorde a las necesidades sexuales y reproductivas de los adolescentes, mediante la intervención en la comunidad, mejorando el acceso a servicios médicos primarios de la calidad, con un ambiente adecuado y con personal capacitado.

Dentro de los objetivos de este proyecto tenemos:

- Determinar las necesidades sexuales y reproductivas de la salud de adolescentes de los tres países latinoamericanos.
- Desarrollar estrategias de intervención comprensivas e integradas 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 la salud sexual, extendidas a la comunidad, enmarcados y tendientes a mejorar el sistema de 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 los Medios (mensajes de texto e internet).

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa que comprende entre los 13 y 19 años de edad. El periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y culmina con la elaboración del proyecto de vida.

En esta etapa sus emociones, sentimientos y curiosidad sexual se intensifican como también las tentativas de conducta sexual con sus pares por lo cual es importante trabajar en este periodo ya que son pocos los adolescentes que están informados de los riesgos que corren siendo el más común el embarazo a temprana edad.

Al embarazo en la adolescencia se lo define como: ***"El que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal, el tiempo transcurrido desde la menarca o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".¹***

Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, en los últimos 10 años se reportaron 198.332 adolescentes embarazadas, y dentro de la población general, en este periodo se presentaron 766,765 problemas durante el embarazo.

En tanto que, desde el año 2005 al 2009 las cifras fueron de 182.531 embarazos en adolescentes y 464.812 mujeres embarazadas de la población general, que presentaron problemas en la gestación.

La presente investigación pretende intervenir mediante talleres de capacitaciones a este grupo etáreo, para en una segunda fase medir el impacto de la intervención, mediante un post test que mida el nivel de conocimientos, las actitudes y prácticas sobre embarazos en la adolescencia y la prevención de discapacidades.

Como aporte a la intervención se entregará el presente módulo didáctico para prevenir las discapacidades en el recién nacido y será entregado a los colegios: Nulti, Técnico Industrial Ricaurte y César Vázquez Astudillo, y al mismo tiempo implementar un programa educativo y su posterior evaluación.

TEMA 1

SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA



La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como *"Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad,*

disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".²

Este tema aún genera conflictos por los tabúes y mitos existentes, tales como, que brindar educación y atención en esta área generará libertinaje y no libertad; que aumentarán las relaciones coitales no protegidas y la precocidad sexual.

La salud sexual y la salud reproductiva (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (frente a las alternativas existentes, es la persona quien decide en última instancia).



Adolescencia

“El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto”.³

Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual. En ésta etapa su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como la ausencia de conocimientos adecuados acerca de la sexualidad.

Los cambios biológicos que señalan el fin de la niñez incluyen el crecimiento repentino del adolescente, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la aparición de la menarca o primera menstruación, el comienzo en los varones el desarrollo puberal, el aumento en las tallas y la aparición de la espermarca o primera eyaculación. La adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana.

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Adolescencia Temprana (10 a 13 años).- Biológicamente es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca (mujeres) y espermarca (hombres).

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales, con grandes incertidumbres por su apariencia física.



Adolescencia Media (14 a 16 años).- Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

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

Adolescencia Tardía (17 a 19 años).- Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores, con metas vocacionales reales.



ACTIVIDADES

¿Qué es la sexualidad?

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

Con sus propias palabras escriba ¿Qué es la Adolescencia?

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

Enumere las Etapas de la Adolescencia y las edades en las que se comprenden cada una.

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

Escriba cuatro cambios que ocurren en la Adolescencia.

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

TEMA 2

PUBERTAD



La pubertad es el tiempo en el cual las características físicas y sexuales de un niño maduran y se presenta debido a cambios hormonales.

La edad exacta en la cual un niño ingresa a la pubertad depende de muchos factores diferentes, como los genes, la nutrición y el sexo de la persona. Durante la pubertad, las glándulas endocrinas producen hormonas que causan cambios corporales y el desarrollo de las características sexuales secundarias.

En las niñas, los ovarios comienzan a incrementar la producción de estrógeno y otras hormonas femeninas.

En los niños, los testículos aumentan la producción de testosterona.

Las glándulas suprarrenales producen hormonas que provocan un aumento en la sudoración de las axilas, olor del cuerpo, el acné, al igual que en el vello axilar y púbico. Este proceso se denomina adrenarquia. El niño a menudo necesitará un desodorante o un antitranspirante durante este tiempo.

