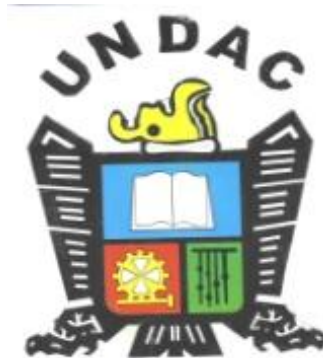


UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PLANIFICACIÓN Y PROYECTOS DE DESARROLLO



EFICACIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO “PREVENCIÓN DE RIESGOS
DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL” EN LOS/LAS
ADOLESCENTES DE LA I.E LEONARDO ALVARIÑO HERR,
ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013

TESIS
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO

Presentado por

Obsta. GONZALES RODRÍGUEZ, Luz Raída

Pasco Perú 2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PLANIFICACIÓN Y PROYECTOS DE DESARROLLO

TÍTULO

EFICACIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO “PREVENCIÓN DE RIESGOS
DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL” EN LOS/LAS
ADOLESCENTES DE LA I.E LEONARDO ALVARIÑO HERR,
ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013

PRESENTADO POR:

Obsta. Luz Raída GONZALES RODRIGUEZ

SUSTENTADO Y APROBADO ANTE LOS JURADOS

Mg. Daniel Joel PARIONA CERVANTES
PRESIDENTE

Mg. Fortunato Tarcisio INGA JACAY
MIEMBRO

Mg. Marina Luz ELIAS MORENO
MIEMBRO

Cerro de Pasco - 2017

DEDICATORIA

A Dios por haberme brindado la oportunidad de llegar a este nivel profesional; María de los Ángeles, mi hija, amiga por compartir mis sueños de seguir desarrollándome, a mis nietos por nacer y a los niños, niñas por nacer por ser la fuente de mi inspiración.

La autora.

AGRADECIMIENTO

A través de este espacio, quiero expresar mi gratitud al director de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr del distrito de San Ramón, así como a la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, por haberme brindado todas las facilidades para desarrollar esta investigación.

A las adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr del distrito de San Ramón, por haber participado activamente en el desarrollo de las diferentes actividades que comprende el Programa Educativo Propuesto.

A los maestros y amigos que apoyaron en la validación de los instrumentos de recolección de datos y validación del Programa Educativo para la prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal.

RESUMEN

Según ENDES 2009, la población adolescente en nuestro Perú oscila alrededor del 21 % de la población total. Asimismo, las mujeres comienzan a tener hijos a edades tempranas; se indica que antes de los 18 años, entre un 14,7% y 16;9% tuvieron su primer hijo, entre un 31,0 y un 33, 9% de las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años.

Luego de haber finalizado con el estudio sobre la efectividad de una propuesta educativa, encontramos que, con la aplicación del programa educativo se logró mejorar significativamente el conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal, hecho que se pudo constatar científicamente con las pruebas de hipótesis general y específicas a través del test “t” Student con un nivel de confianza del 95%.

En esta investigación se dispuso de un grupo experimental, a quienes se les aplicó una prueba de entrada sobre el conocimiento de prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal, luego se les administró el programa educativo propuesto por más de tres meses, finalmente se volvió a medir la variable dependiente, para determinar su efectividad. El instrumento que sirvió para medir el conocimiento inicial de prevención de las adolescentes consideradas en estudio fue validado, por lo que se constató su validez a través de tres expertos. Esto nos indica que los datos asimilados en esta investigación son correctos, los cuales garantizan los resultados obtenidos.

PALABRAS CLAVE:

Programa educativo

Prevención de riesgo de discapacidad en la etapa prenatal

ABSTRACT

According to ENDES 2009, the adolescent population in our Peru oscillates around 21 % of the total population. In like manner, the women begin to have children to youths; It is indicated than before the 18 years, between a 14.7 % and 16;9 % had their first son, between a 31.0 and 33 9 % of the women they procreated for the first time before the 20 years.

Right after having finalized with the study on the effectiveness of an educational proposal, we found than, with the application of the educational program it was managed to improve the knowledge on prevention *of risks of disability in the antenatal stage*, fact significantly than could verify him scientifically with the general and specific hypothesis testings through the test t Student with a confidence level of the 95 %.

You got ready of an experimental group in this investigation, whom were applied a proof from the start on the knowledge of prevention *of risks of disability in the antenatal stage*, next administrated the educational pickup proposed for over three months, finally the dependent variable, in order to determine his effectiveness went back to measure itself. The instrument that was useful for measuring the initial knowledge of prevention of the teens considered under consideration was validated, which is why his validity through three experts became verified. This indicates us the fact that the data assimilated in this investigation are right, which guarantee the obtained results.

KEY WORDS:

Educational program

Prevention of risk of disability in the antenatal stage

ÍNDICE O SUMARIO

PÁGINA DE JURADOS	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE O SUMARIO	vii
INDICE DE TABLAS	x
INDICE DE GRÁFICOS	xi
INTRODUCCIÓN	xii
PRIMERA PARTE: ASPECTOS TEÓRICOS	13
CAPÍTULO I	14
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.1. Identificación y planteamiento del problema	14
1.2. Delimitación de la investigación	24
1.3. Formulación del problema.....	24
1.3.1. Problema principal.....	24
1.3.2. Problemas específicos	24
1.4. Formulación de objetivos.	25
1.4.1. Objetivo general.	25
1.4.2. Objetivos específicos.....	25
1.5. Justificación de la investigación.	25
1.6. Limitaciones de la Investigación.....	27
CAPÍTULO II	28
MARCO TEÓRICO	28
2.1. Antecedentes de estudio.....	28
2.2. Bases teórica – científicas.....	31
2.2.1. Programa Educativo	32
2.2.1.1. Definición	32

2.2.1.2.	Fases del programa educativo:	32
2.2.1.3.	Pautas para desarrollar un programa educativo a través de las actividades educativas:	33
2.2.1.4.	Importancia de un programa de actividades educativas:	33
2.2.1.5.	Evaluación de programas educativos	34
2.2.2.	Discapacidad	36
2.2.2.1.	Bases conceptuales de la discapacidad	36
2.2.2.2.	Tipos de discapacidad	38
2.2.2.3.	Causas de deficiencia	39
2.2.2.4.	Causas de la discapacidad	40
2.2.2.5.	Discapacidades por causas ambientales	46
2.2.2.6.	Discapacidades por causas conductuales	50
2.2.2.7.	Causas durante el parto	54
2.2.3.	Programa educativo propuesto	55
2.3.	Definición de términos básicos:	61
2.4.	Formulación de hipótesis	63
2.5.	Identificación de variables	63
2.6.	Definición operacional de variables e indicadores	64
CAPÍTULO III		65
METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN		65
3.1.	Tipo de investigación	65
3.2.	Métodos de investigación	65
3.3.	Diseño de investigación	66
3.4.	Población y muestra.	67
3.5.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	68
3.6.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	68
3.7.	Tratamiento Estadístico	69
3.8.	Selección y validación de los instrumentos de investigación	69
SEGUNDA PARTE: DEL TRABAJO DE CAMPO O PRÁCTICO		70
CAPÍTULO IV		71
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		71
4.1.	Descripción del trabajo de campo.	71
4.2.	Presentación, análisis e interpretación de resultados.	72
4.3.	Pruebas de hipótesis	82
4.4.	Discusión de resultados	85

CONCLUSIONES	89
RECOMENDACIONES	91
REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA.....	93
ANEXOS	95
ANEXO N° 1 BASE DE DATOS.....	96
ANEXO N° 2 MATRIZ DE CONSISTENCIA	97
ANEXO N° 3 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	98
ANEXO N° 4 FICHAS DE VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO	101
ANEXO N° 5 FICHAS DE VALIDACIÓN DE PROYECTO EDUCATIVO	104
ANEXO N° 6 PROYECTO EDUCATIVO	107
ANEXO N° 7 SOLICITUDOS Y CONSTANCIA	117
ANEXO N° 8 FOTOGRAFÍAS.....	120

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL ANTES DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.	73
TABLA N° 2: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL DESPUÉS DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.	74
TABLA N° 3: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL ANTES Y DESPUÉS DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.	75
TABLA N° 4: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO BIOLÓGICO SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL ANTES DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.	76
TABLA N°5: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO BIOLÓGICO SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL DESPUÉS DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.	77
TABLA N° 6: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO BIOLÓGICO SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL ANTES Y DESPUÉS DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.	78
TABLA N° 7: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO AMBIENTAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL ANTES DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.	79
TABLA N° 8: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO AMBIENTAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL DESPUÉS DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.	80
TABLA N°9: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO AMBIENTAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL ANTES Y DESPUÉS DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.	81

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N° 1: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL ANTES DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.	73
GRAFICO N° 2: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL DESPUÉS DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.	74
GRAFICO N°3: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL ANTES Y DESPUÉS DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.....	75
GRAFICO N° 4: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO BIOLÓGICO SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL ANTES DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.	76
GRAFICO N° 5: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO BIOLÓGICO SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL DESPUÉS DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.....	77
GRAFICO N° 6: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO BIOLÓGICO SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL ANTES Y DESPUÉS DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.....	78
GRAFICO N°7: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO AMBIENTAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL ANTES DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.....	79
GRAFICO N° 8: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO AMBIENTAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL DESPUÉS DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.....	80
GRAFICO N°9: ADOLESCENTES AGRUPADOS POR NIVELES DE CONOCIMIENTO AMBIENTAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL ANTES Y DESPUÉS DE HABER PARTICIPADO EN EL PROGRAMA EDUCATIVO.....	81

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescente es un problema de salud Pública a nivel mundial, representado por el 15 al 25 % del total de embarazos, a nivel de América Latina y el caribe, el cual va aumentando cada año. Esta cifra se incrementa, en grupos que presentan rasgos de desventaja social, tales como, niveles de escolaridad bajos, situaciones socioeconómicas precarias o el hecho de pertenecer a grupos poblacionales con características de marginación históricas, como los grupos indígenas.

Dichos rasgos o factores ubican al embarazo en adolescentes como un problema de derechos humanos por las siguientes razones: Incrementa el riesgo de salud de la adolescente y del niño por nacer a lo que conocemos como el binomio madre-hijo; aumentando la morbilidad y mortalidad, incluyendo las discapacidades en el recién nacido, con una perspectiva de exclusión social a lo largo de la vida, además del aumento de familias disfuncionales, la prevalencia del bajo nivel educacional, por la deserción escolar y por consiguiente el aumento de la situación de pobreza.

En atención a este postulado, se planificó y desarrolló la tesis titulada: Eficacia del programa educativo “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los/las adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvariño Herr, abril a septiembre del 2013. Y se encuentra distribuida en cuatro capítulos de la siguiente manera:

En el Capítulo I: Problema de investigación, se destacan la identificación y planteamiento del problema, delimitación de la investigación, formulación del problema formulación de objetivos, justificación de la investigación y finalmente se precisan las limitaciones que se manifestaron en el estudio.

En el Capítulo II: Marco teórico, se presentan las investigaciones realizadas en diferentes contextos y relacionadas a las variables consideradas en estudio. Asimismo, se destacan las bases teóricas sobre las variables: programa educativo y conocimiento sobre prevención de riesgo de discapacidad en la etapa prenatal. Finalmente se presentan las hipótesis postuladas, variables consideradas en

estudio, definición operacional de las mismas con sus respectivos indicadores.

En el Capítulo III: Metodología y técnicas de investigación, se menciona el tipo de investigación, métodos utilizados, el diseño de investigación, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas de procesamiento de datos y el tratamiento estadístico para los datos obtenidos.

En el Capítulo IV: Resultados y discusión, se describe el trabajo de campo, se presenta, analiza e interpreta los resultados obtenidos. Asimismo, se realizan las pruebas de hipótesis tanto generales como específicas. Finalmente se lleva a cabo la discusión de resultados.

Y en la parte final del presente informe se encuentran los anexos como la matriz de consistencia, el instrumento de acopio de datos y otros que evidencian la calidad de la investigación llevada a cabo.

La Autora.

PRIMERA PARTE: ASPECTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y planteamiento del problema

La adolescencia se entiende como el periodo de tiempo en el cual la persona alcanza su madurez física, psicológica, afectiva, intelectual y social. Sin embargo en nuestro país muchas veces este periodo se ve interrumpido por factores como el embarazo, la cual conlleva a verlo con un matiz catastrófico.

El embarazo a cualquier edad es un evento psicosocial sumamente importante y muchas veces se ve matizado por situaciones adversas que pueden atentar contra las embarazadas y el embarazo mismo. Es importante subrayar el hecho de que el embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de riesgo. (OMS, 2011).

La maternidad en la adolescencia es una condición que genera interés preocupación a nivel mundial debido fundamentalmente a la situación de alto

riesgo en la que se encuentran la madre adolescente y su niño por nacer. Las dificultades asociadas a la maternidad en adolescentes afecta en diferentes aspectos provocando riesgos de discapacidad genética, materna, patológica, química, física y conductual, entre otros. Estas circunstancias se agravan cuando la madre adolescente y su niño por nacer se encuentran en un medio marcado por la pobreza económica.

La pobreza es un medio que proporciona factores como bajo nivel cultural, hacinamiento, falta de programas gubernamentales de apoyo específico a la madre adolescente, etc. Los cuales actuarán potenciando los efectos adversos que el embarazo traerá a la adolescente, como partos prematuros, preeclampsia, anemia, mayor número de abortos, problemas de placenta y cesáreas, así como a las condiciones propias del adolescente como la inestabilidad emocional, dependencia económica, inexperiencia, uso de alcohol y drogas.

Todos los reportes internacionales coinciden además que estos efectos adversos también repercutirán en el niño por nacer, ya que todos los problemas empiezan en el útero y estas serán las condiciones de morbilidad y mortalidad de ellos.

Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son planificados y se dan en parejas que no han iniciado su vida en común o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente, termina con el abandono de la mujer y del hijo.

Las adolescentes que enfrentan un embarazo no planificado, afrontan problemas sociales como la discriminación y la violencia por parte de la familia, pareja, sociedad y de las Instituciones Educativas por lo que no concluyen con sus estudios escolares, por tanto limitan sus planes de vida y el acceso a oportunidades.

Estudios demuestran que durante el periodo prenatal la discriminación y la violencia como problemas sociales, son la expresión destructiva de la vida, bloqueadas por condiciones familiares desfavorables; en las cuales se

demuestran que si un niño ha sido violentado en el útero, tiene una predisposición mucho mayor que otros a la violencia, siendo muy difícil de erradicar.

Las estadísticas muestran que el Perú se caracteriza por la presencia de una tasa alta de embarazo adolescente. Según la ENDES 2009, la población adolescente en nuestro país oscila alrededor del 21 % de la población total. Asimismo, las mujeres comienzan a tener hijos a edades tempranas; se indica que antes de los 18 años, entre un 14,7% y 16,9% tuvieron su primer hijo, entre un 31,0 y un 33,9% de las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años. Al llegar a los 25 años, alrededor de las dos terceras partes de las mujeres habían dado a luz. El 13,17% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya es madre (11%) o están gestando por primera vez (2%) el 41.8% quiso ese hijo/a después (1). (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2009).

Según la ENDES (2012), el porcentaje de gestantes jóvenes en el Perú en 1996 se tenía el 9.8% de gestantes, para el año 2000 el 9.2%, para el año 2009 el 13.3%, para el 2010 el 10.4% y para el 2011 el 13%, lo cual nos indica que el comportamiento no es estacionario lo que evidencia que no existe una sostenibilidad de las medidas preventivas adoptadas en los diferentes niveles de prevención. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2012)

En la Región Junín, según el ENDES (2011) el 13.2% de mujeres que se encuentran en el grupo de edad de 15 -19 años ya son madres y el 1.9% se encuentran embarazadas de su primer hijo, con un total del 15.1% de gestantes que alguna vez estuvieron embarazadas. Además, el número de casos de jóvenes con ITS, VIH-SIDA ha aumentado en las provincias de Huancayo, Satipo, Jauja, Tarma y Chanchamayo y gran parte de ellos no usa métodos anticonceptivos. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2011).

Según el censo poblacional del 2007, la provincia de Huancayo, concentra la mayor cantidad de habitantes de la región Junín con 466 mil 346 habitantes (38,1%), seguido por la Selva Central: Satipo 193 mil 872 habitantes (15,8%), Chanchamayo 168 mil 949 habitantes (13,8%) Tarma (9,2%), Jauja (7,5%), Concepción (4,9%), Chupaca (4,2%), Yauli (4,1%) y Junín (2,5%). Las

provincias de la Selva Central han incrementado su población; tal es así Chanchamayo pasó de 10,5% en 1981 al 13,8% en el 2007 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, Noviembre 2012).

En el periodo 1993 – 2007, en la región Junín, la población masculina es la que registró mayor crecimiento (18,8%), es decir 96 mil 523 hombres; mientras que la población femenina creció en 17,9% que equivale a 93 mil 110 mujeres; de ellas alrededor de la tercera parte de la población (33.0%) es menor de 15 años; a proporción de personas de 15 a 64 años constituyen el 53,0% en 1981, paso a 55,1 en 1993, y se sitúa en 60,9% en el año 2007.

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de muerte materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior. Debido a esto se estima que cada año 15 millones de niños nacen de madres adolescentes, y tienen mayor probabilidad de morir durante los primeros 5 años de vida que aquellos de mujeres de 20 a 29 años. Entre las causas que determinan el embarazo están el abuso sexual o sexo forzado, uniones tempranas, patrones familiares y culturales y el escaso conocimiento e información en algunas regiones y grupos sociales.

En el año 2011, el 7,5% del total de las defunciones maternas correspondieron a adolescentes de 12 a 17 años, es decir, 33 muertes maternas del total de casos (442). Para el año 2012 del total de muertes maternas (428 casos), el 9,6% correspondieron a adolescentes de 12 a 17 años de edad (41 casos). (MINSa, 2012).

La Organización Mundial de la salud, estima que en el mundo existen alrededor de 600 millones de personas con discapacidad, de los cuales unos 400 millones están en los países en vías de desarrollo y, aproximadamente, unos 60 millones de personas con discapacidad están en la región de las Américas. Estas cifras representan un 10% de la población general y se considera que la discapacidad tiene repercusión sobre el 25% de la población total (OMS, 2011).

La discapacidad es un fenómeno multidimensional y multifactorial, donde la desigualdad y la pobreza vienen a constituir factores que la generan, facilitan o perpetúan (Universidad Nacional de Córdoba y Organización Panamericana de la Salud, 2008). La discapacidad es la objetivación de una deficiencia en el sujeto con una repercusión directa en su capacidad para realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características.

El día de hoy la medicina del recién nacido se enmarca en el contexto perinatal. El diagnóstico de la mayoría de discapacidades no se puede realizar en el tiempo neonatal. La capacidad expresiva clínica de los recién nacidos (RN), es muy pobre, según el niño vaya madurando, activando sus capacidades, irán apareciendo las alteraciones funcionales de los órganos afectados. Además que en la etapa prenatal las deficiencias no solo se consideran las visibles al nacer, sino también los problemas que se manifiestan después de algunos años. Las enfermedades y deficiencias pueden presentarse en niños, niñas jóvenes y se evidencia como problema y o atrasos en su desarrollo físico, intelectual o emocional como resultado de agresiones al feto dentro del útero y /o por falta de una alimentación adecuada de la madre.

Esta limitación diagnóstica se suple con la valoración de las poblaciones de riesgo, que se define como aquella que tenga alguna circunstancia que suponga una alta probabilidad estadística de presentar alguna deficiencia.

Las afecciones genéticas desempeñan el papel principal como causa de discapacidad. Durante el embarazo en el útero materno se programa para la vida después del nacimiento, esta programación intauterina está determinada en parte por la información genética que el niño por nacer heredado de sus padres. Debido a esta programación fetal en base a factores hereditarios, una parte importante de nuestro carácter está determinada, así como también la probabilidad de trastornos cerebrales como la esquizofrenia, autismo, la depresión y la adicción. (Swaab, 2013).

El efecto combinado de estos factores incrementa el riesgo de discapacidad en los estratos más pobres de la sociedad. Por otro lado, el

embarazo en la etapa adolescente es un riesgo de por sí, adicionalmente se sabe que muchos de estos embarazos no fueron planificados o no deseados, aspectos que pueden contribuir en los riesgos de discapacidad en la etapa prenatal. La adolescente gestante no cuenta con la edad ni madurez emocional ni psicológica suficiente para asumir la responsabilidad materna o paterna, lo cual se empeora con la poca o nula información que tiene los adolescentes sobre su sexualidad mucho menos, sobre la precaución y previsión responsable que implica la espera de un bebé en el momento del parto para un nacimiento sin peligro.

Así, los factores de riesgo, peligros y agresiones que puedan existir en el ambiente interno y externo de la propia madre pueden influir en el proceso de la gestación y, como consecuencia, generar en el bebé enfermedades infecto contagiosas, producidas por la influencia de factores biológicos y ambientales. El desenlace de tal contexto es traer al mundo bebés con alguna discapacidad, como problemas psicomotores por ejemplo (parálisis cerebral), deficiencias sensoriales (ciegos, sordos), así como deficiencias mentales (retardo mental, Síndrome de Down).

