



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS EFECTOS
FISICOS Y PSICOLOGICOS DEL ABORTO, EN LOS
ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DEL COMITÉ 16 DEL
AA.HH.SANTA ROSA CHANCAY-2013”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: CARRASCO MARTINES, ELLUZ EMPERATRIZ

LIMA - PERÚ

2017

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS EFECTOS
FISICOS Y PSICOLOGICOS DEL ABORTO, EN LOS
ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DEL COMITÉ 16 DEL
AA.HH.SANTA ROSA CHANCAY-2013”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento acerca de los efectos físicos y psicológicos del aborto, en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa Chancay 2013. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 50 adolescentes, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario de alternativa múltiple de 18 ítems, organizado por las dimensiones: Físico, Psicológico. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,871); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,913). La prueba de Hipótesis se realizó mediante el estadístico Chi Cuadrado con un valor de 13,4 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

El nivel de conocimiento acerca de los efectos físicos y psicológicos del aborto, en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AAHH, Santa Rosa de Chancay, es Bajo. Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: En los efectos Físicos, Desconocen si un aborto ocasiona cáncer al útero, Asimismo, desconocen que los coágulos de sangre pasajeros se da si te realizas un Aborto, también desconocen si se realizan un aborto crees que perderías algún órgano de tu cuerpo, además de so desconocen al practicarse un aborto que crees tú que te produciría, de igual forma desconocen se da perforaciones al útero si te realizas un aborto, además de ello desconocen que ocasiona Infección al útero un aborto. En los Efectos Psicológicos, Desconocen las consecuencias del aborto, así como que sentimientos genera, asimismo desconocen si les produciría pensamientos negativos, también desconocen si el aborto les produciría actitudes negativas en su entorno social.

PALABRAS CLAVES: *Conocimiento, efectos físicos, psicológicos, aborto, adolescentes.*

ABSTRACT

The present investigation had like Objective: To identify the level of knowledge about the physical and psychological effects of the abortion, in the adolescents of 15 to 19 years of the Committee 16 of the AA.HH. Santa Rosa Chancay 2013. It is a cross-sectional descriptive investigation, we worked with a sample of 50 adolescents, for the collection of the information we used a multiple choice questionnaire of 18 items, organized by the dimensions: Physical, Psychological. The validity of the instrument was carried out by means of the test of concordance of the expert judgment obtaining a value of (0,871); Reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of (0.913). The Hypothesis test was performed using the Chi Square statistic with a value of 13.4 and a level of significance of $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

The level of knowledge about the physical and psychological effects of abortion, in adolescents aged 15 to 19 years of Committee 16 of the AAHH, Santa Rosa de Chancay, is Low. These levels of knowledge are presented by the answers indicated: In the Physical effects, They do not know if an abortion causes cancer to the uterus, Also, they do not know that the blood clots are passed if you perform an Abortion, they also do not know if a abortion you think that you would lose some organ of your body, in addition to ignore when performing an abortion that you think would produce you, likewise they are not aware of perforations to the uterus if you perform an abortion, in addition they do not know that causes infection to the uterus a abortion In the Psychological Effects, they do not know the consequences of abortion, as well as what feelings it generates, they also do not know if it would produce negative thoughts, they also do not know if the abortion would produce negative attitudes in their social environment.

KEY WORDS: *Knowledge, physical, psychological effects, abortion, adolescents.*

Traductor de Google para empresas:Google Translator ToolkitTraductor de sitios web

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRAC

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema General	3
1.2.2. Problemas Específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	4

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de términos	59
2.4. Variables	59
2.4.1. Definición conceptual de la variable	60
2.4.2. Definición operacional de la variable	60
2.4.3. Operacionalización de la variable	61

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	62
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	62
3.3. Población y muestra	62
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	63
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	63
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	63
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	65
CAPÍTULO V: DISCUSION	70
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

El aborto es la expulsión espontánea o provocada del feto antes de que sea viable. La expulsión del feto a término se denomina parto. Si el feto se expulsa antes de tiempo pero es viable, se denomina parto prematuro. Se denomina aborto cuando el feto expulsado antes de término no es viable por falta de desarrollo. Si la falta de viabilidad no se debe al desarrollo escaso, sino a lesiones patológicas, en un feto de peso viable, tampoco se trata de aborto. El aborto es un método simple que termina con el embarazo. A través de la historia alrededor del mundo y en muchas religiones, las mujeres han utilizado el aborto como parte de su cuidado de salud. No todas las mujeres creen que está bien abortar. En este presente trabajo hablamos sobre el nivel de conocimiento acerca de los efectos físicos y psicológicos del aborto, en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa Chancay 2013.

Para esto se describió por capítulos: En el primer capítulo se plantea y formula el problema con los objetivos, justificación y limitaciones del problema. En tanto en el segundo capítulo, vemos los antecedentes internacionales y nacionales que tienen relación con el proyecto, también se realiza una base teórica y un marco conceptual de la investigación. En el tercer capítulo encontramos a las variables donde se define conceptual y operacionalmente. El problema se describe que tipo de investigación, población se cuenta las técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad a análisis de los datos. El presupuesto de la investigación y el cronograma de las actividades realizadas para consolidar el proyecto.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto es la interrupción del embarazo de la mujer, en el lapso que va desde la concepción hasta el inicio del nacimiento. (1)

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), Se estima que cada año 46 millones de mujeres alrededor del mundo recurren al aborto para terminar con el embarazo. De esta cifra, 27 millones se practican legalmente y en condiciones seguras, mientras que 19 millones se realizan clandestinamente y normalmente bajo condiciones insalubres. Esto último ha propiciado que aproximadamente 68,000 mujeres en el mundo mueran cada año como consecuencia del aborto bajo circunstancias no seguras. Un estudio publicado por la (OMS) en Ginebra. La mortalidad materna está bajando menos del uno por ciento por año, En tanto, la cantidad de abortos disminuyó. (2)