CAMBIOS EN LAS NIÑAS

El desarrollo de las mamas es el signo principal de que una niña está entrando a la pubertad y a esto le sigue el primer período menstrual al cual se lo denomina **MENARCA**.

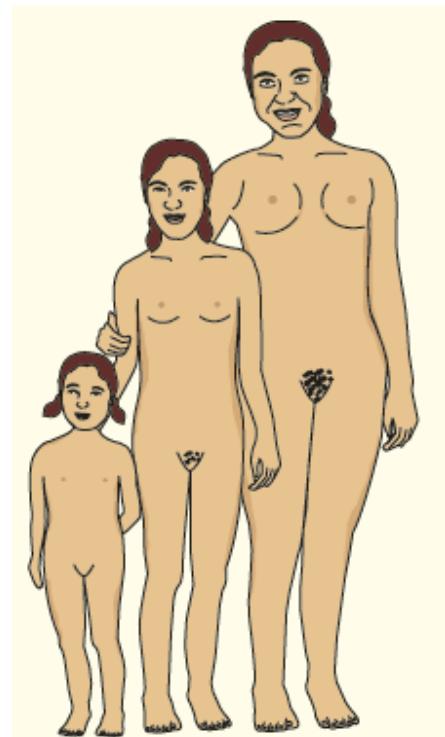
Antes de la llegada de la primera menstruación, una niña normalmente tendrá:

- Un aumento en la estatura
- Ensanchamiento de las caderas
- Secreciones vaginales claras o blanquecinas
- Crecimiento de vello en el pubis, las axilas y las piernas

Los ciclos menstruales ocurren aproximadamente en un período de un mes (28 a 32 días) y al principio pueden ser irregulares. Una niña puede pasar dos meses entre períodos o tener dos períodos en un mes, pero con el tiempo éstos se vuelven más regulares. Hacer un seguimiento de cuándo ocurre el período y de cuánto tiempo dura puede ayudarle a predecir cuándo debe tener su próximo período menstrual.

Después de que comienza la menstruación, los ovarios empiezan a producir y liberar ovocitos, los cuales han estado almacenados en dichos ovarios desde el nacimiento. Aproximadamente cada mes, después de que empieza la menstruación, un ovario libera un huevo llamado óvulo, que baja por la trompa de Falopio, la cual conecta el ovario al útero.

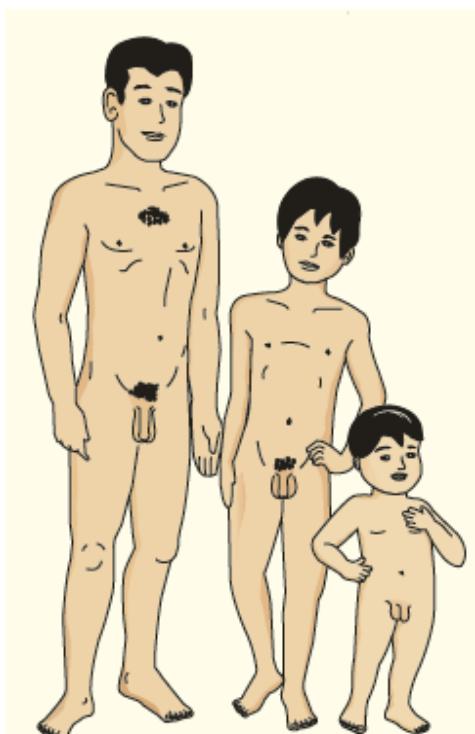
Cuando el óvulo llega al útero, el revestimiento uterino se vuelve grueso con sangre y líquido. Esto sucede de tal suerte que si el óvulo es fertilizado, éste pueda crecer y desarrollarse en dicho revestimiento con el fin de producir un bebé. (Es importante recordar que la fertilidad llega antes que la madurez emocional y el embarazo puede ocurrir antes de que una adolescente esté preparada para la maternidad.)



Si el óvulo no se encuentra con el espermatozoide de un hombre y no es fecundado, se disuelve. El revestimiento que se ha engrosado se desprende y forma el flujo de sangre menstrual que sale del cuerpo a través de la vagina.

Durante o justo antes de cada período, la niña puede sentirse de mal humor o emotiva y su cuerpo se puede sentir inflado o hinchado (distendido). El síndrome premenstrual (SPM) puede comenzar a desarrollarse, sobre todo a medida que la niña crece.