Los factores biológicos que más se han asociado consistentemente durante la gestación en adolescentes son el pobre estado nutricional, el peso bajo al inicio de la gestación y la pobre ganancia de peso durante el embarazo. Para los hijos de gestantes con adolescencia temprana, el riesgo de infecciones bacterianas asociadas o no con la atención en salud en el periodo neonatal es 10 y 2,7 veces mayor respectivamente, cuando se compara con mujeres adultas. Estos hallazgos concuerdan con otras investigaciones donde las madres adolescentes menores de 15 años tuvieron hijos con más complicaciones, como mayor prematuridad, infecciones bacterianas, sífilis congénita, paladar fisurado y mayor mortalidad. (Mendoza, 2012).

El embarazo en adolescente es preocupante, por la variedad de adversidades que afectan tanto al binomio madre-hijo, como a la generación precedente, los padres de los y las adolescentes, que suele actuar como soporte ante las manifiestas dificultades que implica la crianza para las y los

adolescentes. La cual muchas veces es contradictoria y se da en el abandono social y afectivo de los mismos.

Si una madre adolescente se encuentra en esa situación de abandono, este repercute en su eje hipotálamo hipófisis- suprarrenales desencadenando una mayor concentración de cortisol y de hormonas simpático miméticas. El exceso de cortisol materno en el niño por nacer puede ocasionar detención del crecimiento, alteraciones en el área neuroendocrina, sistema inmunológico, cardiovascular y sobre todo en la esfera afectiva.

El niño por nacer también se encuentra expuesto a un factor ambiental, el cual es de suma importancia para su desarrollo óptimo. A pesar que el niño por nacer se encuentra en su hábitat materno el cual le proporciona protección, está puede estar expuesta a lo largo de la vida intrauterina a un elevado número de agresiones de carácter ambiental como los disruptores endocrinos, la nicotina, el alcohol, drogas y la automedicación. . Estas causan una buena parte de las malformaciones, trastornos del desarrollo y anormalidades en el desarrollo del cerebro del feto. Al nacer parece saludable, pero durante la infancia aparecen trastornos funcionales, de conducta y de aprendizaje, por alteraciones en el desarrollo del cerebro durante el embarazo. (Vizcaíno H, 2015).

Por ello la propia naturaleza incorpora las experiencias de vida de los padres en la programación genética de su descendencia. Siendo conscientemente de suma importancia la infancia y en particular la primera infancia.

Así mismo, se sabe actualmente que cuando una mujer embarazada se halla sometida de manera prolongada a altas dosis de estrés, su futuro hijo corre un gran riesgo de ser violento. En el adulto, las hormonas del estrés desencadenan a nivel del hipotálamo (el cerebro inferior reptiliano) unas reacciones de huida, necesarias para la supervivencia, a menudo son reacciones de agresividad. Durante el embarazo, por el contrario, las hormonas del estrés alcanzan el “cerebro reptiliano” del feto, impidiendo las conexiones de éste con el neocortex, y dificultando el crecimiento del cerebro.

Así pues, los niños y niñas gestados bajo condiciones de elevado estrés, al llegar a la adolescencia y verse sometidos también a situaciones de estrés, se encuentran carentes del equipamiento biológico para poner en marcha un control cerebral, de forma que nada se interpone entre sus impulsos y el paso a la acción. (Vizcaíno H, 2015).

El alcohol, el tabaco y las drogas son factores externos que son considerados teratógenos durante el embarazo. Por ejemplo el humo del cigarro contiene cadmio, arsénico, níquel, selenio y plomo c y estas se absorben por la circulación materna. Se ha estimado que una madre que fuma aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, altera los patrones de sueño, bajo rendimiento escolar, el niño por nacer tiene más probabilidades de tener trastorno déficit de atención e hiperactividad, comportamiento agresivo, impulsividad, problemas del habla y atención. Y en los niños tienen un efecto sobre el desarrollo testicular y hay más trastornos reproductivos.

El alcohol es uno de los principales problemas de salud pública y una de las principales causas de anomalías congénitas, tanto mentales como físicas. Al feto le llega todo lo que una mujer embarazada consume, pero además se debe de tomar en cuenta que el alcohol se descompone mucho más lentamente en el cuerpo inmaduro del niño por nacer, provocando la muerte de neuronas, disminuyendo la absorción de proteínas, vitaminas y minerales esenciales para el crecimiento.

El consumo de alcohol por parte del hombre también puede influir de forma negativa y dañina en el momento de la concepción de un hijo. Está demostrado que el alcohol afecta la síntesis y la secreción testicular de la testosterona, además de provocar anomalías morfológicas del espermatozoide.

Todos estos factores, incrementan el riesgo del binomio madre-hijo. Y estos se deben a que las adolescentes no están preparadas biológicamente, emocionalmente y económicamente. Así lo corrobora la ENDES (INEI, 2010), el departamento de Junín no está exento a la problemática que se presenta

en la población adolescente, del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 12,1% ya estuvo alguna vez embarazada, de éstas el 10,4% eran madres y el 1,7 por ciento están gestando por primera vez. Un 23% de esta población no asiste a la escuela, la mayoría mujeres, un riesgo de discapacidad que podría comprometer la salud materna e infantil.

- Las mayores tasas de embarazo en los adolescentes se encuentran en el área rural de Junín y en la selva, donde 2 de cada 10 mujeres adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o se encuentran embarazadas con el primer hijo, mientras que las adolescentes que residen en el área urbana 1 de cada 10 son madres. Adicionalmente, en el área rural el 5,0% de mujeres adolescentes están embarazadas por primera vez.
- En el 2010, la Tasa Global de Fecundidad Observada, en el departamento de Junín, es de 2,5 hijos en promedio por mujer, mientras que la Tasa Global de Fecundidad Deseada es de 1,7 hijos en promedio por mujer. Por tanto, un poco menos de una hija o hijo es no deseado.
- Según Nivel de educación, la Tasa Global de Fecundidad observada en las mujeres sin nivel de educación alcanza a 7.3 hijos y las que cuentan con educación superior registran sólo 2.1 hijos. Con respecto al área de residencia, las mujeres que residen en centros poblados urbanos llegan a tener 1,9 hijos en promedio, mientras que las que viven el área rural 3.8 hijos.
- Un aspecto importante en el estudio de la población femenina es el de la maternidad, especialmente de las mujeres solteras, que constituyen un grupo vulnerable. El censo, muestra que 7 de cada 100 madres se encuentran en esta condición. Por área de residencia, se observa que en el área urbana el 7,9% son madres solteras, mientras que en el área rural alcanza a 4,8%.

De lo descrito podemos concluir que en el Perú, en nuestra región y provincia de Chanchamayo, existe un gran porcentaje de adolescentes que están expuestos a diferentes riesgos, como el inicio precoz de su vida sexual en

condiciones no planeadas y no adecuadas, el consumo de alcohol, tabaco y drogas; el uso inadecuado de métodos anticonceptivos, entre otros, los cuales resultará en una alta proporción de embarazos no deseados y un alto porcentaje de discapacidades en el niño por nacer.

Se tiene por conocimiento que los hijos de las Madres adolescentes son niños con limitaciones en comparación con hijos de madres mayores a 25 años de edad, y esta limitación se debe a que biológicamente la madre transmite información intracelular que es vital durante el embarazo, la cual se registrará y hará sus manifestaciones durante el desarrollo del futuro producto.

La información intracelular tiene su mayor registro durante el proceso de la organogénesis, en la cual se dará el proceso de formación de órganos de un ser vivo en desarrollo. Las enfermedades y deficiencias prenatales y sus causas inician desde la tercera semana hasta el final de la octava semana, en esta etapa, el niño por nacer toma el nombre de embrión, se caracteriza por tener una actividad celular intensa. Este periodo llamado organogénesis es crítico debido a que en esta etapa se produce la formación de la mayor parte de los órganos. El desarrollo del embrión puede alterarse con mayor facilidad cuando se forman los tejidos, los agentes teratógenos inducen a anomalías congénitas mayores, que pueden ser visibles al nacimiento o puede presentarse durante la primera infancia, pubertad o adolescencia.

Las consideraciones descritas despertaron el interés por investigar la: Eficacia del programa educativo “Prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los/las adolescentes de la I.E Leonardo Alvaríño Herr, abril a septiembre del 2013”, para poder trabajar en base a una cultura en salud sexual y reproductiva para disminuir los riesgos en la juventud y en su descendencia. La información o conocimientos que manejen los adolescentes no aseguran que las conductas sexuales de riesgo disminuirán, más por el contrario se debe afianzar lazos de estilos de vida saludable para un entorno saludable.

1.2. Delimitación de la investigación

Es importante especificar la forma que se delimito la presente investigación, por lo tanto, se estableció los rangos de tiempo, espacio, población social y en contenido, con los cuales se trabajó durante la investigación.

Temporal: La presente investigación tuvo un tiempo de duración de 6 meses (abril a septiembre del 2013)

Espacial: La investigación se llevó acabo en la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr, ubicado en el distrito de San Ramón – Chanchamayo.

Social: La población de estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr.

Contenido: El estudio se enfocó en investigar la: Eficacia del programa educativo “Prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal”. Esto permitió aplicar un Programa de Capacitación que generan conductas saludables y formar una cultura de prevención en mujeres y hombres potencialmente madres y padres, promoviendo embarazos planificados con el nacimiento de un niño sano.

1.3. Formulación del problema.

1.3.1. Problema principal.

¿En qué medida el programa educativo propuesto mejora el nivel de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013?

1.3.2. Problemas específicos

- a. ¿En qué medida el programa educativo propuesto mejora el nivel de conocimiento biológico sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013?

- b. ¿En qué medida el programa educativo propuesto mejora el nivel de conocimiento ambiental sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvariano Herr 2013?

1.4. Formulación de objetivos.

1.4.1. Objetivo general.

Determinar en que medida el programa educativo propuesto mejora el nivel de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvariano Herr 2013.

1.4.2. Objetivos específicos.

- a. Determinar en que medida el programa educativo propuesto mejora el nivel de conocimiento biológico sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvariano Herr 2013.
- b. Determinar en que medida el programa educativo propuesto mejora el nivel de conocimiento ambiental sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvariano Herr 2013.

1.5. Justificación de la investigación.

Como justificación a la problemática de investigación se puede mencionar:

a. Magnitud

La prevalencia de discapacidad en el ámbito nacional asciende al 31% y en la Selva al 28% (Alfaro, 2002), lo que nos indica que 3 de cada 10 personas que habitan en nuestra región presentan algún tipo de discapacidad como consecuencia de alguna deficiencia. Estos datos reflejan la actitud pasiva de la población frente a los riesgos de discapacidad en la etapa prenatal, probablemente debido al escaso conocimiento sobre el tema.

b. Pertinencia

Muchas de las deficiencias y discapacidades pueden prevenirse aún antes del embarazo. Por ello, la presente investigación era necesaria y relevante porque se pretendió incrementar el grado de conocimiento frente a los riesgos de discapacidad biológica y ambiental en adolescentes a través de la aplicación de un Programa Educativo acorde a sus necesidades. Los resultados que se obtuvieron en él , servirán de base para que la Red de Salud Chanchamayo genere estrategias de fortalecimiento sobre riesgos y peligros de discapacidad en la etapa prenatal y la formulación de políticas de prevención con el propósito de reducir las tasas de discapacidad, deficiencia y minusvalía en el ámbito local y regional. Por ende ayudará a disminuir los riesgos por conductas sexuales irresponsables, logrando que los adolescentes se concienticen en el ejercicio de su salud sexual y reproductiva, alcanzando cambios en sus estilos de vida.

Así mismo, los resultados del estudio beneficiarán a las autoridades y maestros de la institución educativa Leonardo Alvariño Herr permitiéndoles proponer alianzas estratégicas entre salud y educación para implementar y aplicar programas educativos, desde un enfoque de institución educativa saludable y con ello disminuir las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes.

c. Factibilidad

La investigación propuesta es factible administrativa, económica y políticamente.

Administrativa, porque la institución educativa con la que se trabajó mostró interés respecto al tema, facilitando los trámites administrativos. (Horario de clases).

Económica, porque ha sido financiada en su integridad por la investigadora.

Política, porque es un problema actual que necesita el abordaje del gobierno local, salud y educación, para que se generen políticas de

intervención desde el gobierno Regional, que contribuirá significativamente a la mejora de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes previniendo el nacimiento de niños con deficiencia o discapacidad. Teniendo como base que la juventud son el elemento básico para el avance social, económico y político de un país.

1.6. Limitaciones de la Investigación

Considerando la multicausalidad de esta problemática, se evidencia que las investigaciones precedentes sobre este tema son deficientes en nuestro medio. Así, la mayoría de los estudios involucrados ha sido dirigida a la temática relacionada con la salud reproductiva, iniciación sexual y la conducta sexual precoz, tanto como con problemas de género; sin embargo, poco o nada se ha investigado sobre la cultura de prevención y promoción de la salud sexual propiamente dicha, ni su influencia de los factores de riesgo, peligro y agresión en la etapa prenatal, que es de lo que trata esta investigación.

En consecuencia, la limitación principal de la investigación es la existencia de una muy exigua cantidad de información publicada sobre este tema en nuestro medio, tanto como el hecho de que existen muy pocas instituciones y especialistas dedicados a este importante tema. En efecto, la demanda social hace necesario un estudio de la población adolescente en edad fértil en su entorno social y familiar.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

En el estudio realizado por Infantes (2007), que trata de los factores asociados a la prevención de riesgos en gestantes adolescentes de Ayacucho. En una muestra de 224 gestantes adolescentes se encontró diferencia significativa en la prevalencia de riesgos de discapacidad específicos: 92.9% por causa cultural, 90.6% conductuales, 87.9% socioeconómicas, 83% maternas, 58% genéticas, 54.9% patológicas y 42.4% químicas. Los resultados obtenidos por el autor mostraron que el número de riesgos simultáneos de discapacidad prenatal se incrementa cuando las madres adolescentes presentan un perfil de riesgo como: menor de edad, solteras, familia disfuncional, condición económica baja, escaso grado de instrucción, bajo nivel de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad prenatal y embarazos no deseados; confirmándose la alta prevalencia de riesgo de discapacidad en la etapa prenatal, ya que 9 de cada 10 gestantes adolescentes presentaron no menos de un riesgo de discapacidad.

Hoy en día se sabe que una madre adolescente representa un alto riesgo para la salud, sobre todo si proviene de un sector económicamente bajo. Y si esta mujer se embarca de nuevo y rápidamente en un segundo embarazo el riesgo se acrecienta ya que aumenta la incidencia de parto pretérmino y bajo peso del bebé al nacer a la vez que se reducen las probabilidades de que la madre adolescente complete su educación, se capacite para obtener un mejor empleo y se transforme en una persona autosuficiente para ella y su familia.

Según Masías (2006), en su investigación relación entre actitudes hacia la sexualidad y nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal en adolescentes del cono sur de Lima. La muestra conformada por 224 alumnos entre hombres y mujeres, se encontró que la investigación alcanza datos exploratorios con respecto a los resultados generales del conocimiento sobre los factores de riesgo de discapacidad prenatal. El autor concluyó en general que el 62.15% de los/las adolescentes presentan conocimiento de nivel medio. El 28.97% de conocimiento de nivel alto y el 8.88% de conocimiento de nivel bajo. La investigación alcanza los hallazgos comparativos valiosos según grupo de género (hombres y mujeres) que existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento general, en ecología fetal, en parto sin peligro y actitud general hacia la sexualidad. No existen diferencias significativas en la salud sexual y reproductiva ni tampoco en la atención y nutrición prenatal.

En este sentido según este estudio es importante destacar, que a pesar que los encuestados poseen un conocimiento de nivel medio, aún tienen dificultades para diferenciar temática involucrada a su salud sexual y reproductiva.

Según, Masías (2006), en su investigación nivel de conocimiento sobre factores de riesgo prenatal para la prevención de discapacidades y desarrollo personal en gestantes adolescentes del Cono Sur de Lima. Su estudio es de tipo descriptivo y de diseño correlacional, en una muestra de 328 adolescentes gestantes de 13 a 19 años del Cono Sur de Lima. Los resultados demuestran que existe una correlación positiva alta y significativa entre el total de factores

de riesgos y peligros de discapacidad prenatal y el total de factores del desarrollo personal. Se encontró también diferencias estadísticas significativas entre todas las escalas del nivel de conocimiento de factores de riesgos y peligros de discapacidad prenatal según la edad. Por lo que el autor concluyó que las adolescentes gestantes presentan un perfil de nivel moderado de desarrollo personal y un perfil de nivel bajo de conocimientos sobre los factores de riesgos y peligros de discapacidad prenatal. Entonces el conocimiento no es la única herramienta que garantiza prácticas sexuales saludables en los adolescentes, lo que denota que las estrategias encaminadas a cambiar comportamientos no deben limitarse a proporcionar solo información.

En el período de la adolescencia los cambios que se presentan replantean la definición personal y social del ser humano, ello los conlleva a buscar información inmediata, la cual la adquieren de su medio que involucra los principales actores sociales como padres, amigos, pares, etc.

Según, Alfaro (2002), en el informe "Situación de la discapacidad en el Perú", documento elaborado para la Organización Internacional No Gubernamental Prenatal, determinó que: "En 1993 se realizó un estudio de prevalencia que mostró tasas de deficiencias del 45%, de discapacidades del 31% y de minusvalías del 13%. Para el estudio se visitaron 630 viviendas a nivel nacional, se registraron los datos de 3,690 personas y se examinaron a un total de 2791 personas de todas las edades y de ambos sexos. En relación a la edad, se observó que existe un ligero predominio de deficiencia y discapacidad en la población femenina, siendo las minusvalías algo más prevalente en el varón, sin embargo, este en este estudio la diferencia no es estadísticamente significativa. La discapacidad en el varón fue de 30.24% y en la mujer de 32.4%, por otro lado, la deficiencia fue de 44 y 46% respectivamente. El autor concluyó que la prevalencia de discapacidad por región natural, es mayor en la costa que en las otras regiones. En la costa la prevalencia de deficiencia alcanza el 56%, la discapacidad el 39% y la minusvalía el 15%, en la sierra la deficiencia alcanza el 37%, la discapacidad el 28% y la minusvalía el 13%. La selva la prevalencia de discapacidad (21 %) y

minusvalía (9%). A nivel nacional el 68.9% de personas con deficiencia también eran portadores de discapacidad. De acuerdo a la edad se observa que el 51% de menores de 14 años que presentaron alguna deficiencia también presentaron alguna discapacidad. En la población mayor de 65 años, el 92% presentó también discapacidades. De las personas que tenían discapacidad, el 41.81% presentaron algún grado de minusvalía.

En relación a ello podemos mencionar que la población que reside en ciudades grandes están más expuestas a discapacidades, al igual que la población de edades extremas. También es importante recalcar que el hecho de que una persona presente discapacidad también puede presentar una minusvalía.

2.2. Bases teórica – científicas

La educación es una actividad radicalmente humana, sistemática, orientada al perfeccionamiento, a la mejora de las personas, de cada una de las personas, por medio de acciones intencionadas de los educadores, generalmente concretada en planes o programas. (Pérez J, 2000).

La palabra programa se utiliza para referirse a un plan sistemático diseñado por el educador como medio al servicio de las metas educativas. Tanto a los efectos de su elaboración como de su posterior evaluación dos procesos que deberían guardar armonía y coherencia.

Todo programa debe contar con unas metas y objetivos que obviamente, han de ser educativos. Las metas y objetivos deben estar acomodados a las características de los destinatarios en su contexto de referencia y ser asumidos como propios por los agentes del programa. El programa ha de estar claramente especificado y detallado en todos sus elementos fundamentales como destinatarios, agentes, actividades, decisiones, estrategias, procesos, etc. De no ser así adolecerá de limitaciones en uno de los criterios para su posterior evaluación. (Pérez J, 2000).

2.2.1. Programa Educativo

2.2.1.1. Definición

Salvador y Peiro (1986). Un programa educativo viene a ser un 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.

Instrumento curricular para las actividades de enseñanza-aprendizaje generales. Pueden utilizarse para desarrollar actividades y demás contenidos de una destreza en específico; así como las estrategias y recursos que se quieran alcanzar.

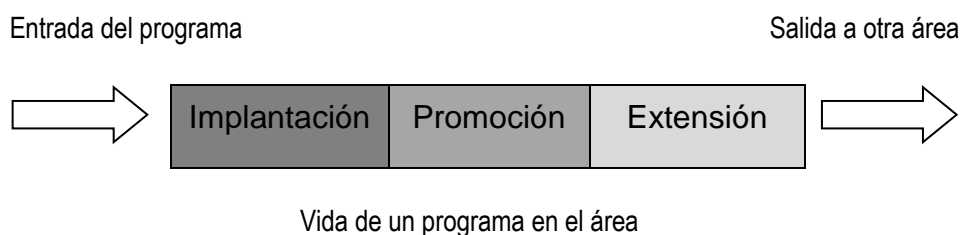
2.2.1.2. Fases del programa educativo:

En el ámbito del área de Programas Educativos el desarrollo de este programa pasa por tres fases diferenciadas:

- **Implantación:** Es cuando un programa nuevo se incorpora en el área, lo hace en modo de experimentación.
- **Promoción:** Es para que el programa vaya difundiéndose e implementándose en el mayor número de centros.
- **Extensión:** Es para conseguir su consolidación dentro del 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.