En el año 2006, según la OMS, el 13% de las muertes maternas en el mundo se deben a los abortos inseguros, y el 60% de éstos ocurren en los países más pobres. Los adolescentes en el Perú representan 10.32%, de la población total. (3)

Según ENDES, la edad promedio de la primera relación sexual de las mujeres es a los 19 años sin embargo existen estudios que señalan que el inicio de la vida sexual es a los 13 a 14 años en varones y 15 en mujeres. Para ello se debería mejorar el cuidado de la salud de las mujeres, en particular, el acceso a los métodos de planificación familiar y anticonceptivos. Para muchas jóvenes el embarazo en la adolescencia es el fin de su educación, lo que significa que tendrá pocas perspectivas de empleo. En algunos países, las Adolescentes embarazadas son expulsadas de la escuela; en otros, las madres adolescentes solteras sufren castigos de orden social y legal. Si el deseo de formar familias más pequeñas continúa en América Latina, es probable que incrementen los índices de aborto. Por lo tanto, la legalidad del aborto y las relaciones entre un aborto practicado en malas condiciones y la mortalidad materna, y entre un aborto practicado en malas condiciones, la salud y dignidad de la mujer, continuarán siendo tópicos que cada país de la región tendrá que examinar y resolver.

UNICEF en el 2006 informó que 60% de los embarazos en niñas de 12 a 14 años tiene su origen en el incesto o en la violación, constituyéndose en una manifestación extrema del abuso sexual. Se debe tener en cuenta que los embarazos no planeados en la adolescencia ocurren por Falta de información sobre métodos anticonceptivos. Relaciones sexuales sin protección. Falla o uso incorrecto de métodos anticonceptivos, a veces debido a intoxicación por alcohol o drogas, violación. (4)

El Perú es una sociedad con patrones culturales tradicionales, ni la familia, ni la escuela, ni en general la sociedad acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia. Por esa razón no se educa a los adolescentes sobre la vida familiar o sexual o solamente se les da una educación insuficiente y sin relación con sus necesidades reales. Asimismo, las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción. La sexualidad de las adolescentes se caracteriza por la dificultad de acordar un modelo de comportamiento con

sus parejas, así como por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y con frecuencia, relaciones sexuales no protegidas, especialmente en los primeros momentos de su actividad sexual. Consecuencia de estas condiciones, muchos embarazos no deseados se producen en el curso de la adolescencia, cuando las muchachas y sus parejas inician su actividad sexual, sin tener en cuenta la necesidad del empleo de la anticoncepción. Existe una proporción importante de jóvenes que inician precozmente su vida sexual en condiciones no planeadas y no adecuadas, lo que resulta en una alta proporción de embarazos no deseados, así como en un mayor riesgo de contraer ITS/VIH/sida. Este tema es muy especial, al considerar que, en el Perú, gran parte de los embarazos no deseados terminan como abortos inducidos. Los riesgos que representa para las adolescentes son considerables. El aborto clandestino es un problema patente y una trágica realidad en nuestro país. Aunque las leyes peruanas lo castigan con pena de cárcel, esto no evita que vaya en aumento. Consecuencia de estos hechos son las complicaciones, como hemorragia, anemia, septicemia, desgarros vaginales, abscesos pélvicos, perforación uterina, lesiones de vísceras huecas, esterilidad secundaria y muerte.

1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca de los efectos físicos y psicológicos del aborto, en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa Chancay 2013?

1.3 OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo general

Identificar el nivel de conocimiento acerca de los efectos físicos y psicológicos del aborto, en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa Chancay 2013

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar el nivel de conocimiento acerca de los efectos físicos del aborto en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa Chancay 2013.
- Determinar el nivel de conocimiento acerca de los efectos psicológicos del aborto en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa Chancay 2013.

1.4.- JUSTIFICACIÓN

El aborto en adolescentes es y sigue siendo un problema de salud pública que debe ser abordado de manera integral, en donde debe existir una participación de los gobiernos locales, nacionales, organismos no gubernamentales y en general la familia, como núcleo medular de la sociedad. La profesional de enfermería desempeña múltiples roles, abarcando la promoción de la salud y el cuidado en todas las etapas de la vida. Uno de los grupos de riesgo al cual la enfermera dirige su atención es la adolescencia, en esta etapa se pueden implementar un sinnúmero de actividades preventivas, promocionales y educativas.

1.5.- LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

- a) La primera limitación corresponde a adolescentes que no acepten voluntariamente a participar en el estudio
- b) La segunda limitación es que los resultados solo servirán para las adolescentes del Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa – de Chancay.

CAPITULO II.- MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

2.1.1 AMBITO INTERNACIONAL:

Hissel Ivone Monzón García, En Guatemala, en el año 2006, realizo un estudio sobre Conocimiento de Anticonceptivos y Aborto en el departamento de Gineceo-obstetricia del Hospital Roosevelt de marzo a junio del 2006. Teniendo como objetivo de determinar el nivel de conocimientos de la población que consulta por aborto, sobre anticoncepción; y determinar el conocimiento sobre los efectos secundarios, uso adecuado y efectividad de los mismos, en las salas de legrados, Labor y Partos, y Unidad de Séptico, en el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Roosevelt, en el período comprendido de marzo a junio del 2006, El método que se utilizo fue descriptivo transversal

Concluyendo:

El 75 % de las pacientes estaban comprendidas entre 16 y 30 años. El 26 % conocen las píldoras anticonceptivas, el 24 % las

inyecciones anticonceptivas. El 20 % los condones y el resto una minoría de métodos. Dentro de los métodos anticonceptivos naturales, el 34 % respondieron que conocen la amenorrea por lactancia, 31 % el método del ritmo, el 23 % no conocen ningún método natural y 6 % conocen el método del moco cervical.