CAMBIOS EN LOS NIÑOS



El primer signo de pubertad en los niños es el agrandamiento de ambos testículos. Después de esto, los niños normalmente experimentarán:

- Crecimiento acelerado, sobre todo de estatura
- Crecimiento de vello en el área de los brazos, la cara y el pubis
- Aumento del ancho de los hombros
- Crecimiento del pene, del escroto (con enrojecimiento y pliegue de la piel) y los testículos
- Eyaculaciones durante la noche (emisiones nocturnas o "poluciones nocturnas")
- Cambios en la voz

Los testículos constantemente producen espermatoцитos, los mismos son liberados como parte de un proceso normal para dar cabida a los espermatozoides nuevos, este proceso se denomina eyaculación. A la primera eyaculación que se produce en la pubertad se la denomina **ESPERMARCA**. Esto puede ocurrir de forma automática durante el sueño (poluciones nocturnas) o después de una masturbación o una relación sexual. Las poluciones nocturnas son una parte normal de la pubertad.

ACTIVIDADES

¿Qué entiende por pubertad?

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

¿Qué es una eyaculación y cuáles son las maneras en las que puede producirse?

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

¿Qué cambios ocurren en las mujeres en la pubertad?

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

Hacer grupos de trabajo y exponer los cambios en la pubertad tanto de niños y niñas de la manera más creativa.

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

TEMA 3

EMBARAZO SALUDABLE



“Las mujeres y los hombres deben prepararse para el embarazo antes de pasar a ser sexualmente activos, o por lo menos 3 meses antes del embarazo”⁴

Recomendaciones para un embarazo saludable

- No fumar y consumir alcohol.
- No automedicarse.
- Evitar el contacto con sustancias o materiales tóxicos que podrían provocar infecciones.

La Alimentación Tomar ácido fólico, hierro durante los 3 meses antes de quedar embarazada, disminuirá el riesgo de algunos defectos de nacimiento del cerebro y la columna vertebral. Es importante lograr un equilibrio apropiado de minerales, calcio y metales para un embarazo saludable.

La relajación y la actividad física el objetivo, es poner en las mejores condiciones posibles la musculatura de la mujer, en especial la del abdomen, columna y pelvis, ayudando a recuperarse rápidamente.

Tener una estabilidad emocional, la salud emocional el estado de ánimo de la madre influye directamente al niño, a través de la producción de hormonas y del sistema nervioso, sobre las defensas para resistir a las enfermedades.

ACTIVIDADES

Anote 3 recomendaciones para un embarazo saludable.

.....

.....

.....

TEMA 4

ADOLESCENCIA Y EMBARAZO

El embarazo en adolescentes es un asunto complejo, con muchas razones para preocuparse. Los adolescentes más jóvenes (12 a 14 años de edad), tienen mayor probabilidad de tener relaciones sexuales no planeadas y de ser forzados al sexo.

“El embarazo irrumpen en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo”.⁵

CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES

Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana.

Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo.

Sociedad Permisiva: Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

Sociedad Alentadora: Para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo.



LOS ESTRATOS SOCIALES:

Estratos medio y alto: La mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente.

Estratos más bajos: Donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

LAS COMPLICACIONES PSICOSOCIALES:

- Abandono de los estudios.
- Deficiente vínculo laboral, inclusive posterior al parto.
- Dependencia económica importante.
- Elevada tendencia a la imitación de roles.

FACTORES PREDISPONENTES

- Menarca Temprana
- Inicio Precoz de Relaciones Sexuales
- Familia Disfuncional
- Bajo Nivel Educativo
- Migraciones Recientes
- Pensamientos Mágicos
- Fantasías de Esterilidad
- Falta o Distorsión de la Información



FACTORES DETERMINANTES

- Relaciones Sin Anticoncepción
- Abuso Sexual
- Violación

ACTIVIDADES

Anote los 4 factores predisponentes para un embarazo en adolescentes:

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

¿Anote la diferencia entre estratos medio- alto y bajo?

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

Conteste: con una (V) si es verdadero o con una (F) si es falso a las siguientes preguntas:

Los factores determinantes para un embarazo en adolescentes es: bajo nivel educativo, migraciones recientes, familia disfuncional.	
La Sociedad Restrictiva tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo.	
Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana.	
Sociedad Alentadora Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados	

TEMA 5



DISCAPACIDAD RELACIONADA CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

La Organización Mundial de la Salud define a la discapacidad como “**cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano**”⁶

La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.