Hay que destacar que para cada programa educativo se establecerá el periodo temporal en el que deberá estar incorporado al sistema educativo y sus indicadores de evaluación si su proceso experimental así lo aconsejara.



2.2.1.3. Pautas para desarrollar un programa educativo a través de las actividades educativas:

- Incitar a los participantes a que sean más activos y así podrán descubrir una nueva información por sí mismos.
- Emplear un enfoque orientado a la solución de problemas como técnica de aprendizaje principal.
- Animar a que los participantes se planteen preguntas y que busquen conexiones entre ellas.

2.2.1.4. Importancia de un programa de actividades educativas:

Es importante el programa educativo porque se va a reconocer el problema y así se tendrá un conocimiento necesario para el planteamiento de los objetivos metas a alcanzar a través de estas actividades educativas. El programa ayuda a organizar de forma coherente y pertinente en dichas actividades estos se realizan junto con las personas que están encargadas de llevarlo a cabo.

Los programas educativos son de gran importancia porque permiten que los estudiantes participen activamente en las actividades programadas. Hace que desarrollen habilidades para trabajar en equipo, para sociabilizar, para ser responsables y tomar decisiones óptimas en diferentes ámbitos. Los programas educativos son necesarios para emplear estrategias de enseñanza- aprendizaje que respondan a las exigencias de la sociedad.

2.2.1.5. Evaluación de programas educativos

La evaluación de programas educativos, supone un conjunto de destrezas y habilidades orientadas a determinar si los servicios prestados son necesarios, si se utilizan, si son suficientes, si se dan en los términos planificados, si ayudan dentro de un costo razonable o si incluso, provocan efectos no deseados.

Existen así, diferentes intenciones a la hora de evaluar los programas:

- Seguimiento: para saber si el programa es eficaz o no e introducir modificaciones en el diseño
- Identificar proyectos y problemas
- Desarrollar programas pilotos para mejorar la eficacia
- Identificar efectos diferenciales en diferentes poblaciones
- Para determinar la relevancia y la validez de los principios del programa

Scriven (1967), diferencia entre evaluación Formativa (orientada a la mejora) y Sumativa (centrada en el impacto y los resultados del programa). Por otra parte, hay tres formas de establecer la relación entre el desarrollo del programa y la evaluación:

- **Causal:** siguiendo el modelo de objetivos.
- **Fortuita:** la relación se atribuye al azar o a variables externas
- **Independencia:** propone que los evaluadores desconozcan los objetivos del programa para centrarse en los efectos reales.

La elección de un modelo evaluativo, supone elegir una teoría epistemológica y de concepción de la realidad. Los modelos sirven para conceptualizar el campo de la evaluación y proporcionar un lenguaje común que permita debatir puntos y

temas conflictivos.

En el campo pedagógico la palabra programa se utiliza para referirse a un plan sistemático diseñado por el educador como medio al servicio de las metas educativas. Tanto a los efectos de su elaboración como de su posterior evaluación, dos procesos que deberían guardar armonía y coherencia, deben tomarse en consideración algunas importantes cuestiones.

Los elementos a tomar en consideración son:

- Todo programa debe de contar con unas metas y objetivos y han de ser educativos.
- Las metas y objetivos deben de estar acomodados a la características a de los destinatarios en su contexto de referencia y ser asumidos como propios por los agentes del programa.
- El programa en su proceso de implantación y de evaluación ha estado claramente especificado y detallado en todos sus elementos fundamentales: destinatarios, agentes, actividades, decisiones, estrategias, procesos, funciones y responsabilidades, personal, tiempo, manifestaciones esperables, niveles de logro considerados a priori.
- El programa como una realidad dinámica: la evaluación dio a conocer las consecuencias, que pueden ser teóricas, prácticas, metodológicas y, sobre todo, educativas, tanto sobre los contenidos educativos como sobre el propio programa. educativo

Lo educativo como referencia constante. Tanto en el diseño como en la implementación, desarrollo y evaluación de programas, se ha tenido en cuenta como referencia: que los objetivos, medios y recursos deben ser educativos no manipuladores y adecuados; que el programa coexiste con otros programas en el aula y en el centro, con sus correspondientes

posibles interacciones; que el factor humano, tanto sus agentes como sus destinatarios, agentes también es fundamental o que el contexto, por lo general orientado por “valores” contrarios o, cuando menos, indiferentes a los que subyacen en el programa implantado y evaluado, juega un papel condicionante de primer orden.

Un programa educativo es una serie de actividades de aprendizaje y recursos dirigidos a los alumnos para que mejore su vida.

2.2.2. Discapacidad

La Organización Mundial de la Salud cuenta entre sus grupos de trabajo con uno dedicado a la “Clasificación, evaluación, encuestas y terminología” aplicables al campo de la salud. En el marco de las actividades de este grupo se ha gestado la revisión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías CIDDM). (Discapacidad, 1997).

2.2.2.1. Bases conceptuales de la discapacidad

Según el análisis de la situación de la Discapacidad en el Perú 2007 del Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud, nos refiere que la salud es un proceso biológico social en el que el sano o enfermo está actuando en el ambiente que vive, integrando a su familia, a su casa, al trabajo, recreación, ocio, diversión y deportes, donde su bienestar va depender de la calidad de sus actividades para participar plenamente o aislarse de la sociedad.

Se debe distinguir la definición de enfermedad es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. La enfermedad está clasificada por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE).

La Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM) es un instrumento que la OMS publica el año 1980 para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades y las repercusiones en la vida del individuo.

La clasificación amplia de la discapacidad no solo es relacionada al ámbito biológico, si no incorpora el aspecto psicológico y social del individuo, con ello se determina el impacto de las consecuencias de la enfermedad en la participación de la persona en la sociedad y las relaciones sociales.

- La **deficiencia** es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas).
- La **discapacidad** es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género, etc).
- La **minusvalía** es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social que le es propio.

Cada uno de los tres ámbitos de las consecuencias de la enfermedad, que antes hemos descrito, fue definido de forma operativa por parte de la OMS en la CIDDM. Así pues, siempre dentro de la “experiencia de la salud”:

- Una **deficiencia** es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

- Una **discapacidad** es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
- Una **minusvalía** es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales).

2.2.2.2. Tipos de discapacidad

Pantano (2008), los tipos de Discapacidad pueden clasificarse de la siguiente manera:

- **Discapacidad educativa** es aquella en la que las personas por sus características particulares tienen necesidades especiales ante las tareas de aprendizaje.
- **Discapacidad laboral** es la incapacidad para realizar un trabajo de acuerdo a su sexo, edad, formación y capacitación, que le permita obtener una remuneración equivalente a la que le correspondería a un trabajador no discapacitado en situación análoga.
- **Discapacidad para la integración social** es aquella en la que una persona por sus deficiencias psíquica o mental, física y/o sensorial presenta un menoscabo de su capacidad de inserción en las actividades propias de la sociedad humana, de la familia y/o de los grupos organizados de la sociedad.

Por su parte, Brebt (1999) señala que existen deficiencias por alteración o anormalidad anatómica que condicionan la pérdida de una función fisiológica o psicológica, como la ceguera o sordera. La Discapacidades en general pueden tipificarse como:

- a. Discapacidad de Conducta (conciencia, aprendizaje comportamiento, relación).
- b. Discapacidad de comunicación (habla, escucha visión).
- c. Discapacidad de cuidado personal (aseo y arreglo persona, control de esfínteres).
- d. Discapacidad de Locomoción (desplazamiento y transporte); disposición del cuerpo (posturas, movimientos y equilibrio); destreza (actividades manuales, deficiencias de coordinación de movimientos).

2.2.2.3. Causas de deficiencia

La ciencia moderna ha descrito un inventario de más de 4000 deficiencias de nacimientos conocidos.

Se entiende por deficiencia toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

- **Deficiencia congénita**, comprende las características con las que se nace y no siempre se deben a la herencia o a problemas genéticos. Estas deficiencias pueden surgir durante el embarazo o se presentan al momento del nacimiento, lo que puede deberse a un trastorno en los genes del embrión, a un accidente en el momento del parto mal atendido o a enfermedad de la madre. Pueden presentarse por medicamento o drogas consumidas por la madre. Estas deficiencias se presentan en 3 a 5 % de la población.
- **Deficiencia genética** se caracteriza por la existencia de un daño en los genes o en el cromosoma, que pueden ser heredables o no. Estos daños pueden producirse cuando algunas de las células sexuales, al fusionarse para dar origen a una nueva vida, presentan ciertos problemas en

sus cromosomas. También pueden ser causadas por malformaciones o alteraciones en el ADN.

- **Deficiencia hereditaria** se derivan de alteraciones moleculares en el ADN de los genes de los espermatozoides del padre y/o del óvulo de la madre.

En términos cronológicos es posible estimar que las discapacidades pueden darse de la siguiente manera:

- Al momento de la concepción (causas genéticas y/o hereditarias) 70%.
- Durante el embarazo (alcohol, nutrición, drogas, radiaciones, infecciones de la madre, entre otros) 15%.
- En el momento del parto (distocia, hipoxia) 10%.
- En el periodo neonatal después del nacimiento (pre término, sepsis, hipoglicemia, hipocalcemia) 5 %.

2.2.2.4. Causas de la discapacidad

La información científica revela que la discapacidad de nacimientos puede ser causados por factores Biológicos, físicos, ambientales y culturales. La Clasificación Internacional de Funcionalidades admite que la discapacidad es un fenómeno biopsicosocial determinado por factores personales (hábitos y deficiencias), medioambientales (nutrición) y actitudes sociales (educación, trabajo, integración) y las deficiencias o enfermedades que originan limitaciones en la actividad o restricción de la participación social.

La Clasificación Internacional de Funcionalidades, desde el año 2001, trata el concepto de salud y los factores que lo determinan, y ponen el concepto de discapacidades.

Prenatal define como discapacidad no solo la deficiencia al nacer, sino también los problemas que se manifiestan después

de algunos años. Las discapacidades pueden presentarse en niños, niñas y jóvenes y se evidencian como problemas y o atrasos en su desarrollo físico, intelectual, y emocional, como resultado en buena parte de agresiones al feto dentro del útero y /o por falta de una alimentación adecuada de la madre.

Existen discapacidades por causas biológicas y fisiológicas. Numéricamente la causa más importante de deficiencia al nacer son los factores biológicos. Las causas biológicas comprenden las relacionadas con los factores genéticos, con el metabolismo, con factores biológicos de la pareja como el factor RH y factores maternos que determinan condiciones de riesgo de la mujer para la gestación.

a. Discapacidad por causas genéticas

- **Discapacidades por alteraciones cromosómicas numéricas**

Las alteraciones en la cantidad de cromosomas pueden provocar numerosas discapacidades de nacimiento. Un hijo puede nacer con un cromosoma de más o con uno menos, debido a un error ocurrido durante la fertilización de un óvulo por un espermatozoide o con uno o más cromosomas divididos o reorganizados.

Las alteraciones relacionadas con secuelas discapacitantes ocurren con más frecuencia en el complejo proceso de la meiosis, con la consiguiente alteración de los gametos que transmiten una información alterada, que determina que en el óvulo fecundado puedan faltar o sobrar genes y como resultado producirse alteraciones características como en el síndrome de Down, o diversas formas de discapacidades como el retraso mental.

El síndrome Down, por el que un hijo nace con un cromosoma 21 de más es una anomalía cromosómica común. Los niños que tienen este error genético presentan diversos grados de discapacidad intelectual, rasgos faciales especiales y a menudo defectos cardíacos, además de otros problemas.

También pueden nacer hijos con copias extras de los cromosomas 18 y 13 (conocida como el síndrome de Edwards y Patau respectivamente): estos niños tienen múltiples discapacidades de nacimiento y por lo general fallecen durante los primeros años de vida.

- **Discapacidades por anomalías cromosómicas estructurales**

Las anomalías en la estructura cromosómicas provienen de una ruptura de cromosomas seguida de la reconstitución en una combinación anormal. La ruptura de los cromosomas se puede inducir por una variedad de agentes tales como radiación ionizante, infecciones virales, drogas y agentes químicos. La pérdida del brazo corto (p) del cromosoma N° 5 ocasiona el síndrome del maullido del gato, con defectos cerebrales severos y deficiencias cardiopatías y genito urinario.

- **Discapacidad por anomalías de mutación genética.**

Entre el 7 a al 8 % de las anomalías congénitas se debe a defectos de genes. Cuando se altera una función de un gen se descontrola su información, lo que determina la falta o alteración de las partes orgánicas que son de su control, dando lugar a las mutaciones. Casi todas las mutaciones son perjudiciales y algunas son mortales, por

ejemplo grandes dosis de radiaciones o algunas sustancias químicas en especial los carcinógenos que inducen el cáncer.

Las anomalías que resultan de mutación de genes se heredan en consecuencia, se pueden predecir su probabilidad, en el niño de padres u otros familiares afectados. La mitad de los genes de cada niño provienen de cada uno de sus padres.

b. Discapacidad por otras causas biológicas inherentes a la madre

• **Causas durante el embarazo**

El período de mayor riesgo de discapacidad es el comprendido desde la fertilización e implantación del óvulo en el útero hasta el parto, tanto los factores genéticos como los ambientales, o la interacción de ambos, pueden influir negativamente en el desarrollo del feto y determinar más tarde una discapacidad, la magnitud de la misma puede variar en relación con las características del agente causal, el momento en que actúa, la capacidad del organismo de defenderse y la calidad de la atención médica que recibe.

A partir de la fecundación del óvulo, transcurre una primera etapa de alrededor de 3 semanas, que culmina con la implantación del mismo en la pared uterina y formación de la placenta, desde la 5ta a la 10ma semana, a partir del primer día de la última menstruación, se desarrolla el proceso embrionario siendo más sensible a producirse anomalías estructurales o la muerte fetal, antes de esta etapa ocurre con más frecuencia el aborto o no se producen lesiones, después, durante el periodo

fetal, donde se produce un proceso de diferenciación y crecimiento, la presencia de agentes teratogénicos determina con más frecuencia retardo del crecimiento fetal o disfunciones placentarias, pero en el caso especial del desarrollo del Sistema Nervioso Central el mismo es sensible a las agresiones tanto en la etapa embrionaria como fetal.

Entre los factores que, actuando durante el embarazo pueden determinar discapacidad, podemos mencionar (Perez, 2003)

- **Déficit nutricional**

La nutrición desempeña un papel fundamental en la calidad de la descendencia, ha sido ampliamente demostrada la relación entre el déficit de ácido fólico y las malformaciones del tubo neural, también está establecido la relación entre el bajo peso al nacer, fruto de una malnutrición y formas de discapacidad como el retraso mental, la ganancia apropiado de peso durante el embarazo es un reflejo de bienestar del feto intra útero. Muchos trabajos científicos han establecido la relación entre el bajo peso al nacer, especialmente en los menores de 1500g y la mayor incidencia de discapacidad (Perez, 2003)

- **Diabetes sacarina de la gestante**

Se trata de una enfermedad metabólica crónica caracterizada por un déficit de insulina pancreática en la circulación, lo que motiva una hiperglucemia, con aumento de catabolismo de las proteínas y las grasas.

En pacientes diabéticas embarazadas empeora la enfermedad y está relacionada con una mayor

morbimortalidad perinatal. La frecuencia y gravedad de la embriopatía diabética quedan reflejadas en las siguientes cifras 10- 20 % de abortos, 20-30% de mortalidad fetal y 6-12 % de anomalías graves.

EL riesgo para anomalías de las extremidades de hijos de mujeres diabéticas se de 9,21 veces más elevado que en la población de mujeres no diabéticas. Aunque inicialmente se considero que la regresión caudal era más a menudo observada en los hijos de mujeres diabéticas, posteriormente se ha encontrado muchas otras anomalías congénitas. Para explicar la incidencia de las anomalías en el hijo de madre diabética, se invocan varias teorías. Algunas plantean el efecto teratógeno de la insulina sustentándose en datos de experimentación animal, en embriones de pollo y rata. Otros señalan al papel teratogénico de los hipoglicemiantes orales y la presencia de la hipoglicemia.

- **Anomalías por herencia multifactorial**

Muchas anomalías congénitas dependen de factores genéticos y ambientales que actúan en conjunto y se denominan herencia multifactorial: Son anomalías comunes que tienen distribución familiar y se representan por un modelo, en cual la posibilidad de un trastorno es una variable continua. Esta se determina por una combinación de factores genéticos ambientales con un umbral del desarrollo que diferencia a las personas con anomalía, de aquellas que no la presente. Con frecuencia los caracteres multifactoriales son anomalías mayores únicas como labio leporino, paladar hendido aislado (factor genético y déficit de ácido fólico). Mero anencefalia (factor genético diabetes), espina bífida quística,

estenosis pilórica, luxación congénita de cadera (factor genético y presentación de nalgas) y anomalías óseas (factor genético y antidiabéticos orales). Algunas de ellas también ocurren como parte de fenotipo, en síndrome que se determina por herencia de un gen único, anormalidades cromosómicas o teratógeno ambiental.

2.2.2.5. Discapacidades por causas ambientales

c. Discapacidades por Infecciones de la madre

Paludismo: El binomio malaria – embarazo ha sido reconocido como uno de los aspectos más importantes en la problemática generada por el paludismo. El estado inmunológico propio del embarazo hace que la gestante sea más susceptible de presentar esta enfermedad, con consecuencia tanto para ella como para el bebe por nacer. La endemicidad y la estabilidad de la transmisión de la malaria en la zona donde reside la gestante, así como la paridad, influyen tanto en la incidencia de malaria como en el aspecto clínico de las complicaciones que produce durante la gravidez. La malaria gestacional se asocia a una elevada morbilidad materna, así como en el aumento de la morbimortalidad neonatal.

Los cuadros agudos son especialmente graves en la embarazada, aumentando de forma significativa los abortos, mortinatos, bajo peso al nacer, retraso del crecimiento y desarrollo intrauterino y malaria congénita. En determinadas ocasiones, el parásito puede atravesar la placenta durante el embarazo o el trabajo de parto y los recién nacidos presentan fiebre e ictericia (color amarillento de la piel) hepato esplenomegalia, crisis convulsiva e irritabilidad.

Virus del herpes simple (HSV): El herpes genital, como la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual, en los

últimos años ha incrementado su incidencia en todos los estratos sociales. La difusión de esta enfermedad está muy relacionada con la promiscuidad sexual y/o falta de información para mantener relaciones sexuales seguras.

La infección congénita del recién nacido es el resultado de la transmisión del virus vía transplacentaria. Las manifestaciones clínicas están presentes al momento de nacer o dentro de las primeras 24 horas. Algunos recién nacidos afectados desarrollan llagas en la piel o en la boca infecciones en los ojos. Muchas veces los efectos alcanzan al cerebro y a muchos órganos internos. Los recién nacidos pueden ser irritables, comen poco y sufren convulsiones repentinas. Aun con tratamiento cerca a la mitad de infantes con daños que involucran estos órganos fallecen. Alrededor de 50 % de recién nacidos que sobreviven, adquieren infecciones en el cerebro y desarrollan daños que pueden acabar en diversas discapacidades, las más importantes son: vesículas y cicatrices en piel y hepatomegalia.

Hepatitis viral en gestación: La hepatitis tipo B es la más frecuente de las enfermedades hepáticas que pueden afectar a una embarazada y, a su vez, la causa más recurrente de ictericia en el recién nacido. De igual manera, el tratamiento no adecuado de ictericia provoca en el recién nacido encefalitis (meningitis). La eliminación del virus se produce a través de todos los líquidos y humores del organismo, como saliva, secreción vaginal, semen, heces, etc.

Las mujeres embarazadas son más susceptibles a la infección que las no embarazadas de la misma edad. La ocurrencia de hepatitis B en el primer o segundo trimestre de embarazo no trae mayor riesgo, mientras que cuando la

infección se presenta en el tercer trimestre, se asocia con riesgo de prematuros y mayor mortalidad fetal

d. Discapacidad por causa químicas

Plaguicidas: La contaminación por plaguicidas se produce tanto a nivel laboral como a nivel doméstico. La contaminación es mayor por falta de precaución y protección. Para manejar estas sustancias es importante protegerse la nariz, boca, ojos y piel. Es necesario evitar el contacto de estas sustancias con las mucosas. Inmediatamente después de la exposición a estas sustancias, es necesario bañarse con abundante agua y jabón y lavar la ropa utilizada. Independientemente del resto de ropa de la familia. Mientras se lava la ropa, esta no debe ser guardada al interior de la vivienda.