En cuanto a los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, la mayoría no conocen dichos problemas; para la píldora anticonceptiva el 62%, para el condón el 56 %, para las inyecciones anticonceptivas el 53 %, para la T de cobre el 63 %, para la ligadura de trompas y vasectomía el 82 %, no saben sobre los problemas que ocasionan.

El 95 % de las entrevistadas han utilizado de 1 a más de 5 métodos anticonceptivos y sólo el 5 % no habían utilizado ningún método. De uso más frecuente fue la píldora anticonceptiva, luego el condón y después las inyecciones anticonceptivas. Con relación a la eficacia, el 34 % respondieron que son las píldoras, el 27 % las inyecciones, el 18 % los condones, el 6 % la ligadura de trompas y el 5 % la T de cobre y métodos naturales. El 32 % de encuestadas respondieron que aprendieron sobre anticoncepción con sus familiares, 23 % con enfermera, 21 % con el médico, 12 % de otras fuentes y 12 % con amistades.

Ana Ella Fonseca Fernández de Castro, Zeida Julia Santiesteban Mustilier, Karelia Fernández Ramos. En Bayamo, Granma, En el año 2005, Realizaron un estudio sobre conocimiento y actividades de la adolescentes que acudieron a los servicios de aborto del Hospital "Carlos M. de Céspedes" de Bayamo, Granma. Teniendo como objetivo de Determinar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de las adolescentes que concurren al servicio de aborto del Hospital Clínico Quirúrgico "Carlos Manuel de Céspedes". Primer

Semestre de 2005, El método que se utilizó fue descriptivo donde se exploran los conocimientos, actitudes y sugerencias de la población seleccionada, con respecto a temas de salud sexual y reproductiva, su población estuvo constituido por las 139 adolescentes que acudieron al servicio de aborto en el período de Febrero – Abril de 2005.

La muestra de nuestro estudio se conformó con el total de las adolescentes que acudieron en semanas alternas para un total de 71 que representa el %51

Concluyendo:

1. “De manera general, es evidente que el grado de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva que poseen las adolescentes de la muestra son deficientes. A pesar de poseer alguna información respecto al embarazo en la adolescencia y sus consecuencias negativas para la vida de la joven; este nivel no se corresponde con el comportamiento asumido y la actitud adoptada para evitar el embarazo o planificar su familia.
2. Las vías o canales de información preferentemente han sido las madres y los maestros de las adolescentes; lo que demuestra la insuficiencia y deficiente labor educativa desarrollada a través de la atención primaria de salud; así como el poco trabajo desarrollado con los círculos de adolescentes.
3. Se evidencia el papel activo y predominante de la madre en cuanto a la participación en la toma de decisiones para la realización del aborto. Asume el papel protagónico tanto en la orientación de la adolescente embarazada, como en las actitudes de comprensión ante el embarazo inesperado y el apoyo para acompañarla al servicio de aborto.

4. Muchas consideran la regulación menstrual como un método de planificación familiar, debido a los escasos riesgos que entraña para la salud de la joven.”

Yileika Elías García, María Zayda Guridi González, En Cuba, En el año 2006, Realizaron un estudio acerca de las características de la conducta sexual de los adolescentes y explorar sobre los conocimientos de los adolescentes acerca de la sexualidad en el Policlínico Mulgoba el 10 de noviembre de 2006. Teniendo como objetivo Identificar algunas características de la conducta sexual de los adolescentes y explorar sobre los conocimientos que poseían estos muchachos acerca de la sexualidad 10 de noviembre de 2006, el método de este estudio es retrospectivo, descriptivo y de corte trasversal en una población conformada por 102 adolescentes, pertenecientes al Círculo de Adolescentes, de 2 consultorios (18 y 19) del Policlínico Mulgoba. Se aplicó una entrevista.

Concluyendo:

En el estudio se observó que más de la mitad de los jóvenes tenían relaciones sexuales, comenzando las mismas a edades muy tempranas, con marcada inestabilidad de las parejas; el condón fue el método anticonceptivo más utilizado por ambos sexos. Más de la mitad de las jóvenes había tenido al menos un embarazo, en la mayoría de los casos, interrumpidos. La mayoría tenían conocimientos sobre el SIDA, la gonorrea y la sífilis. La fuente de información sobre temas de sexualidad son los amigos, deseando conocer más sobre otros temas sexuales. Se recomienda seguir profundizando en el programa de atención al

adolescente para promover y prevenir la salud de esta generación.

2.1.2 AMBITO NACIONAL

Silvia Córdova López, María Gogín Claros y Elizabeth Juárez Ramos, en Lima en mayo - junio del 2006. Realizaron un estudio sobre “Actitudes y Conocimientos sobre Planificación Familiar que influyen en Embarazos de Adolescentes. En el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2006”. Con el objetivo de identificar los factores socioculturales que están influyendo en la incidencia de embarazos en adolescentes y determinar la influencia de las actitudes y conocimientos sobre planificación familiar en la incidencia de embarazos en adolescentes. Utilizando el método cuantitativo de tipo transversal. Cuya población estuvo conformada por 60 adolescentes entre 13 a 19 años de edad internadas en el instituto nacional materno perinatal. Y los instrumentos que se utilizaron fueron la encuesta y escala de actitudes de (likert) teniendo en cuenta: edad, grado de instrucción, nivel de conocimientos y actitudes. Concluida con este proceso, se calificó y tabuló mediante el paquete estadístico spss v 12.

