

ORIGINAL

## Linking with society from the midwifery career: strategies applied in the pelileo educational unit

### Vinculación con la sociedad desde la carrera de obstetricia: estrategias aplicadas en la unidad educativa pelileo

Laica Sailema Silvia Alexandra<sup>1</sup>, Ruth Alexandra Ramos Villacís<sup>1</sup>  , Monica Gabriela Chachalo Sandoval<sup>1</sup>  , Mayra Alexandra López Villagrán<sup>1</sup>  

<sup>1</sup>Universidad Regional Autónoma de los Andes. Matriz Ambato, Ecuador.

**Citar como:** Laica Sailema SA, Ramos Villacís RA, Chachalo Sandoval MG, López Villagrán MA. Linking with society from the midwifery career: strategies applied in the pelileo educational unit. Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias. 2025; 4:630. <https://doi.org/10.56294/sctconf2025630>

Enviado: 15-04-2024

Revisado: 03-09-2024

Aceptado: 08-02-2025

Publicado: 09-02-2025

Editor: Prof. Dr. William Castillo-González 

Autor para la correspondencia: Ruth Alexandra Ramos Villacís 

#### ABSTRACT

This research analyzes the impact of sexual and reproductive health workshops on adolescents in the Pelileo canton, with the objective of correcting misconceptions and reducing the risk of unwanted pregnancies. In Ecuador, a high percentage of young people access inaccurate information on the internet, which generates misinformation and negative consequences. Through the project of linking with society, the Obstetrics career promotes education on contraceptive methods and pregnancy prevention. The methodology is bibliographic, non-experimental, quantitative and field, applied to high school students of the Pelileo Educational Unit.

**Keywords:** Sexual Health; Adolescents; Pregnancy Risks; Pelileo Educational Unit.

#### RESUMEN

Esta investigación analiza el impacto de los talleres de salud sexual y reproductiva en adolescentes del cantón Pelileo, con el objetivo de corregir conceptos erróneos y reducir el riesgo de embarazos no deseados. En Ecuador, un alto porcentaje de jóvenes accede a información inexacta en internet, lo que genera desinformación y consecuencias negativas. A través del proyecto de vinculación con la sociedad, la carrera de Obstetricia promueve la educación en métodos anticonceptivos y prevención de embarazos. La metodología es bibliográfica, no experimental, cuantitativa y de campo, aplicada a estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Pelileo.

**Palabras clave:** Salud Sexual; Adolescentes; Riesgos de Embarazo; Unidad Educativa Pelileo.

#### INTRODUCCIÓN

La investigación presentada tiene como objetivo sensibilizar a los adolescentes sobre la importancia de conocer y aplicar buenas prácticas de salud sexual y reproductiva, con el fin de evitar consecuencias negativas como el embarazo no deseado, que afecta tanto el rendimiento académico como la calidad de vida, y que en muchos casos puede llevar a la deserción escolar. El desconocimiento sobre estos temas, exacerbado por el acceso a información errónea en internet, es un problema creciente en Ecuador. Para abordar esta situación, se considera fundamental partir de los conocimientos básicos sobre la pubertad y adolescencia, lo cual permite comprender mejor a los jóvenes de la actualidad y sus necesidades en este ámbito.

En este contexto, la investigación está orientada a los estudiantes de la Unidad Educativa Pelileo, con el propósito de brindarles herramientas que les ayuden a prevenir embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, y a mejorar sus hábitos en cuanto a la salud sexual y reproductiva. Para ello, la carrera de Obstetricia de la Universidad UNIANDES pone en práctica una de sus competencias profesionales específicas: la promoción y prevención en salud. A través de un enfoque metodológico cualitativo y cuantitativo, se busca contribuir a la mejora de la calidad de vida de los adolescentes mediante la educación sobre métodos anticonceptivos, creando un espacio de vinculación con la sociedad que permita fortalecer los conocimientos y habilidades de los jóvenes en relación a su salud sexual.