Además de la contaminación directa, la contaminación indirecta es la menos estudiada y reconocida. A diario corremos el riesgo de intoxicaciones por el consumo de alimentos que fueron fumigados y que mantienen residuos de la sustancia tóxica las cuales fueron expuestas. Estas sustancias no solo afectan al producto que sale al mercado, sino que cae al suelo y puede permanecer por mucho tiempo en el efecto residual prolongado. Con el riesgo y la absorción vegetal, el producto es incorporado a todos los tejidos de la planta y por ende los próximos productos también estarán contaminados. Aunque la planta no vuelva a ser fumigada. Adicionalmente, el riego o la lluvia provocan un lavado del suelo, arrastrando la sustancia a otros suelos de cultivo, a las vertientes o ríos contaminados, carne o leche contaminada.

En el caso de mujeres embarazadas expuestas a este tipo de sustancias y dependiendo de la edad gestacional, el

riesgo de anomalía puede ser grande. Se ha reportado la aparición de encefalitis, hidrocefalia, mielomeningocele, cardiopatías, anomalías en el aparato urinario, falta de desarrollo de los pulmones y ano imperforado. En personas portadoras de anemia, los efectos son mayores y ello incluye aspectos en la esfera reproductiva.

e. Discapacidad por causas físicas

Radiación: Los rayos x son radiaciones electromagnéticas que pueden penetrar la mayoría de las sustancias y se utilizan con fines terapéuticos y para tomar imágenes fotográficas, útiles para el diagnóstico de algunos trastornos.

La exposición accidental de la mujer embarazada a las radiaciones crea frecuentemente un estado de ansiedad en ella misma sus familiares y los médicos, por la posibilidad de que el feto presente anomalías genéticas. Afortunadamente es poco probable que la exposición a radiaciones diagnósticas o terapéuticas, pueda causar mutaciones genéticas en los fetos expuestos

La evaluación de los riesgos de la exposición a los rayos X del bebé intrauterina debe hacerse en base a la dosis absorbida ritmo al cual la dosis fue proporcionada y al estado de desarrollo embrionario fetal en el que se produjo la exposición. Hay que tener en consideración que las radiaciones no solo actúan sobre el embrión en desarrollo causando anomalías, sino que también provocan mutaciones en las células germinales y a su vez son causa de anomalías en el cigoto que pueden resultar de su fecundación.

La lite recomendada para la exposición en todo el organismo materno a la radiación de cualquier fuente es de ≤ 0.5 % rads. A lo largo de todo el embarazo (Prenatal, 2011).

La radiación ejerce una acción mayor en los tejidos que se encuentran en la fase de desarrollo. Las grandes dosis de rayos x, de radio y de isotopos de radioactivos en la embarazada, pueden dar origen de manera más común a: anómalas esqueléticas, microcefalia, espina bífida y ceguera (catarata congénita).

Otras discapacidades que se reportan como efecto de la radiación son: trastornos mentales, paladar hendido, anomalías de extremidades, anormalidades viscerales y microcefalia.

La radiación ionizante también puede lesionar a las células embrionarias, causando la muerte celular. Es preciso reconocer que el carácter de la anomalía depende de la dosis de radiación y de la etapa de desarrollo en el cual se administra. El riesgo es mayor en el primer trimestre, por ser el periodo de organogénesis y por ser el periodo de mayor susceptibilidad a lesiones por radiaciones a nivel cerebral (Prenatal, 2011).

2.2.2.6. Discapacidades por causas conductuales

a. Violencia Intrafamiliar

La Violencia doméstica existe en una cultura de “silencio” así como la negación de la gravedad de las consecuencias, que para la salud tiene la agresión en todos los planos de la sociedad. El hecho de que la Violencia basada en género haya sido considerada desde hace mucho tiempo “asunto privado” contribuyó a la grave discrepancia entre la formulación de políticas de salud pública y la falta de programas apropiados de protección a las mujeres violentadas y cambiar el orden social que ampara a los agresores.

El embarazo debería de ser una etapa durante el cual la salud y el bienestar de las mujeres sean especialmente respetados. Sin embargo, las encuestas sugieren que las embarazadas son el blanco perfecto para el abuso.

El bajo peso al nacer es un poderoso predictor de las probabilidades de supervivencia del niño en el primer año de vida. Para las madres de los países en desarrollo, que de por sí están desnutridas, sobrecargadas de trabajo, que carecen de acceso a una adecuada atención en salud; la golpiza durante el embarazo puede tener un efecto más grave que el sufrido por la mayoría de las mujeres de países industrializados.

Las mujeres que viven en zonas políticas y socialmente violentas, tenían un riesgo significativamente mayor de complicaciones durante el embarazo, que las mujeres de zonas menos violentas. Luego de ajustar las variables que potencialmente confunden- ingresos, educación, estado civil, bajo peso, tabaquismo, inseguridad y depresión los investigadores encontraron que los niveles altos de violencia socio política se asociaban con una probabilidad cinco veces mayor de riesgo del embarazo, como preeclamsia, parto prematuro, amenaza de aborto espontáneo e hipertensión gestacional.

Si la tensión y el trauma de vivir en una zona violenta pueden producir complicaciones, es razonable suponer que vivir en el infierno privado de una relación violenta, puede producir secuelas similares. La privación social y afectiva de la madre produce teratogénesis en el hijo. El abandono social e interno en la madre repercute en su eje hipotálamo hipofisario- suprarrenal, desencadenando mayor concentración de cortisol y de hormonas simpáticas.

miméticos. El exceso de cortisol materno supera la capacidad de la enzima placentaria humana, 11 beta hidroxisteroide deshidrogenase (11BHSD) tipo2, la cual transforma el exceso de cortisol en corticosterona materno en sus metabolitos inactivos. La sobre exposición del feto humano a glucocorticoides endógenos maternos le expone a detención en el crecimiento y alteraciones en área neuroendocrina, en la esfera afectiva, y en el sistema cardiovascular e inmunológico. Si el feto nace vivo, el recién nacido presentará defectos de la función de estos sistemas en la vida post natal. Las hormonas vaso activas epinefrina, norepinefrina también suprimen la producción de 11 beta hidroxisteroide deshidrogenase (11BHSD) tipo2, en las células trofoblasticas humanas, agravando el efecto de los corticoides en el feto (Prenatal, 2011).

b. Agresiones Psicológicas

Es claro que la vida no comienza con el nacimiento, el verdadero momento inicial es la fecundación. Sin embargo, el interés por el conocimiento de las influencias emocionales sobre él bebe intrauterino durante el embarazo, solo tiene algunos años.

Actualmente se desarrollan muchas pruebas que buscan correlacionar el modo en que las emociones de la mujer embarazada impactan en su hijo. El interés del estudio se centra en la forma, la naturaleza y las consecuencias de dicho impacto. La ciencia va desarrollando diversas teorías sobre la vida psicológica prenatal. Cabe decir que en las últimas décadas se ha ido centrando el interés por los aspectos sensoriales y poco afectivos en esta etapa tan precoz de la vida humana.

Algunos investigadores afirman que hay fragmentos de huellas de memoria en el recién nacido, otros, en cambio lo reconocen hacia el sexto mes de embarazo. Con todo lo señalado se demuestra que fuertes impactos emocionales en la madre condicionan cambios en la composición química del medio interno.

Por ello nos parece lícito asegurar que una mujer embarazada sometida a intensos desequilibrios transmitirá de algún modo, estas variaciones al feto intra útero, determinando en él distintos efectos; aceleración del ritmo cardíaco, irritabilidad, hiperactividad, hipertonicidad, facilidad para el llanto, trastorno del sueño, dificultades en la alimentación, trastornos gastro intestinales e insuficiente aumento de peso (Prenatal, 2011)

Así mismo también el equilibrio mental de la madre incluye la posibilidad de conductas de riesgo para su embarazo: mala alimentación, consumo de alcohol y drogas, automedicación, tabaco inadecuada protección y cuidado de su embarazo. El sentimiento de rechazo hacia el niño, la depresión, uso excesivo de alcohol y drogas se consideran como agentes teratógenos que pueden determinar mayor probabilidad de complicaciones durante el embarazo, parto, y pueden ocasionar nacimientos de niños y niñas con deficiencia/discapacidad.

El estado emocional y mental de la madre influye de manera directa sobre los sistemas inmunológicos. Por eso, las relaciones de pareja y en familia, el ambiente del trabajo, las relaciones interpersonales, la aceptación o rechazo del embarazo y en general, todo aquello que constituye la vida psicoafectiva de la madre, repercute de manera positiva o

negativa sobre los sistemas corporales de defensa del niño por nacer (Prenatal, 2011).

2.2.2.7. Causas durante el parto

En el pasado se consideraba que muchas de las discapacidades que sufrían los recién nacidos dependían de complicaciones que ocurrían durante el parto y para muchos autores esta era la primera causa de discapacidad, el desarrollo científico ha permitido demostrar que en los países con un eficiente sistema de salud en realidad las complicaciones durante el parto sola aportan un 10%, son las causas genéticas, especialmente las que se producen en los primeros momentos del embarazo, y que en general no pueden ser tratadas ni prevenidas, las que determinan la mayor cantidad de secuelas permanentes, pero es importante tener en cuenta que su presencia generalmente predispone a complicaciones durante el parto.

Referente a la distocia del parto como causa de discapacidad, hoy se han desarrollado novedosas tecnologías que permiten su diagnóstico precoz, las mismas son más frecuentemente relacionadas con el parto prematuro o el crecimiento intrauterino retardado, o en presencia de complicaciones maternas como la diabetes descompensada o la eclampsia, los accidentes del tránsito o los traumatismos en la embarazada son causa también de complicaciones.

La parálisis braquial obstétrica, las fracturas de clavícula, el tortícolis congénito y la Parálisis facial son manifestaciones frecuentes de la distocia.

La transición del medio intrauterino protegido, a la vida independiente, es otro de los retos que debe enfrentar el recién nacido, para lo que debe realizar grandes ajustes fisiológicos en su sistema respiratorio, circulatorio, metabólico, etc.

La mayoría logra adaptarse a la nueva situación sin dificultad, pero los que por diversas razones presentaron dificultades en la etapa intra útero tendrán también dificultades para enfrentar el cambio.

Una complicación frecuente es la encefalopatía hipóxica isquémica, producida por deficiencia en el aporte de oxígeno al tejido nervioso del feto durante el trabajo de parto, produce lesiones con más frecuencia en la región parasagital, ya sea micro-infartos, zonas de edema cerebral o de atrofia cerebral.

2.2.3. Programa educativo propuesto

Prenatal desarrolla un proceso de formación presencial dirigida a adolescente de las instituciones educativas pública y privada. Este proceso busca la formación de mediadores que faciliten cambios de actitud y promuevan una cultura de prevención de discapacidades en la población meta en general: mujeres en edad fértil, familia y parejas, adolescentes. Los talleres que se presenta (ver anexo) fortalecen el Programa de Capacitación de Prenatal. La intención de la institución es dotar de herramientas de trabajo para que puedan realizar su labor de promoción, difusión, capacitación a la población meta en las claves y enfoques de prevención de prenatal, y contribuir a la construcción de la cultura de prevención.

a. Objetivos de los talleres

- Motivar cambios en prácticas y actitudes de la población meta para la prevención de discapacidades.
- Fomentar la construcción de la cultura de prevención de discapacidades.
- Difundir los mensajes claves y los enfoques del programa Prenatal.

b. Enfoque metodológico

La metodología del programa de formación de Prenatal está

basada en la mediación pedagógica con los aportes que diferentes autores han realizado sobre el tema. Entre otros podemos recordar a Piaget, Vigostski y Feurestein. Así como a Paulo Freire, Francisco Gutiérrez y Daniel Prieto que han logrado re-significar esta metodología para aplicarla a nuestra realidad latinoamericana.

A continuación, les presentamos de modo sintético las ideas que sustentan, para Prenatal, la mediación pedagógica. Pretendemos que estas concepciones estén siempre presentes en los talleres que ustedes realicen.

c. Mediación pedagógica.

El sentido no se enseña, se construye en un proceso de enriquecimiento y descubrimiento permanentes, en el quehacer cotidiano, en las relaciones con las otras personas. El sentido no se transmite, como si se llenara un vaso de agua. Por el contrario el sentido se construye en las relaciones inmediatas, en los contextos en que se vive. Por tanto, un aprendizaje con sentido implica que todas las actividades, los conceptos, los valores signifiquen algo en la vida cotidiana de quién aprende. En la Mediación pedagógica la educación es un proceso de elaboración de sentidos o dicho de otra forma, la educación es un proceso vital de intercambio y en donde el estudiante logra crear o recrear el sentido de su propia existencia. La mediación pedagógica debe tener las siguientes características:

- **Educar para la incertidumbre:** Educar para preguntar de forma permanente, por tanto, es necesario, no enfocar nuestra atención en dar respuestas acabadas, sino más bien en permitir que se formulen buenas preguntas. Esto implica que el estudiante aprenda a buscar, procesar y utilizar la información, para resolver problemas. Durante los talleres utilizamos siempre preguntas generadoras para poder

construir con el grupo el sentido de la prevención de discapacidades.

- **Educación para gozar de la vida:** Educar en el goce significa generar entusiasmo por buscar nuevos conocimientos, movilizar lo mejor de sí y lo mejor de los otros para dar y recibir de forma lúdica. Por este motivo es muy importante que en todas las actividades esté presente la animación y motivación por parte de quienes dirigen los talleres.
- **Educación para la significación:** Una educación con significación forma protagonistas, seres para los cuales todas y cada una de las actividades, conceptos, proyectos significan algo para su vida. Estas nuevas significaciones le permiten reinterpretar el mundo y sus relaciones con los demás. En el trabajo que ustedes realicen con la población meta el gran desafío es lograr que las personas construyan sus ideas y sentidos sobre la prevención y las discapacidades.
- **Educación para la expresión:** El dar sentido no solo es un problema de comprensión sino, sobre todo de expresión. Una educación que no pasa por la constante y rica expresión de sus interlocutores sigue empantanada en los viejos moldes de la respuesta esperada y de los objetivos sin sentido. Por este motivo su trabajo está basado en la posibilidad continua de que los y las participantes digan lo que piensan y sientan a través de las palabras, de los gestos, de las dramatizaciones.
- **Educación para convivir:** Educar para vivir con. Todo aprendizaje es un inter- aprendizaje. La clave pasa por lo compartido, por lo que puede ser aprendido de los demás. Cuando se cree en los otros se es corresponsable; la formación propia y la de los demás, es producto de una interacción, comunicación y

colaboración. Aquí encuentran ustedes la riqueza de trabajar con grupos en los talleres y la importancia de una relación horizontal entre ustedes (mediadores) y la población meta.

- **Educar para apropiarse de la historia y de la cultura:** Somos seres históricos porque nos construimos con las experiencias anteriores, conocimientos, tecnologías, cultura, violencia, encuentros y desencuentros atesorados a lo largo de varias generaciones. Somos producto de esa historia general y de nuestra biografía, de la manera en que lo general es vivido en nuestra vida cotidiana. En la medida en que una propuesta se centra en la formación (auto formación e inter formación) y no en la enseñanza, el rol protagónico del proceso se comparte entre el docente y el educando. Este solo hecho abre el camino al acto educativo, entendido como construcción de conocimientos, intercambio de experiencias, creación de formas nuevas. Ese protagonismo es el que permite la apropiación de la historia y la cultura.

El nivel de presencia de estas características en sus procesos de trabajo nos puede informar del grado en que estamos propiciando la participación, creatividad y el aprendizaje compartido. Para poder incorporar estas características a su trabajo es necesario tener una clara visión de quiénes son los individuos a los que está ofertando el servicio. Es decir, conocer a la población meta, saber de su vida cotidiana, sus costumbres, sus sueños, su lenguaje, su forma de ver el mundo e imaginar el mañana.

La función del mediador no se limita a difundir mensajes, se trata de apoyar procesos de transformación de concepciones y actitudes, cambios de comportamiento, formas de mirar el mundo; y esta transformación atraviesa por un

reconocimiento de quién soy, para luego poder avanzar hacia quién quiero ser y cómo deseo comportarme.

d. Proceso metodológico.

Para no perder de vista el proceso de la metodología de mediación recuerden siempre este esquema:

La experiencia implica partir de las realidades y las vivencias de quienes participan de los talleres para identificar las necesidades, las condiciones de vida y sus conocimientos previos sobre el tema a tratarse. La Información/reflexión (o teorización) nos conduce a construir un puente entre la realidad y un nuevo concepto. Para ello, durante las actividades de presentación de contenidos, se recurre a: preguntas generadoras, imágenes y a la exposición de contenidos (información) para llegar a la reflexión. En este momento su papel como mediador es fundamental, pues será quien conecte las experiencias del grupo con los elementos abordados promoviendo el autodescubrimiento.

La acción es la última etapa del proceso. A partir de la acción se pretende volver a la práctica. Es imprescindible que, ustedes encargados/as de la mediación recojan las opiniones del grupo para que las decisiones que se tomen, durante los compromisos, sean sentidas y no impuestas. Por este motivo en la hoja "Mis compromisos" se sugieren acciones y quienes participan se comprometen a realizar las acciones que quieren, pueden y deben realizar.

e. Estructura de cada taller.

De acuerdo con los criterios de mediación pedagógica (Gutierrez & Prieto, 1999) el tratamiento de un contenido debe llevar en consideración tres estrategias: estrategias de entrada, de desarrollo y de cierre.

Las estrategias de entrada deben estar relacionadas con relatos de experiencias, anécdotas, fragmentos literarios o periodísticos, etc.

Las estrategias de desarrollo deben llevar en consideración los siguientes puntos, entre otros:

- Tratamiento recurrente: Permite tener una visión del tema desde diferentes puntos de vista.
- Ángulos de mira: Es contraponer los diferentes puntos de vista de los y las participantes y los contenidos de Prenatal, una vez que se logra tener una visión amplia y recurrente del tema a tratarse.
- Puesta en experiencia: Se pretende que quienes aprendan puedan poner en práctica aquellos contenidos que fueron abordados.
- Pedagogía de la pregunta: Lleva a que los participantes de un proceso de formación reflexionen y den sus propias respuestas.

Las estrategias de cierre son actividades para facilitar que los temas abordados, durante cada taller, permitan a los y las participantes sacar sus propias conclusiones y poner en práctica las acciones de prevención. En estos talleres ustedes tendrán algunas estrategias que les orientarán en su trabajo. Sin embargo, es muy importante que ustedes conozcan a su grupo para que las estrategias respondan a las necesidades y particularidades de los y las participantes.

Cada taller es una unidad independiente y no contempla secuencia; aunque el mediador puede crear una secuencia entre los talleres en función de las necesidades de su grupo y de su planificación de trabajo.

f. Contenido de cada taller:

- **Objetivo:**
Determina la finalidad, el para qué se hace esta actividad.
- **Materiales de apoyo:**
Sugiere resumir los materiales necesarios para el desarrollo del taller.
- **Recomendaciones carga horaria:**
Sugiere la distribución del tiempo, pero cada mediador puede ajustar los tiempos si le es posible, pero debe cuidar de no afectar la profundidad del trabajo.
- **Actividad de animación:**
Busca relajar a los participantes a través de actividades lúdicas.

2.3. Definición de términos básicos:

a. Salud reproductiva

Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos vinculados con el sistema reproductivo y sus funciones o procesos.” (OMS, 2009).

b. Salud Sexual

Integración de los aspectos somáticos, emocionales e intelectuales del ser sexual que enriquezca la personalidad, la comunicación y el amor (OMS, 2009).

c. Factor de riesgo

Los factores de riesgo son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas. Son múltiples, y pueden ser biopsicosociales.

Son las respuestas expresadas de los adolescentes sobre las situaciones o comportamientos de tipo personal, social, económico y cultural que representan un desafío para el desarrollo personal social del adolescente.

El cual se obtiene a través de información anónima mediante un instrumento, tipo formulario y valorizado en frecuencias absolutas.

d. Factores de riesgo en la etapa prenatal

Es toda característica asociada a una mayor probabilidad de sufrir un daño en el tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento (Prenatal, 2011).

e. Deficiencia.

Representa toda pérdida o anomalía de una estructura y función psicológica, por consecuencia es la desviación de alguna norma estadística en el funcionamiento físico y mental.

f. Discapacidad:

Es una limitación del desempeño normal de un individuo en las actividades de la vida diaria.

g. Minusvalía.

Que limita el desempeño de un rol que se considera normal en el contexto sociocultural.

h. Prevención.

Proceso activo de implementación de un conjunto de acciones e iniciativas basadas en factores de riesgos y peligros, tendentes a modificar y mejorar la formación y el desarrollo integral, así como la calidad de vida de los individuos.

i. Prevención de riesgos

La prevención de riesgos en su significado más amplio es el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del desarrollo de una actividad.

2.4. Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

El programa educativo propuesto mejora significativamente el nivel de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.

2.4.2. Hipótesis específicas

- a. El programa educativo propuesto mejora significativamente el nivel de conocimiento biológico sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.
- b. El programa educativo propuesto mejora significativamente el nivel de conocimiento ambiental sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.

2.5. Identificación de variables

a. Variable independiente

X : Programa educativo propuesto.

b. Variable dependiente

Y: Nivel de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidades en la etapa prenatal.