Concluyendo:

1. “ Los adolescentes tienen un buen nivel de conocimiento con un 16.7% de actitud positiva y 31 adolescentes tienen un nivel de conocimiento deficiente y una actitud negativa 54.8% Asimismo, 40 adolescentes que recibieron información alguna vez sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar obtuvieron una actitud aceptable del 45%, mientras que 19 adolescentes que

no recibieron informaron sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar presentaron una actitud negativa del 52.6%

2. De 35 adolescentes que tuvieron su primera relación sexual entre los 16 y 18 años 7 tienen un nivel de conocimiento bueno con un 11.7 %, 22 adolescentes tuvieron un Conocimiento regular con un 36.7 %, el 40 % comprendido entre 16 a 18 años, 31 adolescentes Presentan un déficit de conocimientos comprendidos entre los 13 a 18 años de edad con un 51.7% De 40 adolescentes que recibieron información acerca de los métodos anticonceptivos y PF, el 71.4 % tuvieron su primera relación sexual entre los 16 y 18 de edad. El 31.7 % que no recibió información sobre los métodos anticonceptivos y planificación familiar tuvieron su primera relación sexual entre los 13 y 15 en un 42.9%.

3. Existe la necesidad de mejorar el conocimiento de aspectos relacionados con la sexualidad entre las adolescentes, fortalecer el papel de la mujer en decisiones de la pareja y del hogar, la formación de promotores escolares líderes que eviten la presión ejercida por los amigos y disminuir las presiones sociales y del ambiente; para una mejor calidad de vida y salud de la adolescente.”

Chu Villanueva, Magdalena, En Lima Metropolitana, en el año 2004, Realizo un estudio sobre “conocimientos sobre salud reproductiva de los jóvenes que estudian en los centros educativos nocturnos de lima metropolitana entre 10 y 24 años” Con el objetivo de Identificar el conocimiento sobre la salud reproductiva de los jóvenes que estudian en los centros educativos nocturnos de Lima Metropolitana, con edades entre 10 y 24 años. El método que se Utilizo en el Estudio fue de tipo

transversal. Se aplicó una encuesta a 1150 estudiantes, 764 mujeres y 386 hombres, elegidos aleatoriamente de la población en estudio mediante un muestreo bietápico, por conglomerados y estratificado.

Concluyendo:

Su salud reproductiva está en riesgo por los factores sociales de pobreza que los caracterizan y sobre todo por el escaso nivel de conocimientos, las actitudes y la práctica que poseen en sexualidad y anticoncepción, lo cual se puede visualizar en los siguientes indicadores. El %39 de los alumnos con edades entre 10 y 24 años tiene experiencia sexual. El % 22 de las alumnas mujeres tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años y el 85 por ciento antes de cumplir los 20 años. De ellas el % 24 ha tenido por lo menos un embarazo. Casi cuatro de cada diez de estos embarazos han terminado en aborto, de los cuáles sólo el % 12 es declarado como espontáneo. El % 64 de las jóvenes y el % 46 de los jóvenes declaran no conocer ningún método anticonceptivo. En cuanto al uso sólo tres de cada diez varones usa condón y en las mujeres el uso de cualquier anticonceptivo es prácticamente nulo. De las enfermedades que se adquieren por transmisión sexual sólo el SIDA es conocido por un poco más de la mitad de los alumnos, tanto en su letalidad como en las formas de su contagio. El conocimiento del resto de las ETS no llega ni a uno de cada diez alumnos.

Jesús L. Chirinos, Olga Bardales, Ludmila Reátegui, Víctor Salazar, en Lima en el año 2006. Realizaron un estudio sobre “La sexualidad en escolares adolescentes del cono norte de Lima-Perú: percepciones y explicaciones del inicio de las relaciones sexuales y embarazo», Con el objetivo de explorar las percepciones y explicaciones sobre la iniciación sexual, las prácticas sexuales y el embarazo en la adolescencia, así como sus significados y creencias desde la perspectiva de los escolares adolescentes que asisten a 4 colegios del Cono Norte de Lima, Perú. El método que se utilizó fue cualitativa mediante 8 grupos focales con una población de 32 estudiantes varones y 32 estudiantes mujeres y cuantitativa mediante una técnica que es la encuesta aplicada a 935 adolescentes.

Concluyendo:

“Que la visión de género de la sexualidad permite evaluar la dinámica del proceso de toma de decisiones para iniciar y mantener relaciones sexuales o para enfrentar el embarazo, por lo que se recomienda utilizar técnicas cualitativas que complementen las cuantitativas para comprender la complejidad de la sexualidad en los adolescentes “

2.2.- BASES TEÓRICAS

2.2.1 NIVEL:

Grado de conocimiento de una materia o asignatura. O Es la situación alcanzada por algo o alguien después de un proceso. Es un instrumento de medición utilizado para determinar la horizontalidad o verticalidad de un elemento.

2.2.2. CONOCIMIENTO:

Es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información ganada a través de la experiencia o del aprendizaje (a posteriori), o a través de introspección (a priori). El conocimiento es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por si solos poseen menor valor cualitativo. ⁽⁵⁾

El conocimiento que el individuo tiene de la realidad depende de su interés personal; así, el grado de conocimiento adquirido difiere del alcanzado por otras personas sobre el mismo objeto. Puede afirmarse que el proceso de conocimiento es un modelo mas o menos organizado de concebir el mundo y de dotarlo de ciertas características que resultan en primera instancia de la experiencia personal del individuo que realiza tal proceso. Desde esta perspectiva conocer es en términos muy generales la actividad por medio de la cual adquirimos la certeza de que hay una realidad, de que el mundo circundante existe y esta dotado de ciertas características que no ponemos en duda (6)

2.2.2.1 CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO

Lo fundamental en las características del conocimiento son básicamente tres:

1. El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”;
2. Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos, permite “entender” los fenómenos que las personas perciben (cada una “a su manera”, de acuerdo. Precisamente con lo que su

conocimiento implica en un momento determinado), y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento;

3. Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

SEGÚN JEAN PIAGET en su conocimiento social nos dice que puede ser dividido en convencional y no convencional.