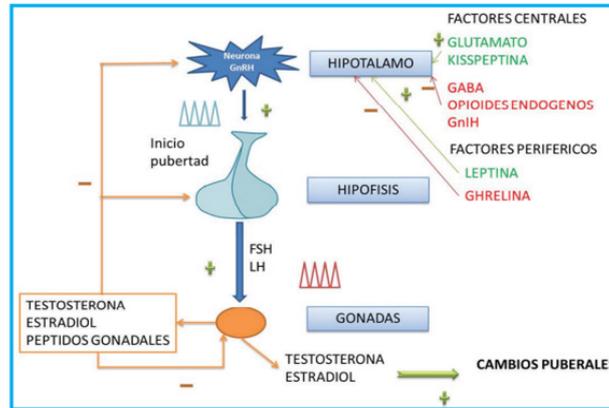


Figura 1. Conocimientos y habilidades de los jóvenes en relación a su salud sexual

La relación entre pubertad, nutrición y masa ósea Pubertad y nutrición: Existe una relación muy estrecha entre metabolismo y reproducción, debido a las señales periféricas que informan del estado nutricional del organismo al cerebro. De tal forma que la obesidad se relaciona con adelanto puberal y la desnutrición con retraso puberal.<sup>(1)</sup>

Pubertad y Masa ósea (MO): La mineralización ósea está determinada por la interacción de factores genéticos, ambientales y hormonales. Cada individuo tiene un potencial genético de desarrollo de la MO que solo se alcanza plenamente si los factores ambientales como la actividad física y la nutrición con aporte de calcio son óptimos. En los sujetos sanos la MO crece durante la infancia con un máximo durante la fase de adolescencia precoz e intermedia y se enlentece en la adolescencia tardía alcanzando el pico de masa ósea al final de la adolescencia. Un adecuado desarrollo óseo logrando un apropiado pico de masa ósea es fundamental para evitar la osteoporosis y la osteopenia en edades posteriores de la vida.<sup>(2)</sup>

Crecimiento y maduración física: Los cambios físicos en la pubertad son: Aceleración y desaceleración del crecimiento, cambios de la composición corporal y desarrollo de órganos y sistemas, así como maduración sexual (gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios). Existe una desaceleración del crecimiento que precede al pico de máxima velocidad de crecimiento, y que suele acontecer entre los 12 y 13 años en las chicas y entre los 14 y 15 años en los chicos.<sup>(3)</sup> El crecimiento puberal supone del 20 al 25 % de la talla adulta definitiva. En ambos sexos, durante el segundo año del estirón es cuando el incremento es mayor, de 5,8 a 13,1 cm en los chicos y de 5,4 a 11,2 cm en las chicas. Cada persona tiene su propio patrón de desarrollo, cuanto más precoz es la edad de comienzo de la pubertad la ganancia de talla durante la pubertad es mayor. Este crecimiento puberal no es armónico, sino que se crece por “segmentos”, con crecimiento inicial del segmento inferior (extremidades inferiores) y con un orden de crecimiento de distal a proximal, crecen primero los pies. La talla definitiva, se alcanza entre los 16-17 años en las chicas, puede retrasarse hasta los 21 años en los chicos. Los cambios más llamativos tienen lugar en la esfera sexual y se culminan con la adquisición de la fertilidad. La edad cronológica tiene poca correlación con la maduración sexual y el crecimiento puede ser muy variable; por ello es necesario conocer en todo adolescente, el índice de maduración sexual que se evalúa mediante los estudios de Tanner<sup>(4)</sup> y se basa en el desarrollo de los órganos genitales y caracteres sexuales secundarios.