2.6. Definición operacional de variables e indicadores

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES
X Programa educativo propuesto	Planificación	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos • Metas • Cronograma • Materiales • Evaluación • Seguimiento
	Aplicación	<ul style="list-style-type: none"> • Orientaciones de participación • Actividades iniciales • Actividades de proceso • Actividades de salida • Reforzamiento

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES
Y Conocimiento sobre prevención de riesgo de discapacidad en la etapa prenatal	Conocimiento biológico	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Concepción • Planificación • Infecciones
	Conocimiento ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Animales • Violencia • Riesgos • Medicamentos • Medio ambiente

CAPÍTULO III METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

Sánchez y Reyes (2006) afirman que la investigación tecnológica responde a problemas técnicos, está orientada a demostrar la validez de ciertas técnicas bajo las cuales se aplican principios científicos que demuestran su eficacia en la modificación o transformación de un hecho o fenómeno.

En tal sentido, el presente estudio es de tipo tecnológico porque estuvo orientado a demostrar la validez del programa educativo en el mejoramiento del nivel de conocimiento sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los/las adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvariño Herr.

3.2. Métodos de investigación

Sánchez y Reyes (2006) sostienen que el método experimental consiste en organizar deliberadamente condiciones, de acuerdo a un plan previo, con el fin

de investigar las posibles relaciones de causa-efecto exponiendo a uno o más grupos experimentales a la acción de una variable experimental y contrastando sus resultados.

Teniendo en cuenta el referido concepto en el presente estudio se utilizó el método experimental para conocer la efectividad del programa educativo propuesto, donde se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

- a. Formulación del problema.
- b. Formulación de hipótesis.
- c. Determinación del grupo experimental.
- d. Observación inicial de la variable dependiente.
- e. Aplicación del programa educativo propuesto al grupo experimental.
- f. Observación final de la variable dependiente.
- g. Prueba de hipótesis
- h. Formulación de la teoría.

3.3. Diseño de investigación.

De acuerdo con (Cabrero & Richart), el diseño de investigación constituye el plan general del investigador para obtener respuestas a sus interrogantes o comprobar la hipótesis de investigación.

El diseño de investigación desglosa las estrategias básicas que el investigador adopta para generar información exacta e interpretable.

El diseño de investigación estipula la estructura fundamental y especifica la naturaleza global de la intervención.

Teniendo en cuenta el referido concepto, el diseño que se utilizó en el desarrollo del presente estudio fue el pre experimental con un grupo intacto asociado a dos observaciones, cuyo diagrama es el siguiente:

GE O₁ X..... O₂

Dónde:

- GE : Grupo experimental.
- X : Programa educativo propuesto.
- O_1 : Observación inicial del conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal.
- O_2 : Observación final del conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal.

Explicación:

El grupo experimental estuvo conformado por 30 adolescentes consideradas en estudio a quienes se les aplicó una prueba de entrada para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal, luego participaron en el programa educativo propuesto por un periodo de tres meses aproximadamente. Al finalizar esta experiencia, se les aplicó nuevamente una prueba de salida para verificar la efectividad del programa educativo propuesto.

3.4. Población y muestra.

Córdova (2012) , refiere que la población es un conjunto de unidades de observación con características comunes. Y muestra aquella parte de la población, seleccionada a través de alguna técnica de muestreo con fines de estudio.

3.4.1. Población

La población considerada en estudio estuvo constituida por 48 adolescentes mujeres y varones, entre los 14 y 18 años, de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr, del distrito de San Ramón, de la Unidad de Gestión Educativa Local de San Ramón – Chanchamayo en el año 2013.

3.4.2. Muestra

La muestra considerada en estudio estuvo determinada por 30 adolescentes extraídas de la referida población a través de la técnica de

muestreo no probabilístico de tipo intencional, porque ellos mostraron un nivel aceptable de responsabilidad como estudiantes. Además, porque se comprometieron participar responsablemente en el proceso de investigación.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Tafur (2007) precisa que las técnicas de recolección de información o de compilación de datos, son procedimientos sistemáticos y estandarizados usados en la investigación para resolver sus problemas específicos. Ayudan al ejecutante obtener medidas de variables

Malca (2002), sostiene que el instrumento es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar, registrar la información, para medir el comportamiento o atributo de las variables.

De acuerdo a los referidos conceptos, en esta investigación se han utilizado las siguientes técnicas e instrumentos de acopio de datos:

TÉCNICA	INSTRUMENTO	DATO
Cuestionario	Cuestionario con 20 reactivos, de los cuales 10 corresponden a la dimensión conocimiento biológico y 10 a conocimiento ambiental	Nivel de conocimiento que tuvo cada adolescente considerado en estudio sobre prevención de riesgo de discapacidad en la etapa prenatal
Ficha de verificación	Ficha con 10 reactivos	Nivel de validez técnica que le otorga cada experto al programa educativo propuesto

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El tratamiento estadístico que llevamos a cabo con los resultados encontrados en un trabajo de investigación puede ser de dos tipos fundamentales: descriptivo e inferencial (García & Matus).

En tal sentido la técnica de procesamiento y análisis de datos que se utilizó en esta investigación, fue el estadístico en sus dos niveles:

a. Descriptivo

- Organización de datos
 - Tablas de una entrada
 - Tablas de dos entradas
- Representación de datos
 - Diagrama de columnas
 - Diagrama de curvas
- Medidas de resumen
 - Medida aritmética.
 - Desviación estándar.
 - Coeficiente de variación.

b. Inferencial

Para la prueba de hipótesis se utilizó el test “T” de Student con un nivel de confianza del 95% cuyo estadístico fue el siguiente:

3.7. Tratamiento Estadístico.

Para la construcción de tablas estadísticas, la representación de datos a través de diagramas, estimación de medidas estadísticas y pruebas de hipótesis generales como específicas, se han utilizado el programa estadístico SPSS V.20. Y para la construcción del registro general o base de datos el Microsoft Excel.

3.8. Selección y validación de los instrumentos de investigación

El cuestionario de conocimientos sobre prevención de riesgo de discapacidad en la etapa prenatal fue validado a través del juicio de tres expertos como se indica en el siguiente cuadro:

n.º	EXPERTO	VALORACIÓN
1.	Dr. Isaac Córdova Baldeón	80%
2.	Mg. Giovanna Enríquez Gonzáles	88%
3.	Mg. Rudy Cuevas Cipriano	86%

El coeficiente de validez promedio logrado fue de 84.7%

SEGUNDA PARTE: DEL TRABAJO DE CAMPO O PRÁCTICO

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo.

El trabajo de campo que tuvo lugar en el desarrollo de nuestra investigación se dio en dos dimensiones:

a. Dimensión técnica

- Construcción asistida del programa educativo propuesto
- Validación del programa educativo a través del experto 1
- Validación del programa educativo a través del experto 2
- Validación del programa educativo a través del experto 3

b. Dimensión práctica

- Aplicación del cuestionario de entrada al grupo experimental para determinar el nivel de conocimientos sobre prevención de riesgo de discapacidad en la etapa prenatal, antes de la aplicación de la variable experimental.

- Aplicación del programa educativo propuesto al grupo experimental por un tiempo aproximado de tres meses a través de un plan específico.
- Aplicación del cuestionario de salida al grupo experimental para determinar el nivel de conocimientos sobre prevención de riesgo de discapacidad en la etapa prenatal, después de la aplicación de la variable experimental.

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.

4.2.1. Descripción del instrumento

La variable conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal fue medido en la escala vigesimal (00 a 20). Y para la interpretación adecuada de los resultados se ha categorizado del modo siguiente:

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ESCALA
A: Bueno	[14 - 20]
B : Regular	[07 - 13]
C: Deficiente	[00 - 06]

Las dimensiones de conocimiento biológico y ambiental sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal fue medido en la escala vigesimal (00 a 20). Y para la interpretación adecuada de los resultados se ha categorizado del modo siguiente:

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ESCALA
A: Bueno	[14 - 20]
B : Regular	[07 - 13]
C: Deficiente	[00 - 06]

4.2.2. Variable: Conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal

4.2.2.1. Observación pretest

TABLA N° 1: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal antes de haber participado en el Programa Educativo.

Niveles de conocimiento	f_i	p_i
A: Bueno	01	3,3%
B: Regular	29	96,7%
C: Deficiente	00	0,0%
Total	30	100%

FUENTE: *Base de datos del Anexo No. 01*

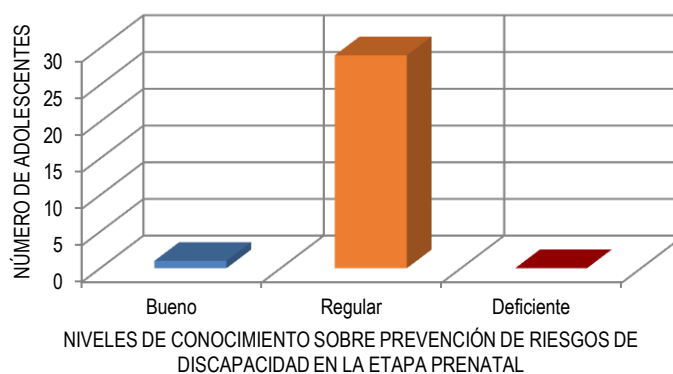


GRÁFICO N° 1: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal antes de haber participado en el Programa Educativo.

MEDIA ARITMÉTICA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
$\bar{x} = 11,17$	$S = 1,32$	$Cv = 11,8\%$

El 3,3% de adolescentes del grupo experimental obtuvieron buen nivel de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal y el 96,7% de ellos obtuvieron un nivel regular en la misma variable, antes de haber participado en el Programa Educativo propuesto. Asimismo se puede notar que el nivel promedio de conocimiento logrado en esta observación es de 11,17. Finalmente se puede distinguir que, los calificativos logrados en la observación pretest tienen una variación de 11,8%.

4.2.2.2. Observación postest

TABLA N° 2: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal después de haber participado en el Programa Educativo.

Niveles de conocimiento	f_i	p_i
A: Bueno	30	100%
B: Regular	00	0%
C: Deficiente	00	0%
Total	30	100%

FUENTE: *Base de datos del Anexo No. 01*

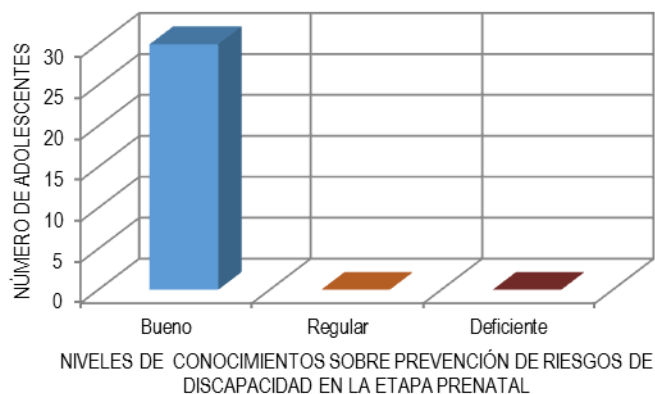


GRÁFICO N° 2: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal después de haber participado en el Programa Educativo.

MEDIA ARITMÉTICA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
$\bar{x} = 16,6$	$S = 1,22$	$Cv = 7,4\%$

El 100% de adolescentes del grupo experimental obtuvieron buen nivel de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal, después de haber participado en el Programa Educativo propuesto. Asimismo, se puede notar que el nivel promedio de conocimiento logrado en esta observación fue de 16,6. Finalmente se puede distinguir que, los calificativos logrados en la observación pretest tienen una variación de 7,4%.

4.2.2.3. Comparación de observaciones pretest y postest

TABLA N° 3: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal antes y después de haber participado en el Programa Educativo.

Niveles de conocimiento	Pretest	Postest
A: Bueno	01	30
B: Regular	29	00
C: Deficiente	00	00
Total	30	30

FUENTE: Base de datos del Anexo No. 01

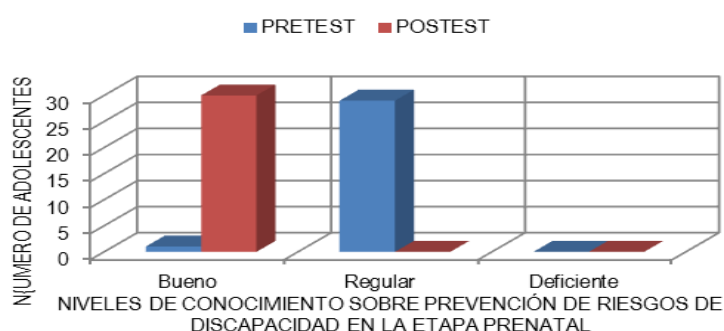


GRÁFICO N°3: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal antes y después de haber participado en el Programa Educativo

OBSERVACIÓN	MEDIA ARITMÉTICA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PRETEST	$\bar{x} = 11,17$	$S = 1,32$	$Cv = 11,8\%$
POSTEST	$\bar{x} = 16,6$	$S = 1,22$	$Cv = 7,4\%$

Se puede notar con mucha claridad que 29 adolescentes han migrado hacia los niveles superiores de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal luego de haber participado en el Programa Educativo propuesto. Asimismo, se puede constatar que el conocimiento promedio en la observación postest es mayor en más de 5,4 puntos respecto al promedio obtenido en la observación pretest. Finalmente, se puede verificar que, los calificativos que corresponden a la observación postest son más homogéneos en 4,4% que las puntuaciones de la observación pretest.

4.2.3. Dimensión: Conocimiento biológico

4.2.3.1. Observación pre test

TABLA N° 4: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento biológico sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal antes de haber participado en el Programa Educativo.

Niveles de conocimiento	f_i	p_i
A: Bueno	01	3,3%
B: Regular	29	96,7%
C: Deficiente	00	0,0%
Total	30	100%

FUENTE: Base de datos del Anexo No. 01

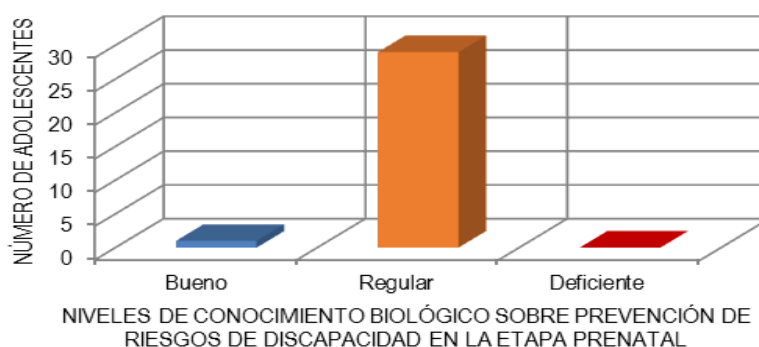


GRÁFICO N° 4: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento biológico sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal antes de haber participado en el Programa Educativo.

MEDIA ARITMÉTICA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
$\bar{x} = 11,27$	$S = 1,53$	$Cv = 13,6\%$

El 3,3% de adolescentes del grupo experimental obtuvieron buen nivel de conocimiento biológico sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal y el 96,7% de ellos obtuvieron un nivel regular en la misma variable, antes de haber participado en el Programa Educativo propuesto. Asimismo, se puede notar que el nivel promedio de conocimiento logrado en esta observación es de 11,27. Finalmente se puede distinguir que, los calificativos logrados en la observación pretest tienen una variación de 13,6%.

4.2.3.2. Observación postest

TABLA N°5: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento biológico sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal después de haber participado en el Programa Educativo.

Niveles de conocimiento	f_i	p_i
A: Bueno	30	100%
B: Regular	00	0%
C: Deficiente	00	0%
Total	30	100%

FUENTE: Base de datos del Anexo No. 01

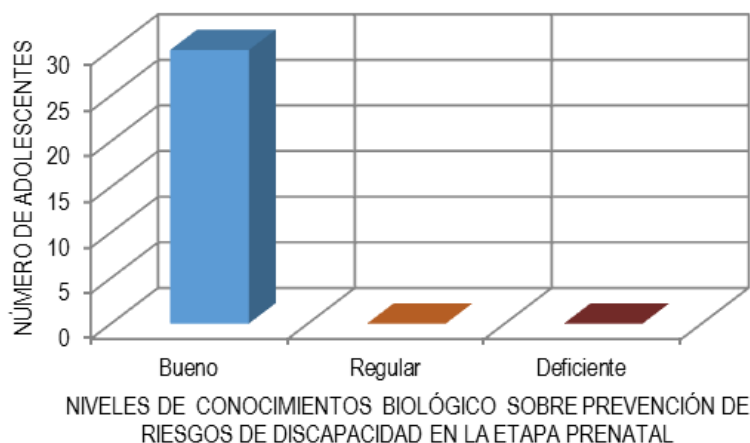


GRÁFICO N° 5: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento biológico sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal después de haber participado en el Programa Educativo.

MEDIA ARITMÉTICA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
$\bar{x} = 16,53$	$S = 2,03$	$Cv = 12,3\%$

El 100% de adolescentes del grupo experimental obtuvieron buen nivel de conocimiento biológico sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal, después de haber participado en el Programa Educativo propuesto. Asimismo, se puede notar que el nivel promedio de conocimiento logrado en esta observación fue de 16,53. Finalmente se puede distinguir que, los calificativos logrados en la observación pretest tienen una variación de 12,3%.

4.2.3.3. Comparación de observaciones pretest y postest

TABLA N° 6: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento biológico sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal antes y después de haber participado en el Programa Educativo.

Niveles de conocimiento	Pretest	Postest
A: Bueno	01	30
B: Regular	29	00
C: Deficiente	00	00
Total	30	30

FUENTE: Base de datos del Anexo No. 01

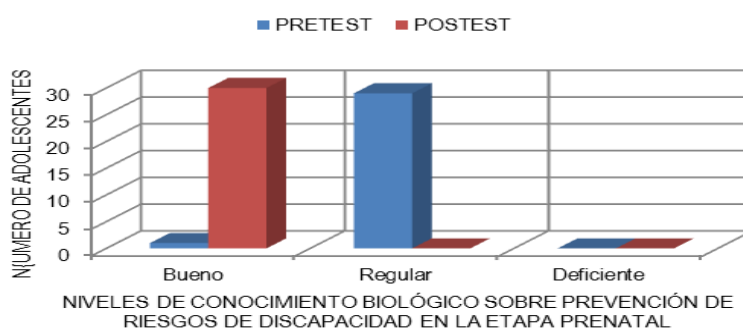


GRÁFICO N° 6: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento biológico sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal antes y después de haber participado en el Programa Educativo.

OBSERVACIÓN	MEDIA ARITMÉTICA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PRETEST	$\bar{x} = 11,27$	$S = 1,53$	$Cv = 13,6\%$
POSTEST	$\bar{x} = 16,53$	$S = 2,03$	$Cv = 12,3\%$

Se puede notar con mucha claridad que 29 adolescentes han migrado hacia los niveles superiores de conocimiento biológico sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal luego de haber participado en el Programa Educativo propuesto. Asimismo se puede constatar que el conocimiento promedio en la observación postest es mayor en más de 5,2 puntos respecto al promedio obtenido en la observación pretest. Finalmente, se puede verificar que, los calificativos que corresponden a la observación postest son más homogéneos en 1,3% que las puntuaciones de la observación pretest.

4.2.4. Dimensión: Conocimiento ambiental

4.2.4.1. Observación pretest

TABLA N° 7: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento ambiental sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal antes de haber participado en el Programa Educativo.

Niveles de conocimiento	f_i	p_i
A: Bueno	01	3,3%
B: Regular	29	96,7%
C: Deficiente	00	0,0%
Total	30	100%

FUENTE: Base de datos del Anexo No. 01

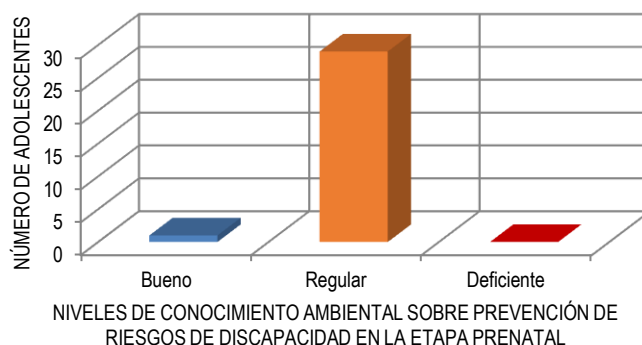


GRÁFICO N°7: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento ambiental sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal antes de haber participado en el Programa Educativo.

MEDIA ARITMÉTICA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
$\bar{x} = 11,07$	$S = 1,36$	$Cv = 12,3\%$

El 3,3% de adolescentes del grupo experimental obtuvieron buen nivel de conocimiento ambiental sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal y el 96,7% de ellos obtuvieron un nivel regular en la misma variable, antes de haber participado en el Programa Educativo propuesto. Asimismo se puede notar que el nivel promedio de conocimiento logrado en esta observación es de 11,07. Finalmente se puede distinguir que, los calificativos logrados en la observación pretest tienen una variación de 12,3%.

4.2.4.2. Observación postest

TABLA N° 8: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento ambiental sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal después de haber participado en el Programa Educativo.