El social convencional: es producto del consenso de un grupo social y la fuente de éste conocimiento está en los otros (amigos, padres, maestros, etc.). Algunos ejemplos serían: que los domingos no se va a la escuela, que no hay que hacer ruido en un examen, etc.

El conocimiento social no convencional: sería aquel referido a nociones o representaciones sociales y que es construido y apropiado por el sujeto. Ejemplos de este tipo serían: noción de rico-pobre, noción de ganancia, noción de trabajo, representación de autoridad, etc. El conocimiento social es un conocimiento arbitrario, basado en el consenso social. Es el conocimiento que adquiere el niño al relacionarse con otros niños o con el docente en su relación niño-niño y niño-adulto. Este conocimiento se logra al fomentar la interacción grupal. Los tres tipos de conocimiento interactúan entre, sí y según Piaget, el lógico-matemático (armazones del sistema cognitivo: estructuras y esquemas) juega un papel preponderante en tanto que sin él los conocimientos físico y social no se podrían incorporar o asimilar. Finalmente hay que señalar que, de acuerdo con Piaget, el razonamiento lógico-

matemático no puede ser enseñado. Se puede concluir que a medida que el niño tiene contacto con los objetos del medio (conocimiento físico) y comparte sus experiencias con otras personas (conocimiento social), mejor será la estructuración del conocimiento lógico-matemático. (7)

SEGÚN IMMANUEL KANT el conocimiento se compone de tres niveles diferentes y sucesivos:

La sensibilidad: se encarga de ordenar en el espacio y en el tiempo (espacio y tiempo que no preexisten en la realidad, sino que se alojan en nuestra sensibilidad como formas de conocer) las impresiones que tiene cada sujeto.

El entendimiento: cuya función es organizar estas impresiones a partir de ciertas categorías (que tampoco preexisten en el mundo, sino que constituyen formas a partir de las cuales interpretamos el mundo) que nos permiten constituir juicios.

Nivel de razón: el sujeto coge estos juicios y trata de relacionarlos con la realidad para buscar principios más generales (condiciones incondicionadas). Esta tendencia a buscar principios generales del conocimiento está marcada por las formas a priori (a priori significa «sin intervención de la experiencia») de la razón, y presuponer su existencia más allá de la experiencia y con independencia de ésta es lo que se denomina Idealismo trascendental. (8)

2.2.2.2 MÉTODOS DEL CONOCIMIENTO

Según el filósofo y físico Charles Sanders Peirce (1839 – 1914), señaló que existen cuatro formas para conocer las cosas:

El método de la tenacidad

Es el que aplican las personas que muestran tenacidad en defender sus criterios o sus principios. Esta actitud hace que sus argumentaciones o verdades que defiende se vigoricen. Al extremo que se pueden inferir nuevas verdades emanadas de las primeras aunque estas sean falsas. Se refiere a la posesión de una verdad. A veces, el hombre se aferra de tal forma a " su verdad " que no acepta contradicciones existentes.

El método de la autoridad

Para Sanders este método es superior al primero. Y se caracteriza por el respeto que tiene la gente a las autoridades que han demostrado con su ejemplo sus paradigmas de emulación. Ejemplo: si existe una institución que da control de calidad de alimentos, las personas pueden aceptar las recomendaciones que da esta, si se sabe que su existencia es evitar que las personas consuman alimentos malogrados o no recomendables para su consumo.

Hace referencia a una creencia establecida, o sea, se basa en una fuente de prestigio histórico que postula la verdad.

El método a priori

Conocido también con el nombre de intuicionismo, donde las proposiciones aceptadas por el "a priorista" son por si mismas evidentes, que concuerden mas con la razón que con la experiencia. Aquí las observaciones concuerdan con la razón y no necesariamente con la experiencia.

El método de la ciencia o científico

Para Peirce, este es el método que garantiza llegar al verdadero conocimiento de la realidad. El considera que el conocimiento debe partir de la observación de las características contenidas en ella, independiente de las opiniones que podamos formular, para ello hacemos uso de las reglas de la percepción que nos permite, mediante el razonamiento, descubrir como son el real y verdaderamente las cosas.⁽⁹⁾

2.2.2.3 DEFINICION DE NIVEL DE CONOCIMIENTO

Es la medición de la base teórica de un conjunto de hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje.

2.2.2.4 TIPOS DE CONOCIMIENTO

El conocimiento descriptivo

Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano.

El conocimiento conceptual

Llamado también empírico. En este nivel no hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento descriptivo. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra conceptual se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición.

La principal diferencia entre el conocimiento conceptual y teórico reside en las estructuras. El primero (conocimiento conceptual) carece de estructuras, o por lo menos, tiende a prescindir de ellas. La teoría, en cambio, es un conocimiento Estructurado. Debido a esto, lo percibido a nivel empírico no se puede definir, (definir es delimitar), se capta como un elemento de una totalidad, se tiene una vivencia de una presencia, pero sin poder expresarla adecuadamente.

El conocimiento teórico

Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel descriptivo y el teórico reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento descriptivo es singular y el teórico universal. Por ejemplo, puedo ver y mantener la imagen de mi madre; esto es conocimiento descriptivo, singular. Pero además, puedo tener el concepto de madre, que abarca a todas las madres; es universal.