En las mujeres el primer signo de desarrollo puberal es el aumento del botón mamario que puede iniciarse entre los 8-13 años, junto con aumento de la velocidad de crecimiento y acontece a una edad ósea de 11 años. Antes de los 8 años hablamos de pubertad precoz y después de los 13 de pubertad tardía. El pico de máxima velocidad de crecimiento ocurre relativamente pronto (Tanner II-III) mientras que la menarquia es un evento tardío, suele presentarse unos dos años tras la telarquia y señala en general, la disminución del crecimiento. En el 60 % de las chicas ocurre en el estadio IV de Tanner. La mejor referencia sobre su inicio es la edad de la menarquia de la madre y hermanas. El crecimiento tras la menarquia puede ser variable entre 4,3 cm (P10) y 10,6 cm (P90), media de 7 cm. La duración media de la pubertad en las chicas es de 4 años (rango 1,5-8 años)

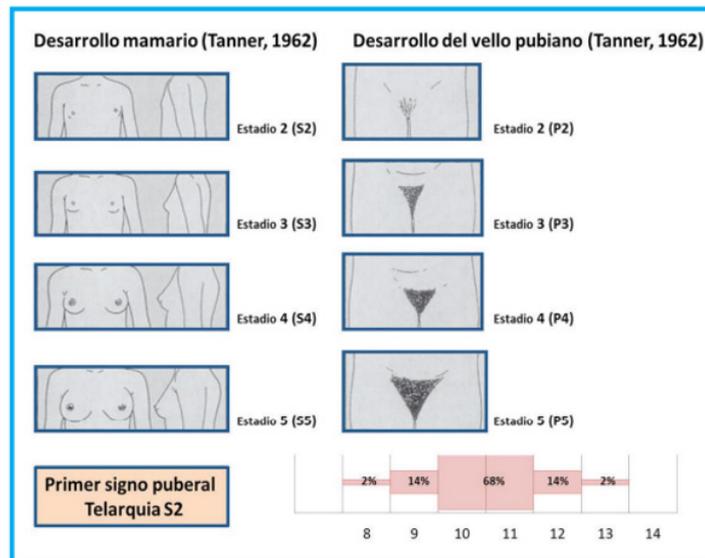


Figura 2. Desarrollo mamario y vello pubiano

En los VARONES la pubertad puede suceder dos años más tarde que en las chicas y por ello éstas pueden parecer más maduras físicamente que sus compañeros. El primer signo de desarrollo puberal en ellos es el aumento del volumen testicular, así como enrojecimiento y rugosidad de la bolsa escrotal que puede empezar entre los 9-14 años y acontece a una edad ósea de 13 años. Antes de los 9 años hablamos de pubertad precoz y después de los 14 de pubertad tardía. Un volumen de 4 ml (orquidómetro de Prader) o una longitud de 2,5 cm marcan el inicio puberal. Es seguido por el crecimiento del pene y la pubarquia. El pico de máxima velocidad de crecimiento es tardío en los chicos (Tanner IV) al igual que el cambio de voz. La eyaculación se produce generalmente en el Tanner III, estando la fertilidad asociada al estadio IV. Un 65 % presentan ginecomastia principalmente en el Tanner III-IV; la consistencia es firme, no adherida, algo molesta a la presión y menor de 4 cm. Se debe tranquilizar ya que el 90 % se resuelve en dos años. Si no se adapta a las características descritas habrá de estudiarse. La duración media de la pubertad en los chicos es de 3 años (rango 2-5 años)

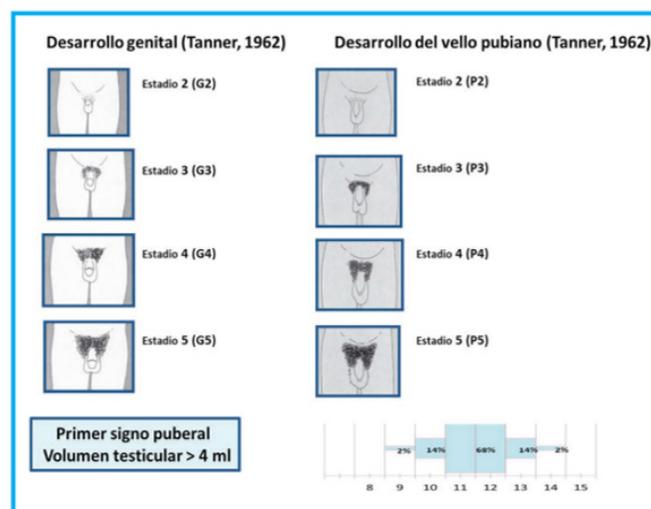


Figura 3. Desarrollo genital y vello pubiano

La pubertad un evento biológico y su definición obedece a criterios puramente estadísticos. La adolescencia es un proceso más amplio con cambios físicos, psicosociales y emocionales que se inicia con la pubertad; el final no está claramente delimitado dependiendo de cuando se completa el desarrollo en los diferentes aspectos referidos.<sup>(5)</sup>