Niveles de conocimiento	f_i	p_i
A: Bueno	30	100%
B: Regular	00	0%
C: Deficiente	00	0%
Total	30	100%

FUENTE: Base de datos del Anexo No. 01

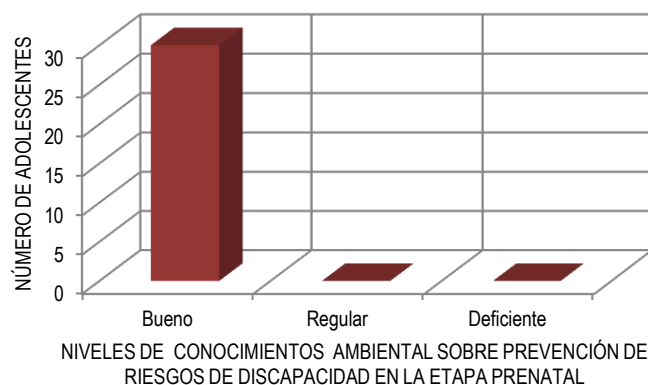


GRÁFICO N° 8: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento ambiental sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal después de haber participado en el Programa Educativo.

MEDIA ARITMÉTICA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
$\bar{x} = 16,67$	$S = 1,69$	$Cv = 10,1\%$

El 100% de adolescentes del grupo experimental obtuvieron buen nivel de conocimiento ambiental sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal, después de haber participado en el Programa Educativo propuesto. Asimismo, se puede notar que el nivel promedio de conocimiento logrado en esta observación fue de 16,67. Finalmente se puede distinguir que, los calificativos logrados en la observación pretest tienen una variación de 10,1%

4.2.4.3. Comparación de observaciones pretest y postest

TABLA N°9: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento ambiental sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal antes y después de haber participado en el Programa Educativo.

Niveles de conocimiento	Pretest	Postest
A: Bueno	01	30
B: Regular	29	00
C: Deficiente	00	00
Total	30	30

FUENTE: Base de datos del Anexo No. 01

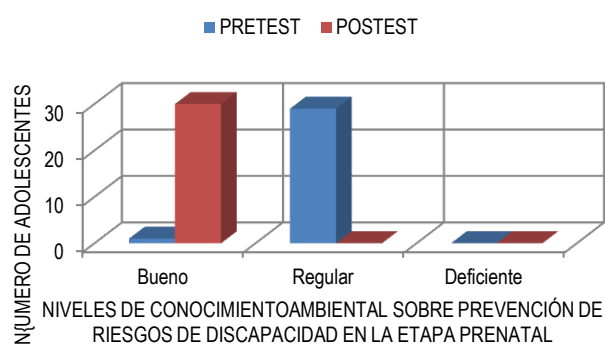


GRAFICO N°9: Adolescentes agrupados por niveles de conocimiento ambiental sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal antes y después de haber participado en el Programa Educativo.

OBSERVACIÓN	MEDIA ARITMÉTICA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	COEFICIENTE DE VARIACIÓN
PRETEST	$\bar{x} = 11,07$	S = 1,36	Cv = 12,3%
POSTEST	$\bar{x} = 16,67$	S = 1,69	Cv = 10,1%

Se puede notar con mucha claridad que 29 adolescentes han migrado hacia los niveles superiores de conocimiento ambiental sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal después de haber participado en el Programa Educativo propuesto. Asimismo se puede constatar que el conocimiento promedio en la observación postest es mayor en 5,6 puntos respecto al promedio obtenido en

la observación pretest. Finalmente, se puede verificar que, los calificativos que corresponden a la observación posttest son más homogéneos en 2,2% que las puntuaciones de la observación pretest.

4.3. Pruebas de hipótesis

4.3.1. Prueba de hipótesis general

a. Hipótesis estadísticas

H_0 : $\mu = 11,17$ Con la aplicación del programa educativo propuesto no se mejora significativamente el nivel de conocimiento sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.

H_1 : $\mu \neq 11,17$ Con la aplicación del programa educativo propuesto se mejora significativamente el nivel de conocimiento sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.

b. Nivel de significancia

$$\alpha = 0,05$$

c. Valor de probabilidad

Prueba T						
Prueba para una muestra						
	Valor de prueba = 11.17					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
ConoPosN	24,368	29	,000	5,430	4,97	5,89

$$P = 0,000 \text{ (sig. Bilateral)}$$

d. Decisión y conclusión

Como el valor de probabilidad es menor que el valor de significancia ($P < \alpha$), rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la alterna. Por lo tanto, para un nivel de significancia del 0,05; Con la aplicación del programa educativo propuesto se mejora significativamente el nivel de conocimiento sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.

4.3.2. Prueba de hipótesis específica 1

a. Hipótesis estadísticas

$H_0: \mu = 11,27$ Con la aplicación del programa educativo propuesto no se mejora significativamente el nivel de conocimiento biológico sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.

$H_1: \mu \neq 11,27$ Con la aplicación del programa educativo propuesto se mejora significativamente el nivel de conocimiento biológico sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.

b. Nivel de significancia

$$\alpha = 0,05$$

c. Valor de probabilidad

Prueba T						
Prueba para una muestra						
	Valor de prueba = 11.27					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
BioposN	14,204	29	,000	5,263	4,51	6,02

$P = 0,000$ (sig. Bilateral)

d. Decisión y conclusión

Como el valor de probabilidad es menor que el valor de significancia ($P < \alpha$), rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la alterna. Por lo tanto, para un nivel de significancia del 0,05; Con la aplicación del programa educativo propuesto se mejora significativamente el nivel de conocimiento biológico sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.

4.3.3. Prueba de hipótesis específica 2

a. Hipótesis estadísticas

$H_0: \mu = 11,07$ Con la aplicación del programa educativo propuesto no se mejora significativamente el nivel de conocimiento ambiental sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.

$H_1: \mu \neq 11,07$ Con la aplicación del programa educativo propuesto se mejora significativamente el nivel de conocimiento ambiental sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.

b. Nivel de significancia

$\alpha = 0,05$

c. Valor de probabilidad

Prueba T						
Prueba para una muestra						
	Valor de prueba = 11.07					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
AmbiposN	18,156	29	,000	5,597	4,97	6,23

$P = 0,000$ (sig. Bilateral)

d. Decisión y conclusión

Como el valor de probabilidad es menor que el valor de significancia ($P < \alpha$), rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la alterna. Por lo tanto, para un nivel de significancia del 0,05; Con la aplicación del programa educativo propuesto se mejora significativamente el nivel de conocimiento ambiental sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.

4.4. Discusión de resultados

Al observar los resultados del estudio de investigación que se encuentran organizados en tablas estadísticas, representados a través de diagramas de columnas y resumidos en medidas, se concluye que: con la aplicación del programa educativo propuesto se mejora significativamente el nivel de conocimiento ambiental sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013, hecho que se pudo constatar científicamente con las pruebas de hipótesis general y específicas a través del test “t” Student con un nivel de confianza del 95%.

Si comparamos los resultados obtenidos en las observaciones pretest y posttest del grupo experimental, encontramos que hay un mejoramiento significativo en los conocimientos sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en las adolescentes considerados en estudio debido a la acción efectiva de la administración del programa educativo propuesto.

Los resultados favorables que se obtuvieron luego de haber aplicado el programa educativo propuesto, se deben a la aplicación de principios teóricos en la construcción de programas educativos como:

- **Didáctica:** Para hacer que las experiencias de aprendizaje sean agradables.
- **Práctico:** El desarrollo de cada actividad fue sencillo que no demandó de conocimientos especializados.
- **Dinámico:** Las actividades que comprende el programa educativo son dinámicas porque demandaron la participación activa de las adolescentes.

Por tanto se considera que el conocimiento en temas de salud sexual y salud reproductiva son fundamentales para que un individuo ejerza su sexualidad de forma responsable y saludable.

El estudio que desarrolló Beingolea (2007), sobre los factores asociados a la prevención de riesgos en gestantes adolescentes de Ayacucho concluye que existe diferencia significativas en la prevalencia de riesgos de discapacidad específicos: 92.9% por causa cultural, 90.6% conductuales, 87.9% socioeconómicas, 83% maternas, 58% genéticas, 54.9% patológicas y 42.4% químicas. Mientras que en nuestra investigación el único factor experimental que influyó positivamente en el conocimiento de prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal, fue el programa educativo propuesto bajo ciertas condiciones experimentales.

Sin embargo se puede afirmar que no es ajeno a esta problemática otros factores que también se involucran para que una gestante adolescente actúe de manera irresponsable además de su entorno e incrementa los riesgos y las discapacidades en su niño por nacer.

Diversos autores manifiestan que la desinformación de los adolescentes sobre los riesgos en temas de sexualidad es la primera causa de los embarazos no deseados y el aumento de la morbilidad y mortalidad por ITS entre ellas la más peligrosa y mortal, el VIH-SIDA, por ello se debe incidir en la educación básica sobre conocimientos en prevención de riesgos en madres adolescentes para así disminuir las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes y población en general.

Según Masías (2006), en su investigación sobre “Relación entre actitudes hacia la sexualidad y nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal en adolescentes del cono sur de Lima. Se encontró que el 62.15% de los/las adolescentes presentan conocimiento de nivel medio. El 28.97% de conocimiento de nivel alto y el 8.88% de conocimiento de nivel bajo. La investigación alcanza los hallazgos comparativos valiosos según grupo de género (hombres y mujeres) que existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento general, en ecología fetal, en parto sin peligro y actitud general hacia la sexualidad. No existen diferencias significativas en la salud sexual y reproductiva ni tampoco en la atención y nutrición prenatal. Mientras que en nuestra investigación encontramos que, el 3,3% de adolescentes del grupo experimental obtuvieron buen nivel de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal y el 96,7% de ellos obtuvieron un nivel regular en la misma variable, antes de haber participado en el Programa Educativo propuesto. Este resultado disímil se debe a la diferencia de contextos en las cuales se encuentran los sujetos en estudio.

Pues debemos tener en cuenta que el conocimiento y la información son las primeras líneas de defensa para las y los adolescentes, hay que concebir que ellos son sujetos de cambios y estos se manifiesta ante la sociedad como un ser vulnerable, desequilibrado, puesto que posee carencias que no le permiten lidiar con el despertar sexual y mucho menos actuar con responsabilidad. Es así, como vive una lucha constante entre lo moral y las conductas de riesgo que comúnmente tiende a presenciar y a volverse protagonistas, y dependerá de la realidad de la cual viva el adolescente para que este reaccione y conviva de manera pasiva o activa ante los demás.

Por otra parte el documento elaborado sobre la “Situación de la discapacidad en el Perú”, refiere que: “En 1993 se realizó un estudio de prevalencia que mostró tasas de deficiencias del 45%, de discapacidades del 31% y de minusvalías del 13%. Para el estudio se visitaron 630 viviendas a nivel nacional, se registraron los datos de 3,690 personas y se examinaron a un total de 2791 personas de todas las edades y de ambos sexo. En relación a la

edad, se observó que existe un ligero predominio de deficiencia y discapacidad en la población femenina, siendo las minusvalías algo más prevalente en el varón.

El resultado obtenido en este estudio fue de gran utilidad para orientar nuestra investigación en mujeres adolescente debido a la necesidad de atención, ya que son las que presentan mayor vulnerabilidad de acuerdo a diversos factores internos y externos para las discapacidades y minusvalía.

Finalmente, se puede afirmar que, los resultados obtenidos en esta investigación, así como también por los resultados logrados en estudios similares, deben ser revisados, analizados y discutidos para su aplicación de acuerdo al contexto donde se manifiesta problemas de desconocimientos. Ya que cuando existe desconocimiento o conocimiento equivocado sobre temas de salud sexual y salud reproductiva, los adolescentes son vulnerables y son inducidos a buscar apoyo en sus pares y con ello terminar en una conducta de riesgo que compromete su salud sexual y reproductiva, entre ellas los embarazos no planificados y las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA limitando sus oportunidades de desarrollo personal, social y que además involucrará la salud del niño por nacer. Por todo lo concerniente a programas educativos es de vital importancia aplicar estrategias de enseñanza-aprendizaje para prevenir discapacidades en la etapa prenatal en la y los adolescentes ya que se encuentran inmersos como factor clave externo llamado preventivo promocional.

CONCLUSIONES

1. Luego de haber evaluado la hipótesis general a través del test T de Student con un nivel de significancia de 0,05; se probó que con la aplicación del programa educativo propuesto se mejora significativamente el nivel de conocimiento sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.

Entonces gracias a la aplicación del programa educativo se pudo observar que el adolescente puede prevenir riesgo de discapacidad en sus futuros hijos por nacer, si aplica los conocimientos adquiridos y cambia su estilos de vida y los convierte en saludables.

2. Después de haber evaluado la hipótesis específica 1 a través del test T de Student con un nivel de significancia de 0,05; se verificó que con la aplicación del programa educativo propuesto se mejora significativamente el nivel de conocimiento biológico sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.

Los adolescentes reconocen la importancia del conocimiento biológico gracias al programa educativo de prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal.

3. Al haber evaluado la hipótesis específica 2, a través del test T de Student con un nivel de significancia de 0,05; se logró probar que con la aplicación del programa educativo propuesto se mejora significativamente el nivel de conocimiento ambiental sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.

Los adolescentes asimilaron la importancia del conocimiento ambiental gracias al programa educativo de prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal.

4. Los instrumentos de acopio de datos utilizados en la investigación son válidos porque fueron evaluados y aprobados por tres expertos con grados de magister

y doctor en ciencias de la educación. Hecho que nos ha permitido confiar en los resultados obtenidos en el estudio.

RECOMENDACIONES

1. Al Ministerio de educación, gobiernos regionales y gobiernos locales que integren en su currícula educativa el “Programa educativo de prevención de riesgo de discapacidad con ello tendríamos una “Maternidad y paternidad responsable para así poder tener niños exitosos y productivos en nuestra sociedad.
2. Por la efectividad demostrada del Programa Educativo propuesto, sugerimos a los docentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr de San Ramón, utilizarlos para mejorar los aprendizajes en las áreas de Psicología y Tutoría.
3. Los docentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr de San Ramón, deben crear espacios de reflexión sobre sus experiencias en la producción de propuestas educativas y luego sistematizarlos para mejorar su enseñanza y motivar su práctica pedagógica de manera permanente y continua.
4. A las personas que están interesadas en formular y validar experimentalmente propuestas educativas, le sugerimos tomar en cuenta el protocolo de aplicación del Programa Educativo validado por su característica práctica y sencilla certificada por investigadores educativos expertos en producción intelectual.
5. A la comunidad científica tomar como base esta investigación, para que los resultados sirvan como fuente en otras investigaciones donde se recomienda investigar otras dimensiones por ser amplio la temática en prevención de discapacidades en la embarazada adolescente, ya que se trata de una población joven muy susceptible de cambios.
6. Dado a la urgencia social de mejorar el conocimiento sobre “prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal” en los adolescentes, las autoridades educativas y docentes de la especialidad de Psicología de la localidad de San Ramón, deben procurar formular propuestas educativas que

estén orientados a mejorar este conocimiento y por lo tanto mejorar la calidad de vida de las y los adolescente y su futuro reproductivo.

REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, P. (2002). *Situación de Discapacidad en el Perú*. Lima.
- Alicia Egea, C. S. (2001). *Clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre discapacidad*. España.
- Beingolea, I. (2007). *Factores asociados a la prevalencia de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en gestantes adolescentes*. Tesis, Universidad Nacional San Cristobal de Huamanga, Instituto de Investigación de Obstetricia, Ayacucho.
- Brent, R. (1999). *The effect of embryonic and fetal exposure to xray, microwaves, and ultrasound: Reproductive risks from pre-and post -concepcion environmental radiaton exposures "Teratology"*. Washington.
- Cabrero, J., & Richart, M. (s.f.). *WWW.aniorte-nic.net*. Obtenido de http://www.aniorte-nic.net/apunt_metod_investigac4_4.htm
- Córdova, I. (2012). *El proyecto de Investigación cuantitativa*. Lima: San Marcos de Anibal Perez Galván.
- Dirección Regional de Salud Junín. (2011). Plan Estratégico 2011 - 2014. Huancayo.
- Discapacidad, R. P. (1997). *Informe de clasificación de deficiencias, actividades y participación*. Ciddm-2, CONADES, módulo 1, Madrid.
- Durán De Vargas LE, Sáenz Reguera CF, et al. (7 de 1999). Deficiencias: Medidas preventivas durante el período neonatal. *Vox paediátrica*, 1(81-90).
- Egea Garcia C., S. S. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad.
- ENAH0. (1998: 49-7). *Fecundidad de la adolescente en el Perú: Deteminanates e implicancias*. Perú.
- García, H., & Matus, J. (s.f.). *Estadística Descriptiva e Inferencial / edin1_f1.pdf*. Obtenido de <http://www.conevyt.org.mx>: <http://www.conevyt.org.mx>
- Gutierrez, P., & Prieto, C. (1999). *alternativa La Mediación Pedagógica, apuntes para una Educación a distancia* (6ta ed.). Buenos Aires: Ciccus- La Crujia: Ciccus.
- Huarcaya Conislla J. (2008). *Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes*. [Tesis], Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- INEI. (2010). *Encuesta demografica y de Salud Familiar - ENDES continua, 2010*. Lima - Perú.
- Infantes, A. E. (2007). *Factores asociados a la prevalencia de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en gestantes adolescentes del distrito de ayacucho*. Tesis Doctoral, Ayacucho Peru.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática . (2009). *Encuesta Nacional de Salud ENDES Contínua*. Perú.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (Noviembre 2012). *Perú: Evolución de los indicadores de los objetivos de desarrollo del milenio al 2009*. Lima: Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales.
- Juste, R. P. (2000). La evaluación de programas educativos: Conceptos básicos, planteamientos generales y problemática. *Revista de Investigación Educativa*, 18(2).
- Kellogg W. (2006). *Familia y adolescencia*. Chile: Organización Panamericana de la Salud.
- Malca, H. (2002). *Técnicas e instrumentos de recolección, análisis y procesamiento de la Información para la Investigación Científica*. Lima Perú.

- Masias, Y. (2006). *Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo prenatal para la prevención de discapacidades y desarrollo personal en gestantes adolescentes del cono sur de Lima*. Lima - Perú.
- Masías, Y. (2006). *Relación entre actitudes hacia la sexualidad y nivel conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal en adolescentes del cono Sur de Lima*. Lima - Perú.
- Ministerio de Salud. . (1993). *Prevalencia de Deficiencia, Discapacidad y minusvalia en el Perú*. Instituto Nacional de Rehabiliación, Lima.
- Molina, Ferrada y Perez. (2004). Recuperado el 15 de Julio de 2011, de Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista Médica de Chile*, 132(1),65-70: http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2006-10-03.7146246056/documentos_pdf.2006-10-04.5937577987
- OMS. (junio de 2009). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. *boletin*, 87(405-484).
- OMS. (2011). *Informe Mundial de la Discapacidad*.
- Organización Panamericana de la Salud. (1991). *Discapacidad. Programa de Rehabilitación OPS/OMS*. Washington: OPS.
- Pantano, L. (2008). Obtenido de www.santafe.gov.ar: www.santafe.gov.ar/index.php/educacion/content/download/127521/630945/file/Discapacidad-%20conceptualizaci+n,%20magnitud%20y%20alcances.pdf
- Perez, L. (2003). *Causas de discapacidad en la Población infantil. Proyecto Esperanza para los niños discapacitados*. Camagüey.
- Prenatal. (2011). *Formación de mediadores Prevención de Discapacidad Pre Natal - Módulo 1*. (F. d. Waal, Ed.)
- Promudeh, Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres. (2001.).
- Salud, M. d. (2007). *Análisis de la Situación de la Discapacidad en el Perú 2007*. Lima - Perú: Instituto Nacional de Rehabilitación - Oficina de Epidemiología.
- Salvador, A., & Peiro, J. (1986). *La Madurez Vocacional*. Madrid: Alhambra.
- Sanchez, H., & Reyes, C. (2006). *Métodos y Diseños de la Investigación científica*. Lima: Visión Universitaria.
- Scriven, M. (1967). *The methodology of evaluation*; en R. W. Tyler, R. M. Gagne y M. Scriven (eds.).
- Tafur, R. (2007). *Tesis Universitaria*. Lima Perú: Montero.
- Universidad Nacional de Córdoba y Organización Panamericana de la Salud. (2008). *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud*. Argentina.