El concepto de madre ya no tiene color o dimensiones; es abstracto. La imagen de madre es singular, y representa a una persona con dimensiones y figura concretas. En cambio el concepto de madre es universal (madre es el ser que da vida a otro ser). La imagen de madre sólo se aplica al que tengo en frente

En cambio, el concepto de madre se aplica a todas las madres. Por esto último

Puedo concluir y sostener que la imagen es singular y el concepto es universal. ⁽¹⁰⁾

2.2.3. ABORTO:

Es la interrupción dolosa del proceso fisiológico del embarazo causando la muerte del producto de la concepción o feto dentro o fuera del claustro materno, viable o no.(11)

SEGÚN UNA PUBLICACION DEL MINISTERIO DE SALUD EL ABORTO ES:

La terminación de un embarazo producto de un aborto. Es la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo. Después de esta fecha, y hasta las 28 semanas de embarazo se llama parto inmaduro y parto prematuro si tiene más de 28 semanas. Se dice que hay aborto completo cuando se expulsa con el feto la placenta y las membranas. Hay retención placentaria cuando se expulsa solamente el feto y se dice que hay restos uterinos cuando sólo se expulsa una parte del producto de la concepción. A veces es difícil distinguir realmente lo que se ha expulsado, dadas las alteraciones que sufre no sólo el feto, sino la placenta y las membranas.

2.2.3.1. CAUSAS DEL ABORTO

- El principal problema del aborto es psicológico y es el miedo: falta de capacidades económicas para alimentar al hijo:
- Desafortunadamente ésta sociedad de consumo y de falsos valores en que vivimos, ha desvalorizado al niño que debe venir a éste mundo y con su racionalismo ha creado un falso temor.
- Miedo a lo que digan sus padres o las demás personas
- Miedo a los 9 meses de embarazo y al dolor del parto:
- Problemas de salud:
- Violación
- Anticonceptivos hormonales:
La mujer que los utiliza ya sea en pastillas, inyecciones o implantes, ya se ha hecho psicológicamente el propósito de no

tener un hijo y si queda embarazada se siente frustrada en sus propósitos y muchas veces recurre al aborto. Estos anticonceptivos son una de las principales causas del aborto actualmente.

- Uso incorrecto de métodos anticonceptivos
- Miedo a no poder culminar sus estudios
- Debido a intoxicación por alcohol o drogas

2.2.3.2. TIPÓS DE ABORTO

Aborto inducido o provocado: Es la interrupción deliberada del embarazo mediante la extracción del feto de la cavidad uterina. Esencialmente, hay cuatro tipos de aborto espontáneo:

Aborto terapéutico: Es el realizado cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer embarazada. Esta situación ha quedado prácticamente superada como consecuencia del progreso en la medicina. Quedan algunas pocas situaciones excepcionales, en las que además el feto no va a ser viable (por ejemplo el caso del embarazo ectópico, en el que la implantación del embrión no acontece en el útero, sino, por ejemplo, en las trompas). En relación con la ley española, se incluye aquí también la indicación terapéutica, cuando hay amenaza para la salud de la mujer.

Aborto ético o humanitario: Cuando el embarazo ha sido consecuencia de una acción delictiva, fundamentalmente violación o relaciones incestuosas. En estos casos se ha evaluado el riesgo de embarazo en torno a un 1% de todas las violaciones.

Aborto psicosocial: Es el realizado por razones personales, familiares, económicas, sociales, de la mujer. Es indiscutible que

esta indicación incluye el máximo porcentaje de abortos realizados en el mundo.

Aborto Eugenésico: También podría llamarse de “indicación fetal” o “preventivo”. Es el planteado cuando existe importante riesgo o probabilidad de que el nuevo ser está afectada por anomalías o malformaciones congénitas. Hoy el diagnóstico prenatal ha desarrollado una serie de técnicas que permiten una importante aproximación al conocimiento del no-nacido. Pero hay que tener en cuenta que la medicina se mueve frecuentemente dentro de unos márgenes de probabilidades mayores o menores, y frecuentemente, ante la duda, se están realizando occisiones de fetos normales.

Hay que tener en cuenta, que todo ser humano tiene una intrínseca dignidad y un derecho a la vida que no depende de su integridad física o de sus niveles intelectuales. Cada año, más de un millón y medio de mujeres se practican abortos. Eso significa que más de 4.000 niños aún no nacidos son matados legalmente cada día. Para muchos, el aborto parece ser la decisión correcta en el momento. Pero a estas mujeres casi nunca se les cuentan los posibles efectos físicos y psicológicos que pueden arrastrar como secuela para el resto de sus vidas.

2.2.3.3 EFECTOS DEL ABORTO

Muchas veces, se explica el aborto como un procedimiento quirúrgico clínicamente seguro. Pero los aspectos del llamado procedimiento "seguro" pueden dejar un deterioro físico permanente, sin mencionar el potencial de problemas psicológicos crónicos. Cada año, más de un millón y medio de mujeres se

practican abortos. Eso significa que más de 4.000 niños aún no nacidos son matados legalmente cada día.

A.- EFECTOS FÍSICOS SON: Son complicaciones del aborto, incluso en medio hospitalario, aunque son más frecuentes en el aborto clandestino:

* **Cáncer De Mama:** El riesgo de cáncer de mama casi se dobla después de un aborto e incluso se incrementa aún más con dos o más abortos

* **Cáncer De Ovarios, Y Cervical (Cuello Uterino):** Las mujeres con un aborto se enfrentan a un riesgo relativo de 2.3 de cáncer cervical, en comparación con las mujeres que no han abortado, y las mujeres con dos o más abortos encaran un riesgo relativo de 4.92. Riesgos igualmente elevados de cáncer de ovario e hígado se ligan con el aborto único o múltiple. Estos porcentajes incrementados de cáncer para el caso de mujeres que han abortado se vinculan aparentemente a la interrupción no natural de los cambios hormonales que acompañan al embarazo, así como a la lesión cervical no tratada

* **Esterilidad:** Incapacidad de un ser vivo para reproducirse, ya sea debido a causas fisiológicas, cromosómicas o patológicas.