### Adolescencia

Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer y en castellano dignifica: tener cierta imperfección o defecto y la otra crecimiento y maduración. Es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta, se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con

la pubertad, terminando alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial.<sup>(6)</sup> La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí:

- Adolescencia inicial (10-14 años).
- Adolescencia media (15-17 años).
- Adolescencia tardía (18-21 años).

Los adolescentes no forman un grupo homogéneo, existe una amplia variabilidad en los diferentes aspectos de su desarrollo; además los aspectos biológicos pueden influir en el desarrollo psicológico. Cuando el proceso de desarrollo está muy adelantado o retrasado respecto a sus compañeros, el adolescente tiene a menudo dificultades de adaptación y baja autoestima; por ejemplo, una chica de 11 años cuyo cuerpo está desarrollado como una de 15, o el chico de 14 años con un cuerpo como otro de 10 años. Por otro lado, la adolescencia no es un proceso continuo y uniforme; los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobre todo en momentos de estrés. Aunque este período puede ser muy tormentoso, la mayoría de los jóvenes y sus padres lo superan sin excesivos problemas.

Aspectos psicosociales durante la adolescencia Es sabido desde los trabajos de Piaget que durante la adolescencia se pasa del pensamiento concreto al abstracto con proyección de futuro, característico de la madurez. Sobre los 12 años se alcanza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto, a los 15-16 el desarrollo moral, saber lo que está bien y mal. Giedd en 2004 demostró, como hemos comentado, que hasta los 25-30 años no se alcanza el desarrollo completo de la corteza prefrontal, gracias a lo cual se adquiere la capacidad para discernir lo que conviene hacer (planificación, razonamiento y control de impulsos), es decir la maduración definitiva.<sup>(7)</sup> Esto explica la implicación del joven, hasta entonces, en conductas de riesgo. A diferencia del adulto que tiene el lóbulo frontal totalmente desarrollado, un adolescente puede dejarse llevar por el primer impulso emocional de ira (amígdala) ante un compañero que le insulta y empezar una pelea, o comprometerse en conductas arriesgadas. Aparte del importante crecimiento y desarrollo, los objetivos psicosociales a conseguir durante esta época son: lograr la independencia de los padres, tomar conciencia de la imagen corporal y aceptación del cuerpo. Establecer relaciones con los amigos, así como la adopción de estilos de vida y establecer la identidad sexual, vocacional, moral y del yo (figura 4).

	Adolescencia inicial	Adolescencia media	Adolescencia tardía
Independencia	< Interés por padres vacío emocional Comportamiento/humor inestables	> Conflicto con los padres, más tiempo amigos	Reaceptación consejos/ valores paternos Dudas para aceptarla
Imagen corporal	Preocupación por el cuerpo, ¿soy normal? Inseguridad Comparación	Aceptación del cuerpo Hacerle atractivo (TCA)	Aceptación cambios Imagen preocupa si anomalía
Amigos	Relaciones con amigos = sexo (+ ó -). Sentimientos ternura, miedos	> Integración amigos, Conformidad reglas, valores... separar familia R. heterosexuales...C.R.	< Importancia grupo < Experimentación > Relaciones íntimas
Identidad	> Capacidad cognitiva Autointerés y fantasías objetivos idealistas Intimidad Sentimientos sexuales No control impulsos	> Capacidad intelectual > Sentimientos (otros) notan sus limitaciones Omnipotencia ... Conductas de riesgo	P. Abstracto establecido Objetivos realistas Valores morales, religiosos, sexuales Comprometerse y establecer límites