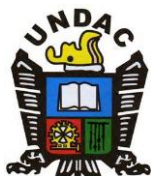
ANEXOS

1	Base de datos en Ms. Excel
2	Matriz de consistencia
3	Cuestionario de Encuesta
4	Fichas de validación de cuestionario
5	Fichas de validación de programa educativo
6	Programa educativo propuesto
7	Solicitudes y Constancia
8	Fotografías

ANEXO Nº 1

BASE DE DATOS

REGISTRO GENERAL DE DATOS												
Nº	VARIABLE			DIMENSION 1				DIMENSION 2				N
	PRE	N	POST		PRE	N	POST		PRE	N	POST	
1	11	B	17	A	10	B	18	A	12	B	16	A
2	11	B	17	A	12	B	16	A	10	B	18	A
3	10	B	15	A	10	B	16	A	10	B	14	A
4	12	B	17	A	12	B	18	A	12	B	16	A
5	12	B	16	A	12	B	16	A	12	B	16	A
6	10	B	18	A	10	B	16	A	10	B	20	A
7	11	B	15	A	12	B	16	A	10	B	14	A
8	11	B	16	A	12	B	18	A	10	B	14	A
9	11	B	17	A	10	B	16	A	12	B	18	A
10	10	B	16	A	10	B	14	A	10	B	18	A
11	13	B	16	A	14	A	16	A	12	B	16	A
12	11	B	18	A	10	B	20	A	12	B	16	A
13	11	B	19	A	10	B	20	A	12	B	18	A
14	12	B	15	A	12	B	14	A	12	B	16	A
15	8	B	16	A	8	B	18	A	8	B	14	A
16	12	B	17	A	12	B	16	A	12	B	18	A
17	10	B	16	A	10	B	16	A	10	B	16	A
18	14	A	19	A	14	B	20	A	14	A	18	A
19	8	B	16	A	8	B	16	A	8	B	16	A
20	12	B	15	A	12	B	14	A	12	B	16	A
21	10	B	17	A	10	B	18	A	10	B	16	A
22	10	B	15	A	10	B	14	A	10	B	16	A
23	12	B	18	A	12	B	16	A	12	B	20	A
24	12	B	16	A	12	B	14	A	12	B	18	A
25	12	B	16	A	12	B	16	A	12	B	16	A
26	11	B	18	A	12	B	16	A	10	B	20	A
27	11	B	15	A	12	B	14	A	10	B	16	A
28	12	B	16	A	12	B	14	A	12	B	18	A
29	12	B	18	A	12	B	20	A	12	B	16	A
30	13	B	18	A	14	B	20	A	12	B	16	A
x	11.17		16.60		11.27		16.53		11.07		16.67	
s	1.32		1.22		1.53		2.03		1.36		1.69	
Cv	11.8%		7.4%		13.6%		12.3%		12.3%		10.1%	



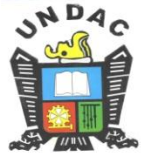
ANEXO N° 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

EFICACIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO "PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD EN LA ETAPA PRENATAL" EN LOS/LAS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA LEONARDO ALVARIÑO HERR, ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO
<p>Problema General:</p> <p>¿ En qué medida el programa educativo propuesto mejora el nivel de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <p>¿ En qué medida el programa educativo propuesto mejora el nivel de conocimiento biológico sobre "prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal" en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013?</p> <p>¿ En qué medida el programa educativo propuesto mejora el nivel de conocimiento ambiental sobre "prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal" en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar en que medida el programa educativo propuesto mejora el nivel de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>Determinar en que medida el programa educativo propuesto mejora el nivel de conocimiento biológico sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.</p> <p>Determinar en que medida el programa educativo propuesto mejora el nivel de conocimiento ambiental sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.</p>	<p>Hipótesis General:</p> <p>El programa educativo propuesto mejora significativamente el nivel de conocimiento sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.</p> <p>Hipótesis Específicos:</p> <p>El programa educativo propuesto mejora significativamente el nivel de conocimiento biológico sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.</p> <p>El programa educativo propuesto mejora significativamente el nivel de conocimiento ambiental sobre prevención de riesgos de discapacidad en la etapa prenatal en los adolescentes de la Institución Educativa Leonardo Alvaríño Herr 2013.</p>	<p>X</p> <p>Programa educativo propuesto</p>	<p>Planificación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos • Metas • Cronograma • Materiales • Evaluación • Seguimiento 	Ficha de evaluación de experto
				<p>Aplicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientaciones de participación • Actividades iniciales • Actividades de proceso • Actividades de salida • Reforzamiento 	
			<p>Y</p> <p>Nivel de conocimiento sobre prevención de riesgo de discapacidad en la etapa prenatal</p>	<p>Nivel de conocimiento biológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Concepción • Planificación • Infecciones 	Prueba
				<p>Nivel de conocimiento ambiental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Animales • Violencia • Riesgos • Medicamentos • Medio ambiente 	

ANEXO N° 3



INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESCUELA DE POSGRADO

CUESTIONARIO SOBRE IDENTIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS RESPECTO A LOS RIESGOS Y PELIGROS DE DISCAPACIDAD PRENATAL

(Fuente: Fundación De Wall y Prenatal)

Estudiante de la I.E Leonardo Alvaríño Herr de San Ramón reciba un saludo cordial. El presente cuestionario tiene como finalidad aplicar un programa educativo como estrategia para disminuir las discapacidades prenatales en los adolescentes, es de carácter anónimo y confidencial. Los resultados obtenidos se utilizarán sólo con fines de estudio.

INSTRUCCIONES:

Lea con atención las preguntas que a continuación se le presentan, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (X) la respuesta que considere correcta.

I. DATOS GENERALES

- 1.1. ¿Qué año de estudios está cursando? : _____
1.2. Edad: _____ años
1.3. Sexo: Masculino () Femenino ()

II. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

1. ¿En qué momento una mujer puede quedar embarazada después de un acto sexual?
- a. Al inicio del período (1 al 3 día)
 - b. A la mitad del periodo (14avo día)
 - c. Al final del periodo (25 al 28avo día)
2. ¿Puede un varón tener hijos desde la primera eyaculación?
- a. Si
 - b. No
3. ¿Conoce que grupo sanguíneo es Ud.?
- a. Si
 - b. No
4. ¿Ha oído hablar de la necesidad de que el grupo sanguíneo debe ser compatible entre una pareja para que nazcan bebés sanos?
- a. Si
 - b. No

5. ¿Tener hijos entre familiares puede ser un riesgo para la salud del bebe por nacer?
- a. Si
b. No
6. ¿Puede Ud. reconocer cuando una mujer tiene una infección de transmisión sexual o venérea?
- a. Si
b. No
7. ¿Sabe Ud. que consecuencias traen las infecciones de transmisión sexual durante el embarazo?
- a. Si
b. No
8. Si una mujer queda embarazada mientras toma anticonceptivos, puede ser peligroso para el bebé.
- a. Si
b. No
9. ¿Sabe Ud. si la Hipertensión Arterial es peligrosa para una embarazada y su bebé por nacer?
- a. Si
b. No
10. ¿Sabe Ud. si la Diabetes durante el embarazo puede ser peligrosa para la embarazada y su bebé por nacer?
- a. Si
b. No

DIMENSIÓN AMBIENTAL

11. ¿Cree Ud. que vivir con gatos, palomas, puede ser peligrosos para el bebé por nacer?
- a. Si
b. No
12. ¿Considera Ud. que el embarazo en una mujer menor de 16 años implica un riesgo para el bebé por nacer?
- a. Si
b. No
13. ¿Considera Ud. que el embarazo en una mujer mayor de 35 años implica un riesgo para el bebé por nacer?
- a. Si
b. No

14. Si una mujer embarazada consume alcohol puede afectar al bebé por nacer?
- a. Si
b. No
15. ¿Si una mujer embarazada fuma cigarros puede afectar al bebé por nacer?
- a. Si
b. No
16. ¿Si una mujer embarazada está con personas que fuman cigarros puede afectar al bebé por nacer?
- a. Si
b. No
17. ¿La violencia ejercida en contra de una mujer embarazada pone en riesgo al bebé por nacer?
- a. Si
b. No
18. ¿El trabajo forzoso puede afectar la salud de la mujer embarazada y del bebé por nacer?
- a. Si
b. No
19. ¿El contacto con plaguicidas u otras sustancias químicas puede afectar el embarazo y al bebé por nacer?
- a. Si
b. No
20. ¿Cree Ud. que la inadecuada alimentación de la madre antes y durante el embarazo es importante para el bebé por nacer?
- a. Si
b. No

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO N° 4

FICHAS DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
SECCIÓN MAESTRÍA

FICHA PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
DE ACOPIO DE DATOS

I. REFERENCIA

- 1.1. EXPERTO : DR. RUDY CUEVAS CIPRIANO
1.2. ESPECIALIDAD : FILOSOFÍA
1.3. CARGO ACTUAL : DOCENTE
1.4. GRADO ACADÉMICO: DOCTOR
1.5. INSTITUCIÓN : UNDAC
1.6. INSTRUMENTO : PRUEBA DE CONOCIMIENTO SOBRE DISCAPACIDAD
1.7. LUGAR Y FECHA : TACMA, ABRIL DEL 2013

II. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

No	EVIDENCIAS	VALORACIÓN					
		5	4	3	2	1	0
01	Pertinencia de indicadores.	X					
02	Formulado con lenguaje apropiado		X				
03	Adecuado para los sujetos en estudio		X				
04	Facilita la prueba de hipótesis		X				
05	Suficiencia para medir la variable.		X				
06	Facilita la interpretación del instrumento.	X					
07	Acorde al avance de la ciencia y tecnología		X				
08	Expresada en hechos perceptibles		X				
09	Secuencia lógica		X				
10	Basado en aspectos teóricos	X					
	TOTAL	15	28				

Coefficiente de valoración porcentual $C = 54\%$

III. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES:

.....
.....

H.V. UNIVERSIDAD NACIONAL
"DANIEL A. CARRIÓN"
Dr. Rudy Cuevas Cipriano
COORDINADOR ACADÉMICO
C.F.P. 3934



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 ESCUELA DE POSGRADO
 SECCIÓN MAESTRÍA

FICHA PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
 DE ACOPIO DE DATOS

I. REFERENCIA

- 1.1. EXPERTO : Dr. ISAAC S. CORDOVA BALDEON
 1.2. ESPECIALIDAD : ESTADISTICA E INVESTIGACION
 1.3. CARGO ACTUAL : DOCENTE
 1.4. GRADO ACADÉMICO: DOCTOR
 1.5. INSTITUCIÓN : UNDAC
 1.6. INSTRUMENTO : PRUEBA DE COLOCAMIENTO SOBRE DISCAPACIDAD
 1.7. LUGAR Y FECHA : TARMA, ABRIL DEL 2012

II. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

No	EVIDENCIAS	VALORACIÓN					
		5	4	3	2	1	0
01	Pertinencia de indicadores.	X					
02	Formulado con lenguaje apropiado	X					
03	Adecuado para los sujetos en estudio		X				
04	Facilita la prueba de hipótesis			X			
05	Suficiencia para medir la variable.			X			
06	Facilita la interpretación del instrumento.			X			
07	Acorde al avance de la ciencia y tecnología		X				
08	Expresada en hechos perceptibles	X					
09	Secuencia lógica		X				
10	Basado en aspectos teóricos		X				
	TOTAL	15	16	9			

Coefficiente de valoración porcentual $C = 80\%$

III. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES:

.....

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

 Dr. ISAAC S. CORDOVA BALDEON
 C/Pe 1404085870



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 ESCUELA DE POSGRADO
 SECCIÓN MAESTRÍA

FICHA PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
 DE ACOPIO DE DATOS

I. REFERENCIA

- 1.1. EXPERTO : Mg. Obst. Giovanna ENRIQUEZ GONZALES
 1.2. ESPECIALIDAD : MAESTRIA EN SALUD PUBLICA Y COMUNITARIA
 1.3. CARGO ACTUAL : DOCENTE
 1.4. GRADO ACADÉMICO : MAGISTER
 1.5. INSTITUCIÓN : UNDAC
 1.6. INSTRUMENTO : PRUEBA DE CONOCIMIENTO SOBRE DISCAPACIDAD
 1.7. LUGAR Y FECHA : Tarma, ABRIL DEL 2013

II. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

No	EVIDENCIAS	VALORACIÓN					
		5	4	3	2	1	0
01	Pertinencia de indicadores.	X					
02	Formulado con lenguaje apropiado	X					
03	Adecuado para los sujetos en estudio		X				
04	Facilita la prueba de hipótesis		X				
05	Suficiencia para medir la variable.		X				
06	Facilita la interpretación del instrumento.		X				
07	Acorde al avance de la ciencia y tecnología	X					
08	Expresada en hechos perceptibles	X					
09	Secuencia lógica		X				
10	Basado en aspectos teóricos		X				
	TOTAL	20	24				

Coefficiente de valoración porcentual $C = 88\%$

III. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES:

.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

Mg. Obst. Giovanna ENRIQUEZ GONZALES
 Docente

ANEXO N° 5

FICHA DE VALIDACIÓN DEL PROYECTO EDUCATIVO



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO

FICHA PARA EVALUACIÓN DE PROGRAMA EDUCATIVO

I. REFERENCIA

1.1	Experto	DR. RUDY CUEVAS CIPRIANO
1.2	Especialidad	FILOSOFÍA
1.3	Cargo actual	DOCENTE
1.4	Grado académico	DOCTOR
1.5	Institución	UNDAC
1.6	Programa educativo	PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD
1.7	Producciones	TEXTOS DE INVESTIGACIÓN
1.8	Lugar y fecha	TARMA, ABRIL DEL 2013.

II. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

No	EVIDENCIAS	VALORACIÓN					
		5	4	3	2	1	0
01	Adecuado para los sujetos en estudio	X					
02	Pertinencia del programa	X					
03	Responde a indicadores de la variable		X				
04	Claridad en las actividades		X				
05	Secuencia lógica de actividades	X					
06	Orientaciones para su utilización		X				
07	Suficiencia de actividades		X				
08	Suficiencia en el tiempo de aplicación		X				
09	Acorde al avance de la ciencia y tecnología	X					
10	Basado en aspectos teóricos.	X					
	TOTAL	25	20				

Coeficiente de valoración porcentual C =90%.....

III. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES:

.....

.....

H.V. UNIVERSIDAD NACIONAL
"DANIEL A. CARRIÓN"

Dr. Rudy Cuevas Cipriano
COORDINADOR ACADÉMICO
CPPB. 3934



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

FICHA PARA EVALUACIÓN DE PROGRAMA EDUCATIVO

I. REFERENCIA

1.1	Experto	DR. ISAAC S. CORDOVA BALDEÓN
1.2	Especialidad	ESTADÍSTICA E INVESTIGACIÓN
1.3	Cargo actual	DOCENTE
1.4	Grado académico	DOCTOR
1.5	Institución	UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL A. CARRIÓN
1.6	Programa educativo	PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDAD
1.7	Producciones	TEXTOS DE INVESTIGACIÓN
1.8	Lugar y fecha	TARMA ABRIL DEL 2012

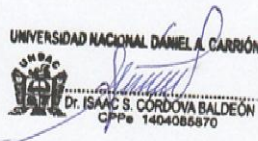
II. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

No.	EVIDENCIAS	VALORACIÓN					
		5	4	3	2	1	0
01	Adecuado para los sujetos en estudio		X				
02	Pertinencia del programa		X				
03	Responde a indicadores de la variable	X					
04	Claridad en las actividades		X				
05	Secuencia lógica de actividades			X			
06	Orientaciones para su utilización		X				
07	Suficiencia de actividades	X					
08	Suficiencia en el tiempo de aplicación		X				
09	Acorde al avance de la ciencia y tecnología	X					
10	Basado en aspectos teóricos.	X					
	TOTAL	20	20	3			

Coeficiente de valoración porcentual C = 86%.

III. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES:

.....

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL A. CARRIÓN

 Dr. ISAAC S. CORDOVA BALDEÓN
 C.P. 1404086870



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO

FICHA PARA EVALUACIÓN DE PROGRAMA EDUCATIVO

I. REFERENCIA

1.1	Experto	Mg. Obst. Giovanna ENRIQUEZ GONZALEZ
1.2	Especialidad	MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA
1.3	Cargo actual	DOCENTE
1.4	Grado académico	MAGISTER
1.5	Institución	UNDAC
1.6	Programa educativo	PREVENCIÓN DE RIESGOS DE DISCAPACIDADES
1.7	Producciones	TEXTOS DE INVESTIGACIÓN
1.8	Lugar y fecha	TARMA, ABRIL DEL 2013.

II. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

No	EVIDENCIAS	VALORACIÓN					
		5	4	3	2	1	0
01	Adecuado para los sujetos en estudio	X					
02	Pertinencia del programa	X					
03	Responde a indicadores de la variable		X				
04	Claridad en las actividades		X				
05	Secuencia lógica de actividades	X					
06	Orientaciones para su utilización		X				
07	Suficiencia de actividades	X					
08	Suficiencia en el tiempo de aplicación		X				
09	Acorde al avance de la ciencia y tecnología	X					
10	Basado en aspectos teóricos.	X					
	TOTAL	30	36				

Coeficiente de valoración porcentual C =9.2%...

III. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES:

.....
.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

Mg. Obst. Giovanna ENRIQUEZ GONZALEZ
Docente

ANEXO N° 6

PROYECTO EDUCATIVO



PROGRAMA EDUCATIVO

“Conociendo a Prenatal,
me informo y cambio y Promuevo la Prevención
del embarazo en adolescentes”



.....PORQUE TODO NIÑO O NIÑA TIENE EL
DERECHO DE NACER SANO!!!!

Obsta. LUZ RAIDA GONZALES RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN

En el Perú las estadísticas del Censo de 1993 consignaron 288,526 personas con discapacidad, que representaban el 1,3% de la población total censada. Con la data recogida, en 1996 el INEI publicó “Perú: Perfil Socio-Demográfico de la Población Discapacitada”, que a pesar de sus limitaciones, constituye el estudio estadístico más completo en el país.

Ese mismo año el Instituto Nacional de Rehabilitación en un estudio epidemiológico sobre la incidencia de la discapacidad en el país (con una muestra de cerca de 3000 familias), encontró cifras de discapacidad significativamente mayores: 45.40% de deficiencias, 31.28% de discapacidad y 13.08% de minusvalía. En la costa la prevalencia de deficiencia alcanza el 56%, la discapacidad el 39% y la minusvalía el 15%, mientras en la sierra la deficiencia alcanza el 37%, la discapacidad el 28% y la minusvalía el 13%.

Los altos índices de discapacidad en el mundo, en el ámbito nacional y regional, configuran la actitud pasiva de la población frente a la exposición de riesgos de discapacidad biológica y ambiental en la etapa prenatal, probablemente debido al escaso grado de conocimiento sobre el tema que limita la adopción de medidas preventivas frente a los riesgos y peligros de discapacidad en la etapa prenatal.

Un aspecto importante en el estudio de la población femenina es el de la maternidad, especialmente de las mujeres solteras, que constituyen un grupo vulnerable. El censo, muestra que 7 de cada 100 madres se encuentran en esta condición. Por área de residencia, se observa que en el área urbana el 7,9% son madres solteras, mientras que en el área rural alcanza a 4,8%. ENDES 2010 - Gobierno Regional de Junín).

Las mayores tasas de embarazo en adolescente se encuentran en el área rural de Junín, y en la zona de selva, donde 2 de cada 10 mujeres adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o se encuentran embarazadas con el primer hijo, mientras que las adolescentes que residen en el área urbana 1 de cada 10 son madres. Adicionalmente, en el área rural el 5,0% de mujeres adolescentes están embarazadas por primera vez.

De lo descrito podemos concluir que en el Perú y en nuestra región existe una proporción importante de adolescentes que están expuestos a diferentes riesgos de discapacidad como iniciar precozmente su vida sexual en condiciones no planeadas y no adecuadas, de lo que resulta una alta proporción de embarazos no deseados.

Una de las poblaciones con mayor riesgo de exposición a los peligros de discapacidad biológica y ambiental en la etapa prenatal es la adolescente, en quienes es necesaria la provisión de conocimientos sobre el tema para promover actitudes de autocuidado y de prevención de riesgos de discapacidad. Para cumplir con este propósito, se pretende aplicar el Programa Educativo sobre Riesgos de Discapacidad Prenatal y evaluar su eficacia, el incremento del grado de conocimiento, en los alumnos de la Institución Educativa “Leonardo Alvaríño Herr”.del Distrito de San Ramón.

I. Lo que nos proponemos Lograr

1.1. GENERAL

Incrementar el grado de conocimiento de los y las adolescentes sobre riesgos de discapacidad en la etapa prenatal.

1.2. ESPECIFICOS

- a. Proporcionar información sobre embarazo y prevención de discapacidades.
- b. Brindar información sobre las repercusiones del consumo de alcohol, tabaco, drogas y automedicación.
- c. Reforzar sobre los peligros de las enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual.
- d. Ofrecer información sobre la importancia de la nutrición como una forma de prevenir discapacidades antes y durante el embarazo.
- e. Reconocer en la violencia intrafamiliar un grave riesgo para la salud de la mujer embarazada y el bebé por nacer.
- f. Promover en los participantes un plan de difusión de la capacitación recibida en su colegio, centro de salud y barrio.