* **Trastornos menstruales:** Los trastornos menstruales pueden presentarse en cualquier etapa de la vida de la mujer aunque son más frecuentes antes de los 20 años (por ejemplo, las típicas reglas irregulares de las adolescentes) y después de los 40 años. Estos trastornos representan entre el 10-20 % de las consultas ginecológicas y su intensidad es muy variable de unas mujeres a otras, no deben considerarse como enfermedades, sino

únicamente como síntomas de un proceso patológico que debe identificarse.

* **Hemorragia:** es la salida de sangre fuera de su normal continente que es el sistema cardiovascular. Es una situación que provoca una pérdida de sangre, la cual puede ser interna (cuando la sangre gotea desde los vasos sanguíneos en el interior del cuerpo); por un orificio natural del cuerpo (como la vagina, boca o recto); o externa a través de una ruptura de la piel.

* **Infecciones:** es el término clínico para la colonización de un organismo huésped por especies exteriores. En la utilización clínica del término infección, el organismo colonizador es perjudicial para el funcionamiento normal y supervivencia del huésped, por lo que se califica al microorganismo como patógeno.

* **Shock/ Coma:** Alteración brusca del organismo por causas orgánicas, como una infección o un traumatismo, o por causas emocionales. Se caracteriza por pérdida de conciencia, signos de postración, etc.

* **Útero perforado:** es cuando al útero se le hace una acción de atravesar una parte; agujero, orificio o apertura. Entre un 2 y un 3 % de las pacientes de aborto pueden sufrir perforación del útero; es más, la mayoría de estas lesiones quedarán sin ser diagnosticadas ni tratadas a no ser que realice una visualización mediante laparoscopia. El riesgo de perforación uterina se incrementa para las mujeres que ya han tenido hijos y para las que reciben anestesia general durante la realización del aborto. El daño en el útero puede complicarse en posteriores embarazos y eventualmente puede acarrear problemas que requieran una histerectomía, lo que de por sí puede conllevar diversas

complicaciones adicionales y lesiones que incluyen la osteoporosis

* **Peritonitis:** es la inflamación aguda o crónica de la membrana del peritoneo. Esta inflamación puede ser por bacterias (bacteriana) o bien secundaria a un traumatismo directo en la zona del abdomen, por acción de los jugos gástricos, sales biliares. En el caso de las peritonitis agudas suelen manifestarse con dolores abdominales, náuseas y vómitos, fiebre, hipotensión, taquicardias y sed. El abdomen se vuelve muy sensible. Las peritonitis crónicas se deben a una evolución de las agudas si no se han curado bien, pero no suele ser lo normal. Lo más normal es que se originen como consecuencia de otras enfermedades crónicas y administración de fármacos de forma continuada. La peritonitis, puede provocar una deshidratación en el enfermo y provocar falla orgánica múltiple, o multisistémica, lo cual puede llevar incluso a la muerte.

* **Coágulos de sangre pasajeros:** Masa de sangre que se forma cuando las plaquetas de la sangre, las proteínas y las células se pegan entre sí.

* **Desgarros Cervicales (Cuello Del Útero):** En al menos un uno por ciento de abortos realizados en el primer trimestre se producen importantes desgarros cervicales que requieren sutura. Las laceraciones de menor envergadura o el micro-fractura, que normalmente no son tratadas, pueden también a la larga perjudicar la función reproductiva. La lesión latente post-aborto puede abocar a una posterior incompetencia cervical, parto prematuro y complicaciones durante el parto. El riesgo de lesión cervical es mayor en adolescentes, para abortos realizados en el

segundo trimestre, y cuando los facultativos no usan laminaria para dilatar el cuello uterino.

* **Fiebre /Sudores fríos:** La fiebre es el aumento de la temperatura corporal por encima de lo que se considera normal. La temperatura normal del cuerpo humano fluctúa entre 36'5° y 37'5°.

* **Intenso dolor:** El dolor es la forma como su cuerpo responde a una lesión o enfermedad. Todas las personas reaccionan al dolor de diferentes maneras.

* **Agotamiento:** debilidad gradual de una o varias funciones, sin lesiones propiamente dichas, Privación de energía con la consiguiente incapacidad para responder a estímulos.

* **Nerviosismo:** Estado de desequilibrio leve del sistema nervioso, con trastornos psíquicos de cierta intensidad (irritabilidad, poca atención, etc.) y orgánicos (intranquilidad motora, etc..

* **Vómitos:** Expulsión violenta del contenido gástrico por la boca.

* **Trastornos gastrointestinales:** pueden amenazar la vida y requieren en algunos casos tratamiento quirúrgico de urgencia. Estos trastornos incluyen la hemorragia gastrointestinal, la obstrucción mecánica del tracto gastrointestinal, el íleo (cese temporal de los movimientos contráctiles normales del intestino), la apendicitis (inflamación del apéndice) y la peritonitis (inflamación del revestimiento de la cavidad abdominal).

* **Frigidez:** frío y de frialdad, implica, esconde o manifiesta una carencia o una imposibilidad que, a la luz de las contribuciones y

los aportes tanto sociales como científicos de las últimas décadas puede ser resignificado no en base a una falta, sino a una dificultad.

* **Muerte:** La muerte es en esencia la extinción del proceso homeostático, por ende el fin de la vida. Una de las primeras causas de muerte en relación con el aborto aunque de hecho se sabe que la mayoría de muertes relacionadas con el aborto no son registradas oficialmente como tales.