Figura 4. Adquisición de objetivos psicosociales durante la adolescencia

Nota: TCA: trastorno del comportamiento alimentario, CR: conductas de riesgo, (+ó -) aspectos positivos (deporte, relaciones...) y negativos (implicarse en conductas arriesgadas) P. abstracto: pensamiento abstracto

### Embarazo

El embarazo es una secuencia de eventos que comienza con la fecundación, continúa con la implantación, el

desarrollo embrionario y fetal, y finaliza idealmente con el nacimiento alrededor de 38 semanas más tarde, o 40 semanas después de la última menstruación. El desarrollo prenatal (pre-, antes; -natal, nacimiento) abarca el tiempo que transcurre desde la fecundación hasta el nacimiento y se divide en tres períodos de tres meses cada uno, llamados trimestres.<sup>(8)</sup>

1. El primer trimestre es la etapa más crítica del desarrollo durante el cual aparecen las estructuras rudimentarias de los órganos más importantes; en su curso, el organismo en desarrollo es más vulnerable a los efectos de fármacos, radiaciones y microorganismos.
2. El segundo trimestre se caracteriza por el desarrollo casi completo de los aparatos y sistemas. Hacia el final de esta etapa, el feto ya tiene características humanas distintivas.
3. El tercer trimestre representa un período de rápido crecimiento fetal. En los comienzos de este período, la mayoría de los órganos, aparatos y sistemas se vuelven totalmente funcionales.

### **Embarazo no deseado en adolescentes**

Es aquel que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, menores de 19 años. Consecuencias biológicas y sociales, tanto para la madre como para el niño, de los embarazos a edades tempranas:

- Las madres muy jóvenes (especialmente las menores de 15 años) tienen una mortalidad materna 2,5 veces mayor que las de 20 a 24 años.
- Las adolescentes corren mayor riesgo de ganar poco peso durante el embarazo, sufrir hipertensión inducida por el embarazo, anemia, infecciones de transmisión sexual y desproporción cefalopélvica.
- Las adolescentes corren mayor riesgo de sufrir violencia y abuso sexual.
- Ante un embarazo que la adolescente no está en condiciones de llevar a término, la joven suele carecer de conocimientos, recursos y orientación para resolver su situación. Sola y vulnerable, recurre a los métodos más peligrosos con el fin de interrumpir el embarazo. Asimismo, el miedo a la censura la lleva a retrasar la asistencia a los servicios de salud para buscar ayuda frente a las complicaciones derivadas de un aborto incompleto. Esta cadena de acontecimientos coloca a la joven en alto riesgo de enfermedad y muerte.
- Los hijos de madres menores de 15 años corren un riesgo dos veces mayor de tener bajo peso al nacer (< 2 500 g) y tres veces mayor de morir en los primeros 28 días de vida que los niños de madres de mayor edad.
- La incidencia de muerte súbita es mayor entre los hijos de adolescentes y, más adelante, estos niños también sufren con mayor frecuencia enfermedades y accidentes.
- Los hijos de madres adolescentes corren mayor riesgo de morir durante sus primeros 5 años de vida. Un estudio comparativo para el que se usaron datos de encuestas de demografía y salud de 20 países muestra que este riesgo es un 28 % mayor para los hijos de adolescentes que para los de madres de 20-29 años.

Esta mayor mortalidad es consecuencia de las condiciones en las que se crían estos niños, caracterizadas por la pobreza, los cuidados deficientes y una utilización menor y más tardía de los servicios de salud. En general, este conjunto de problemas resulta de una combinación de factores: el bajo nivel socioeconómico, la inmadurez física de la madre, la falta de atención prenatal, los hábitos inadecuados relacionados con la salud (nutrición y tabaquismo, por ejemplo) y la inmadurez emocional.<sup>(9)</sup>

El embarazo también tiene consecuencias sobre las oportunidades de desarrollo de las jóvenes. Así, se ha observado repetidamente que las adolescentes embarazadas abandonan la escuela con mayor frecuencia que el resto, tienen mayor probabilidad de ser madres solteras o solas, van a tener un número mayor de hijos al final de su vida reproductiva y sus oportunidades de alcanzar un trabajo remunerado son menores