ÁREAS DE TRABAJO

CONOCIMIENTO BIOLÓGICO

CONOCIMIENTO AMBIENTAL

INCREMENTO DE CONOCIMIENTO BIOLÓGICO Y AMBIENTAL

DISMINUCIÓN DE NACIMIENTO DE NIÑOS CON DEFICIENCIA / DISCAPACIDAD

TEMA	VARIABLES	DIMENSIONES
Conocimiento sobre prevención de riesgo de discapacidad en la etapa prenatal	Conocimiento biológico	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Concepción • Planificación • Infecciones
	Conocimiento ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Animales • Violencia • Riesgos • Medicamentos • Medio ambiente

PARTICIPANTES		ALUMNOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ALVARÍO HERR
DURACIÓN DEL PROGRAMA		SEIS MESES
DURACIÓN DE CADA SESIÓN		DOS HORAS PEDAGOGICAS
FRECUENCIA		CADA 15 DIAS
AMBIENTE DE TRABAJO		SALÓN DE CLASE
ACOMPañAMIENTO		TUTOR

ESTRATEGIA

PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE PREVENCIÓN PRENATAL DE DISCAPACIDADES

Fuente: Guía de Talleres de la Fundación de Waal

SESIÓN N° 1
EMBARAZO EN ADOLESCENTES



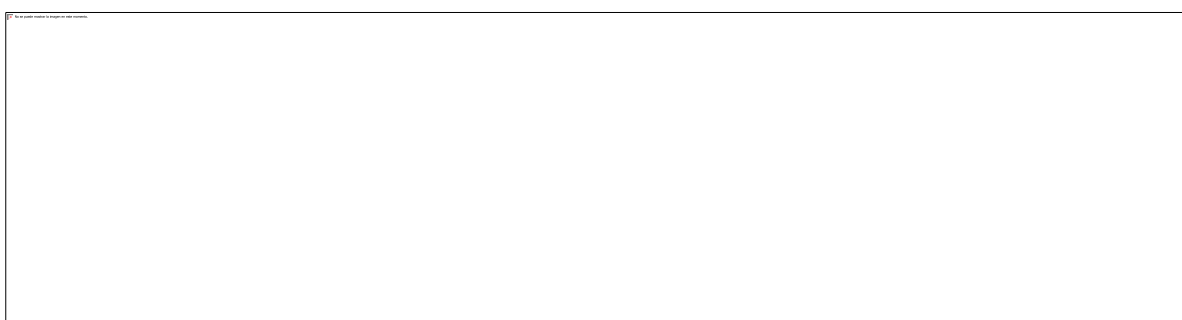
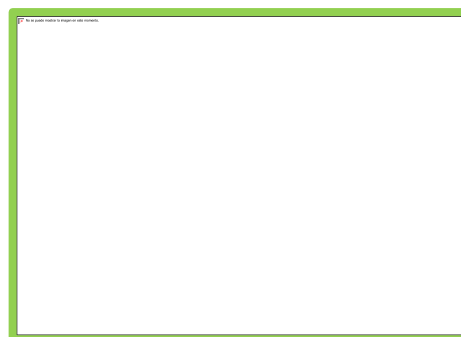
OBJETIVO	AREA	MATERIALES	CONTENIDOS	ACTIVIDADES	EVALUACION	COMPROMISOS
Los y las participantes dimensionan las consecuencias de una gestación en la adolescencia	BIOLOGICA	Papelotes, cintas adhesivas, grabadora, músicaailable.	salud Sexual y Reproductiva	Lectura de caso	Escriba tres razones que considere las más importantes para evitar un embarazo durante la adolescencia.	¿ Que tengo que hacer para conseguir condiciones ideales para un embarazo?
			Consecuencia de la Gestacion para los adolescentes		¿Considera que una mujer adolescente tien condiciones fisicas adecuadas par vivir un embarazo en esta etapa de su vida? ¿Por qué	
		una hoja de evaluación	Riesgo de salud para él bebe por nacer		¿El bebe de una madre adolescente tiene las mismas condiciones que una madre adulta? ¿por qué?	¿ Que promesas me puedo hacer a mi mismo para que mi futuro tal como yo lo
		una hoja de mis compromisos	Riegos de la gestacion en la adolescencia		Escriba dos sugerencia que le haría a un amigo (a) adolescente, para que no se convierta en padre o madre en esta etapa de su vida.	Escribe un mensaje corto, que pueda ayudar en la prevención de discapacidades
		Señale tres riesgos que enfrenta la madre adolescente para su salud y la salud de su bebé por nacer?				

SESIÓN N° 2
 ECOLOGÍA FETAL: MICRO,
 MACRO, PATRO Y
 MACROMABIENTE FETAL



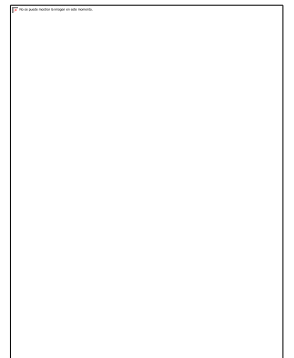
OBJETIVO	AREA	MATERIALES	CONTENIDOS	ACTIVIDADES	EVALUACION	COMPROMISOS
del matro- ada para su		Papelotes, cintas	Microambiente Fetal		¿Cuáles son los elementos que forman el micro ambiente fetal?	

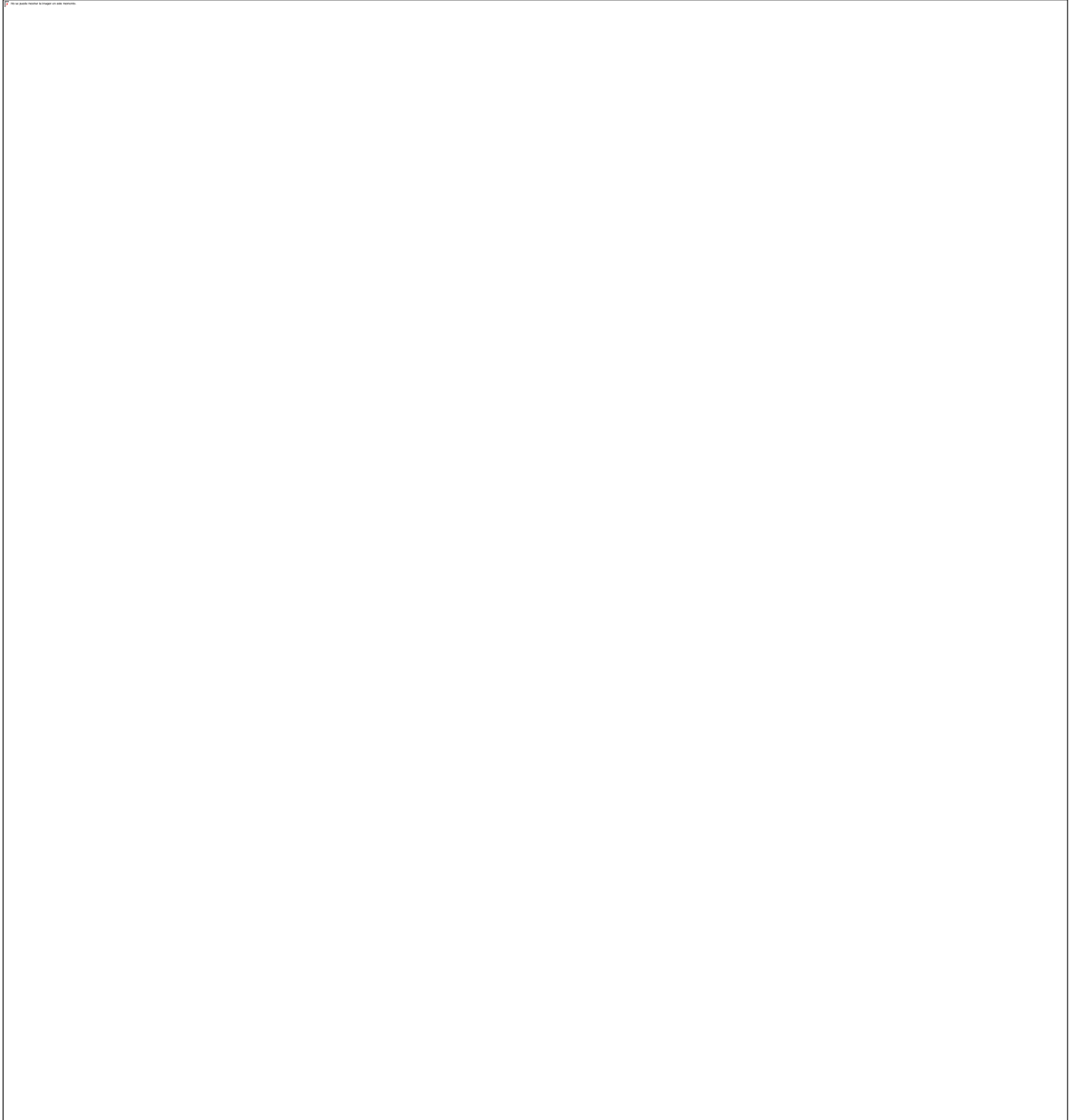
SESIÓN N° 3:
UNA BUENA NUTRICIÓN ANTES Y
DURANTE LA GESTACIÓN) PARA
PREVENIR DISCAPACIDADES



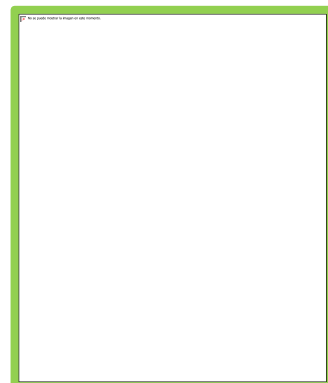
SESIÓN N° 4:

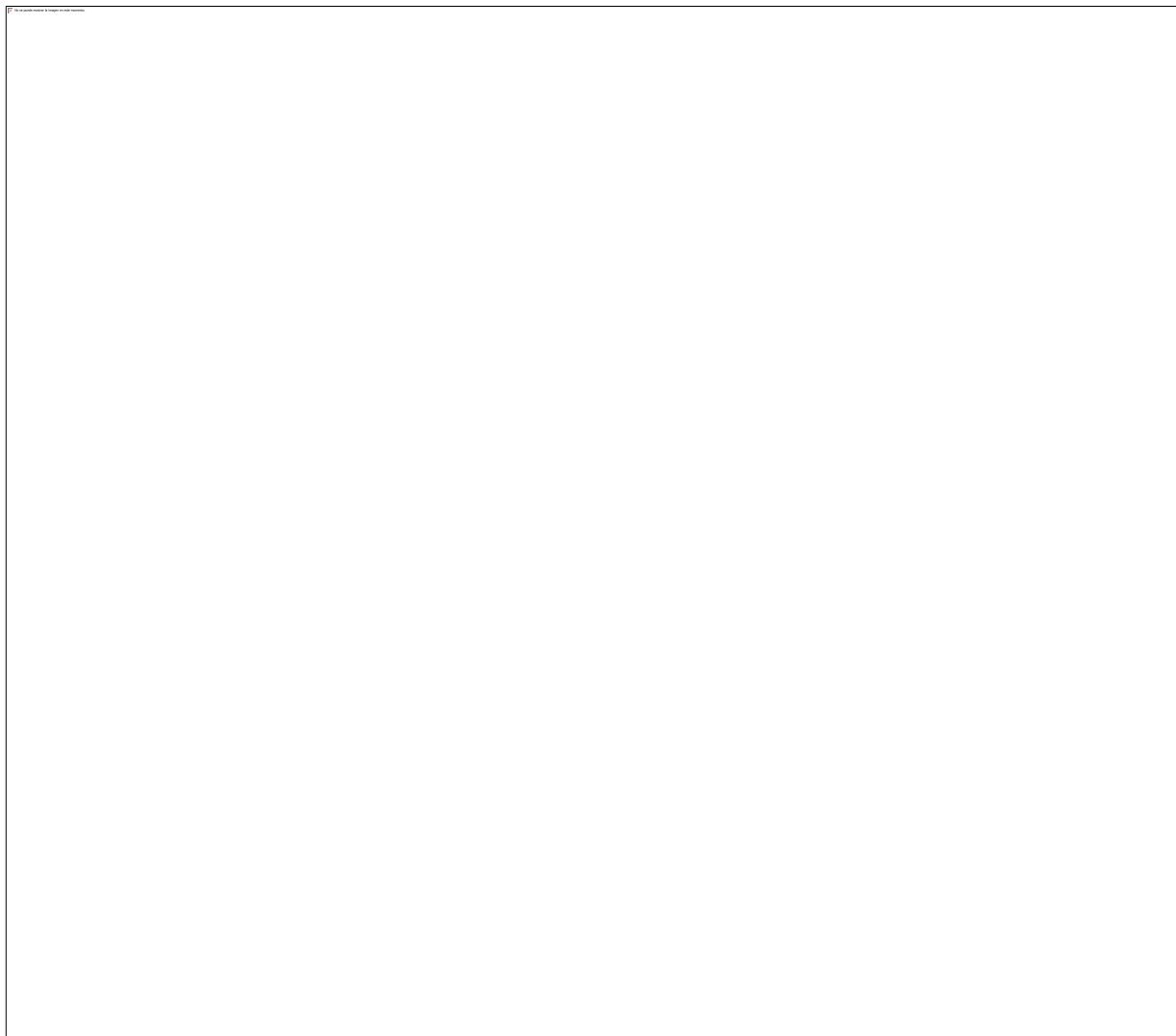
PREPARAMOS LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL



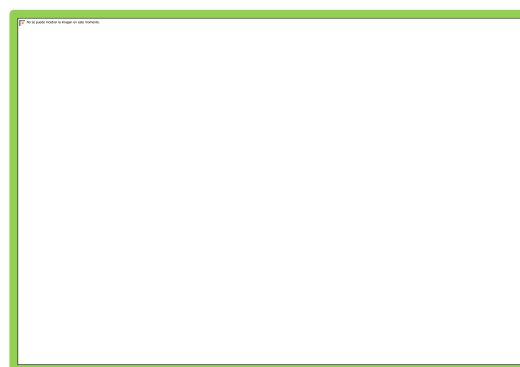


SESIÓN N° 5
ALCOHOL, TABACO Y DROGAS



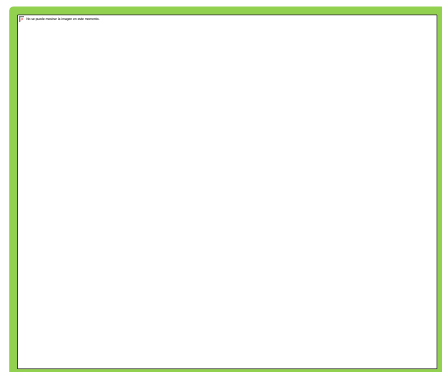


SESIÓN N° 6
PELIGRO DE LAS ENFERMEDADES
INFECTO CONTAGIOSA Y DE
TRANSMISIÓN SEXUAL

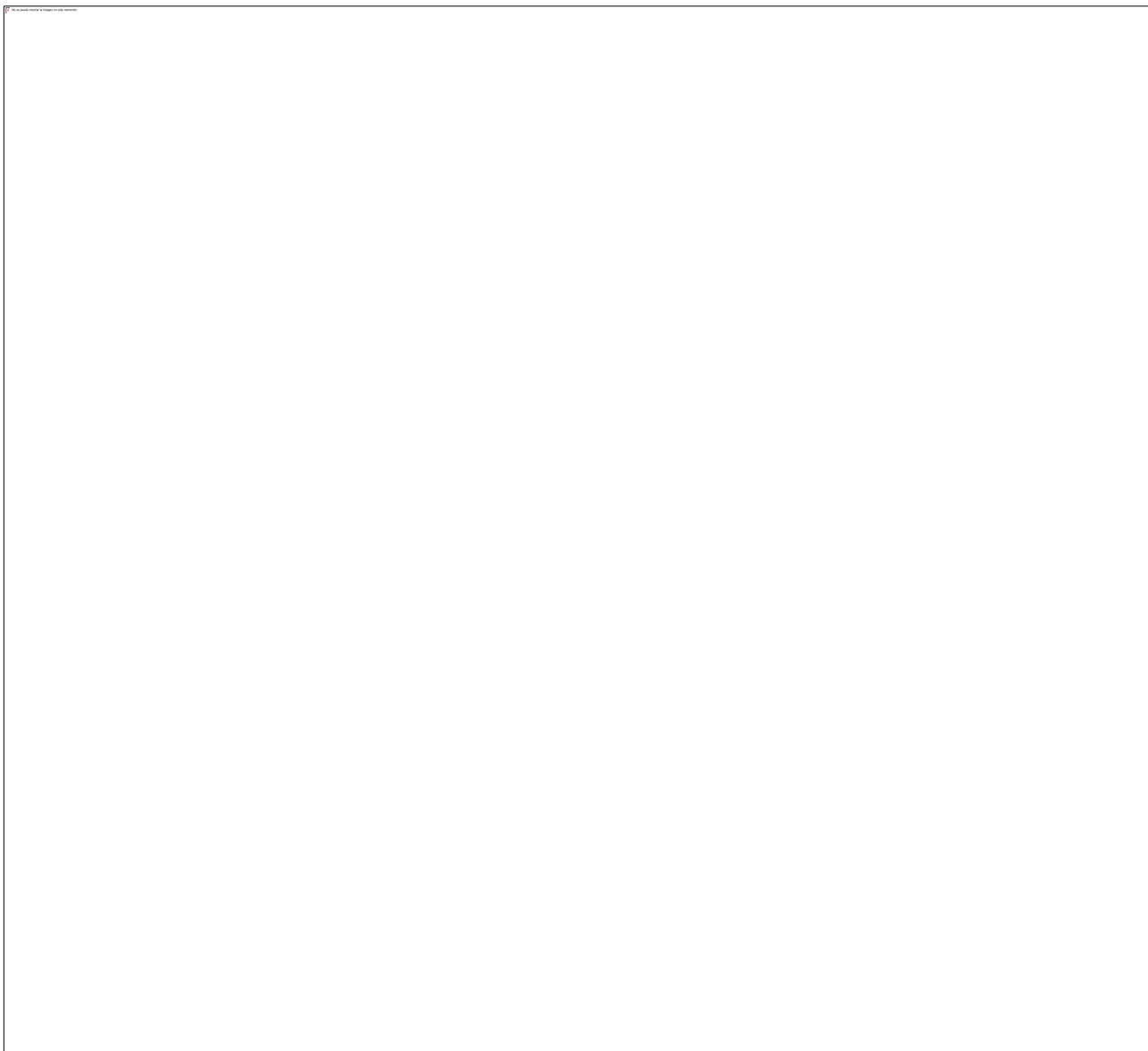




SESIÓN N° 7
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y




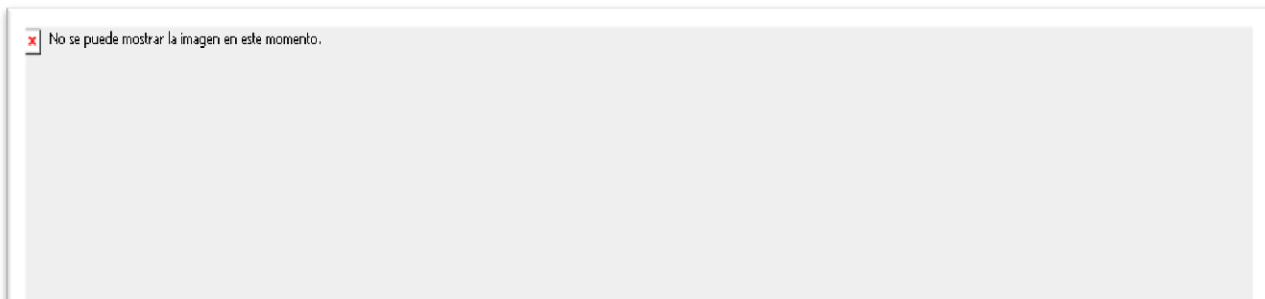
EL BEBÉ POR NACER




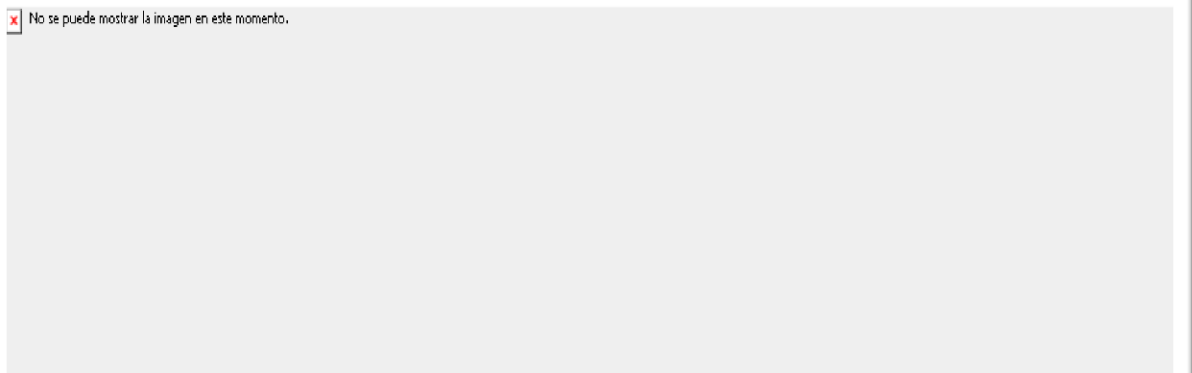
ANEXO N° 7


SOLICITUDES Y CONSTANCIA

 No se puede mostrar la imagen en este momento.



 No se puede mostrar la imagen en este momento.



 No se puede mostrar la imagen en este momento.

ANEXO N° 8
FOTOGRAFÍAS