Los niños nacidos de madres adolescentes tienen más probabilidades de tener un nacimiento prematuro en el que el sistema respiratorio es uno de los más afectados el bebé no puede expandir sus pulmones y respirar por sí solo, también presentar bajo peso al nacer y de padecer otros problemas de salud serios, e incluso la muerte.

Los hijos de madres adolescentes tienen más probabilidades de morir durante su primer año de vida, que los bebés de madres de entre 20 y 40 años de edad. El riesgo es mayor para los bebés de madres de menos de 15 años de edad. Los padres adolescentes no se encuentran en condiciones de proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su hijo.

FACTORES

Los factores que pueden ayudar para que exista o no algún tipo de discapacidad durante el embarazo pueden ser:

- Inadecuada alimentación.
- Consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- Automedicación.
- Embarazos no deseados ni planificados.
- Violencia hacia las mujeres embarazadas
- Embarazos en madres menores de 18 años.
- Falta de consultas prenatales o consultas no realizadas con frecuencia, es decir las necesarias para un menor riesgo de embarazo.
- Desconocimiento del grupo sanguíneo y del factor Rh
- Enfermedades de transmisión sexual
- Peligros ambientales.





Prevención de discapacidades

- No automedicarse, tomar medicinas sin prescripción médica durante la etapa del embarazo puede producir malformaciones congénitas.
- La buena alimentación de la madre la importancia del consumo de suplementos alimenticios de minerales como hierro, calcio, magnesio y zinc, para evitar algunas alteraciones en la madre y niño.
- Es importante acudir regularmente a los chequeos prenatales, las consultas prenatales ayudan a identificar posibles problemas y a encontrar soluciones frente a ellos.
- Cuando una mujer embarazada ingiere cualquier tipo de sustancias como el alcohol, tabaco o drogas puede ser dañino para el bienestar y salud del niño, el consumo de estos produce daños cerebrales en el niño intraútero, partos prematuros, niños de bajo peso.



ACTIVIDADES

1.- ¿Qué es una discapacidad?

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

2.- Enumere 5 factores que influyen para tener un hijo en la discapacidad

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

3.- Enumere 3 maneras de prevenir una discapacidad:

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

Citas Bibliográficas

1. BRUNET Flores Beatriz Bárbara. Portales Médicos. Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Neonatología. Complicaciones más frecuentes del embarazo en adolescentes, disponibles en: <http://www.portalesmedicos.com>. Consultado en Noviembre de 2010.
2. Organización Mundial de la Salud (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. Disponible en: <http://www.who.int> Consultado en diciembre de 2010.
3. Vigía, La Adolescencia, Consejo Consultivo de UNICEF en México. Disponible en: <http://www.unicef.org> . Consultado en octubre de 2010.
4. Embarazo saludable. Salud antes de la concepción. Disponible en: <http://www.womenshealth.gov> . Consultado en diciembre de 2010.
5. Actividad Física en el Embarazo. Disponible en: <http://www.actividadfisica.net> . Consultado en diciembre de 2010.
6. ¿Qué es la discapacidad? Disponible en: <http://www.nl.gob.mx> . Consultado en diciembre de 2010.

Bibliografía Consultada

- A. ANDALUZ P. José A. Embarazo Adolescentes, Reflexión Responsable. Disponible en: <http://www.diariocorreo.com.ec> . Consultado en Julio de 2010
- B. Artículo Z. Guías para un embarazo saludable. Disponible en: <http://www.articuloz.com> . Consultado en Agosto de 2010.
- C. Ministerio de Salud Pública (Msp), /Ministerio de Educación (Me), /Ministerio de Inclusión Económica y Social (Mies), Ministerio Coordinador De Desarrollo Social (Mcds), Instituciones y ONGS Que Trabajan Salud en la Adolescencia, Disponible en: <http://prenatal.tv/lecturas/ecuador> . Consultado en julio de 2010.
- D. PAPALIA, Diane. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Editorial Mc Graw Hill 3ra. Edición. Pág. 608-613.
- E. Pubertad y Adolescencia. Medline Plus. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001950.htm>
- F. Womens healt. Gov. La Fuente de Información del Gobierno Federal sobre la Salud de la Mujer. Embarazo Saludable. Disponible en: <http://womenshealth.gov> Consultado en Noviembre de 2010.