### **Prevención del embarazo no deseado**

Debe ampliarse la gama de anticonceptivos disponibles para responder a la diversidad de necesidades y preferencias de los potenciales usuarios, también es recomendable que se aproveche todo contacto con las personas que acuden a los servicios de salud para promover la anticoncepción y ofrecer servicios. Es importante recordar que el mal uso o la falta de uso de anticonceptivos es muchas veces el resultado de la pobreza de la información que se proporciona a los pacientes, de la falta de discusión sobre sus necesidades y de las limitadas opciones anticonceptivas disponibles. Además de los métodos que regularmente se ofrecen en la región (esterilización, anticonceptivos orales, dispositivo intrauterino, condón e inyectables), en los últimos años se han hecho enormes esfuerzos por informar y poner la anticoncepción de emergencia al alcance de todos, pero especialmente de las víctimas de la violencia sexual y de los jóvenes. Si la cobertura de planificación familiar fuera más amplia, la información y comunicación entre prestadores y usuarios de mejor calidad y la gama de métodos disponibles más amplia, el número de embarazos no deseados sería sustancialmente menor.<sup>(10)</sup>

## MÉTODO

La presente investigación es Aplicada ya que tiene la finalidad de mejorar la calidad de vida y contribuir con la construcción del conocimiento nuevo. Según su diseño esta Investigación es No experimental ya que este tipo de investigación no requiere la modificación de las variables, según su fuente de datos esta investigación es de campo ya que es un examen directo, interacción con el objeto de estudio, directamente por observación, según el enfoque de la investigación es cuantitativa ya que se basa en la medición numérica cuyos resultados serán estadístico, porque medirá en número a través de la aplicación de una encuesta cuyas preguntas identifican el tema de nuestra investigación y factores influyentes en ello.

Este estudio se lo ha realizado en la UNIDAD EDUCATIVA PELILEO, un muestreo por conveniencia para efectuar el presente estudio descriptivo orientado a identificar el número de adolescentes asistentes y su punto de vista sobre el embarazo no deseado y una serie de factores que se involucran directamente en los resultados justificara el campo de acción del estudiante de obstetricia en esta categoría, para ello las estadísticas informan que con un criterio de inclusión para esta encuesta participaran únicamente alumnos de bachillerato modalidad presencial y como criterios de Exclusión tenemos el resto de alumnos de la unidad educativa ya mencionada previamente

Para lo cual se se gestionaron los permisos respectivos con el fin de recibir la autorización de parte de autoridades máximas del plantel educativo para aplicar una encuesta totalmente anónima para que no se vean involucrados de manera directa ningún alumno así partimos de un universo de 30 encuestas de esta se han registrado los siguientes resultados en porcentajes como numéricos:

### Pregunta 1

¿Cuál es su valoración con respecto a los proyectos de Vinculación con la Sociedad que desarrollo UNIANDES en su unidad educativa? Mas del 50 % lo califico como muy satisfactorio.

### Pregunta 2

La calidad de las actividades de Vinculación con la Sociedad ha sido muy satisfactoria han respondido más del 50 %.

### Pregunta 3

UNIANDES a través de las actividades de vinculación ha cumplido sus expectativas de manera muy satisfactoria han respondido el 70 %.

### Pregunta 4

¿Considera Ud. que los proyectos de vinculación ejecutados por UNIANDES aportan a mejorar su calidad de vida y/o al desarrollo local? El 60 % respondió de manera satisfactoria.

### Pregunta 5

¿Considera que estos proyectos de vinculación permiten un acercamiento de la universidad con su comunidad? El 50 % respondieron de manera muy satisfactoria con 2 votos nulos.

### Pregunta 6

El cumplimiento de cronogramas y horarios de las actividades de vinculación ha sido satisfactorio respondió el 45 %.

### Pregunta 7

La Honestidad, Equidad y Responsabilidad con la que actuó el Docente encargado de Vinculación con la Sociedad ha sido muy satisfactorio contesto el 60 % de los encuestados.

### Pregunta 8

Cómo calificaría Ud. la disponibilidad de UNIANDES para resolver problemas de la sociedad y la participación en propuestas alternativas. El 55 % respondió muy satisfactorio.

### Pregunta 9

La habilidad y actitud de los estudiantes en el desarrollo de este proyecto de Vinculación con la Sociedad ha sido muy satisfactoria respondió el 71 % de estudiantes encuestados.

Donde su escala de valores es:

4: Muy satisfactorio.

3: Satisfactorio.

2: Poco satisfactorio.

1: Nada satisfactorio.

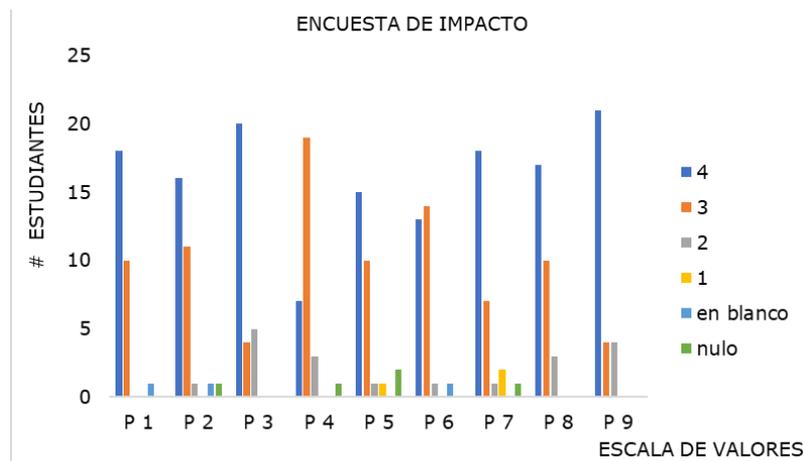


Figura 5. Encuesta

## CONCLUSIONES

En respuesta a los objetivos establecidos, se puede concluir que es posible reducir el riesgo de embarazo no deseado en adolescentes y aclarar dudas sobre salud sexual y reproductiva, haciendo especial énfasis en los métodos anticonceptivos. Para que las expectativas reproductivas se puedan concretar, es crucial proporcionar a los jóvenes programas y servicios de educación sexual y reproductiva de alta calidad. Estos recursos son esenciales para que los adolescentes asuman la responsabilidad de su sexualidad, evitando riesgos derivados de la falta de información adecuada. Sin el acceso oportuno a datos verídicos y de calidad, los jóvenes motivados no podrán cumplir con sus aspiraciones de forma segura.

Es imprescindible que esta información sea veraz, objetiva y libre de prejuicios o barreras morales. Los sectores educativos y de salud tienen la responsabilidad principal de ofrecer estos conocimientos en todas las oportunidades posibles. Los mensajes deben ser cuidadosamente adaptados a las características culturales y sociales de los destinatarios, para que sean comprensibles y efectivos. Solo a través de este enfoque inclusivo y accesible se logrará empoderar a los adolescentes, permitiéndoles tomar decisiones informadas y responsables sobre su salud sexual.

En respuesta a nuestros objetivos planteados concluiremos diciendo que si podemos:

Reducir el riesgo de embarazo no deseado en adolescentes, así como aclarar dudas sobre salud sexual y reproductiva, con énfasis en métodos anticonceptivos. Y para que las expectativas reproductivas puedan concretarse es fundamental poner al alcance de los jóvenes, programas y servicios de educación sexual y reproductiva, condición fundamental para que los adolescentes se hagan responsables de su sexualidad y no enfrenten riesgos derivados de esta, sin acceso a información oportuna y de buena calidad, los jóvenes motivados no podrán concretar sus aspiraciones. Esta información deberá ser veraz y objetiva, sin prejuicios ni barreras morales. Los sectores de la educación y la salud tienen la responsabilidad fundamental de ofrecerla en todas las oportunidades, adaptando los mensajes a las características culturales de aquellos a quienes van dirigidos.

## RECOMENDACIONES

A partir de lo expuesto, surge la necesidad urgente de implementar un servicio especializado en salud sexual y reproductiva que aborde las falencias existentes en el conocimiento y manejo de estos temas por parte de los adolescentes. Este servicio debe estar dirigido principalmente a los jóvenes, aprovechando la experiencia y el perfil profesional de los estudiantes de Obstetricia, cuya formación está orientada a tratar esta problemática de manera integral. Al involucrarse en este tipo de proyectos, los estudiantes no solo contribuirán significativamente a la comunidad, sino que también tendrán la oportunidad de aplicar y reforzar las destrezas y capacidades adquiridas durante su formación, permitiéndoles consolidar su perfil profesional mientras brindan un apoyo fundamental en la educación y prevención en salud sexual y reproductiva. Por lo expuesto anteriormente se crea la necesidad de implementar un servicio de especialidad en salud sexual y reproductiva dirigida a estas falencias tomando como autores principales a las estudiantes de obstetricia cuyo perfil profesional se especializa en esta problemática y a la vez el estudiante aplicara y reforzara sus destrezas y capacidades propias de su perfil profesional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández YJ. Influencia del déficit alimentario en el rendimiento académico - Revista Electrónica de Portalesmedicos.com [Internet]. 2010. Available from: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2292/2/Influencia-del-deficit-alimentario-en-el-rendimiento>

2. Ruiz-Echarri M, Longas AF, Dehesa EM. Evolución de la masa ósea de pacientes con pubertad precoz y pubertad adelantada tratados con análogos de LHRH. Anales De Pediatría [Internet]. 1999;51:499-504. Available from: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/51-5-9.pdf>

3. de Quintero OF. Conceptos básicos de crecimiento y maduración física. Vitae-revista De La Facultad De Química Farmacéutica [Internet]. 2012;(50). Available from: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_vit/article/view/3465](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vit/article/view/3465)

4. Tanner JM, Whitehouse RH, Takaishi M. Standards from birth to maturity for height, weight, height velocity, and weight velocity: British children, 1965. I. Arch Dis Child [Internet]. 1966;41(219):454-71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/adc.41.219.454>

5. Mock G. Una mirada a la sexualidad: Del nacimiento a la pubertad. Revista De Ciencias Sociales [Internet]. 2005;14:22-39. Available from: <https://revistas.upr.edu/index.php/rcs/article/view/5881>

6. Espinosa L, Luis J. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Internet]. 2004;24(90):57-71. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000200005&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000200005&script=sci_arttext)

7. Giedd JN. Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. Ann N Y Acad Sci [Internet]. 2004;1021(1):77-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1196/annals.1308.009>

8. Urbina C. Pacheco J. EMBARAZO EN ADOLESCENTES. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2006;52(2):118-123. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428180009>

9. Alonso García MC, Piñana López A, Cánovas Inglés A, Luquín Martínez R, Muñoz Ureña AM, Piñana López JA. Embarazo no deseado en adolescente en un área de salud. Semergen [Internet]. 2011;37(5):227-32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2011.01.002>

10. Pérez SC, Martínez BF, Muñoz P, Teresa M, Martín L, Alarcón CF, et al. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. Revista Española De Salud Pública [Internet]. 2005;79:581-9. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2005.v79n5/581-589/es>

#### **FINANCIACIÓN**

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

#### **CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

#### **CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA**

*Conceptualización:* Laica Sailema Silvia Alexandra, Monica Gabriela Chachalo Sandoval, Mayra Alexandra López Villagrán.

*Curación de datos:* Laica Sailema Silvia Alexandra, Monica Gabriela Chachalo Sandoval, Mayra Alexandra López Villagrán.

*Análisis formal:* Laica Sailema Silvia Alexandra, Monica Gabriela Chachalo Sandoval, Mayra Alexandra López Villagrán.

*Redacción - borrador original:* Laica Sailema Silvia Alexandra, Monica Gabriela Chachalo Sandoval, Mayra Alexandra López Villagrán.

*Redacción - revisión y edición:* Laica Sailema Silvia Alexandra, Monica Gabriela Chachalo Sandoval, Mayra Alexandra López Villagrán.