* **Complicaciones inmediatas:** Alrededor de un 10 % de mujeres que se someten a un aborto provocado sufrirán complicaciones inmediatas, de las cuales aproximadamente un quinto (2 %) tienen la consideración de riesgo mortal. Las nueve grandes complicaciones más comunes que pueden darse durante la práctica del aborto son: infección, efusión excesiva de sangre, embolia, desgarro o perforación del útero, complicaciones de la anestesia, convulsiones, hemorragia, lesión cervical y "shock" endotóxico. Las complicaciones 'menores' más comunes incluyen: infección, efusión de sangre, fiebre, quemaduras de segundo grado abdominal crónico, vómitos, problemas gastro-intestinales, y sensibilización del Rh

* **Pérdida de otros órganos como:** útero, trompas de Falopio, ovarios

* **Afección Inflamatoria Pélvica:** Se trata de una enfermedad que puede poner en peligro la vida y conllevar un riesgo añadido de embarazo ectópico y reducción de fertilidad. De entre las

pacientes que tienen una infección por clamidia en el momento del aborto, un 23 % desarrollará PID en cuatro semanas. Algunos estudios han arrojado que entre un 20 y un 27 % de pacientes que abortan sufren una infección por clamidia. Aproximadamente un 5 % de pacientes que no han sido infectados por clamidia desarrollan PID dentro de las 4 semanas posteriores a un aborto realizado durante el primer trimestre. Es por tanto razonable suponer que cuantos practican abortos previenen y tratan tales infecciones antes del aborto.

* **Nacimientos de niños muertos:** El aborto se asocia con lesiones cervicales y uterinas que pueden incrementar el riesgo de parto prematuro, complicaciones en el parto y desarrollo anormal de la placenta en posteriores embarazos. Estas complicaciones reproductivas constituyen las causas principales de las minusvalías en recién nacidos.

* **Placenta Previa:** El aborto incrementa el riesgo de placenta previa en ulteriores embarazos (una circunstancia que pone en peligro tanto la vida de la madre como su embarazo deseado), en una escala de entre siete y quince. El desarrollo anormal de la placenta debido a lesión uterina aumenta el riesgo de malformación fetal, muerte peri natal y efusión excesiva de sangre durante el parto

* **Pérdida de apetito y peso**

B.- EFECTOS PSICOLÓGICOS: Son más frecuentes que las físicas y las mujeres generalmente no se les alerta sobre las mismas ni se les da apoyo:

* **Impulsos suicidas:** Consiste en quitarse voluntariamente la vida, aproximadamente un 60 por ciento de mujeres que experimentan secuelas post-aborto declaran albergar ideas suicidas, con un 28 por ciento que intenta realmente suicidarse, de las cuales la mitad lo ha hecho en dos o más ocasiones

* **Culpabilidad:** Conforman el aspecto subjetivo de la infracción disciplinaria y se predica cuando en el comportamiento del agente concurren el dolor o la culpa,

* **Sensación de pérdida:** Privación de lo que se poseía.

* **Abortos De Repetición:** Las mujeres a las que les ha sido practicado un aborto arrostran un riesgo añadido de volver a abortar en el futuro. Las mujeres que cuentan con una experiencia abortiva anterior tienen una probabilidad cuatro veces mayor de volver a interrumpir voluntariamente su embarazo que aquellas que no tienen historia abortiva previa

* **Pesar y remordimiento:** pesar interno que queda después de ejecutada una mala acción.

* **Preocupación por la muerte: la preocupación** es una interferencia de la mente racional y se precisa mantener a ésta bajo control si desea disfrutar de los beneficios del subconsciente.

* **Insatisfacción:** viene de lo más profundo de una necesidad interior, las necesidades no solo son externas.

* **Sentimiento de luto:** es sentimiento de pena de un ser querido

* **Pesar y remordimiento:** La mayoría de las mujeres que abortaron tuvieron sentimientos de remordimiento por la falta del hijo que "debería haber dado a luz"

* **Retraimiento:** Cortedad, condición personal de reserva y de poca comunicación.

* **Inferior autoestima:** La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. La persona que carece de autoestima tendrá difícil encontrarle sentido a su vida, no tendrá nada por lo que vivir o que anhelar. No le interesa hacer planes a futuro, vive improvisando, sin pensar en lo que vendrá.

.

* **Hostilidad:** formas de violencia emocional "silenciosa"

* **Descuido De Los Niños O Conducta Abusiva Hacia Ellos:** El aborto se vincula con mayores niveles de depresión, conducta violenta, abuso del alcohol y de las drogas, embarazos 'de sustitución o reemplazo', y relajación de los lazos que unen a las madres con los hijos habidos posteriormente. Estos factores se asocian estrechamente con el trato abusivo hacia los niños y parecen confirmar particulares valoraciones clínicas que vinculan el trauma post-aborto con abuso infantil subsiguiente

* **Conducta autodestructiva:** destrucción intencional de la propiedad

* **Desesperación:** Perder la esperanza

* **Ansiedad y depresión:** Las adolescentes son más propensas que las mujeres adultas a sufrir las secuelas psicológicas. Aunque la primera reacción puede ser de alivio por no estar más embarazada, la ansiedad, la depresión y el sentimiento de culpa, aparecen pronto

* **Impulsos maternales frustrados:** tener miedo de ser madre

* **Trastornos emocionales:** Llanto/ Suspiros, Insomnio

* **Síndrome post-aborto:** No cabe duda que la práctica del aborto provoca graves tensiones. La mujer posee un instinto materno dado por la misma naturaleza. Violentarlo significa acumular traumas que a veces se manifiestan poco después, pero en otras ocasiones quedan latentes y explotan años más tarde, en las formas más inesperadas como patologías y reacciones psicológicas anómalas.

* **Desvalimiento:** desamparo, abandono, falta de ayuda o favor.

* **Perdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones**

* **Ira/Rabia**

* **Disminución de la capacidad de estudiar:** Esto es puesto que muchas adolescentes se pasan los días recordando el suceso del aborto y no se dedican a estudiar como deberían

* **Deseo de recordar la fecha de la muerte e intenso interés en los bebés**

2.2.4. LA ADOLESCENCIA:

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años (12)

2.2.4.1 CLASIFICACIÓN DE LA ADOLESCENCIA

SEGÚN SILEO (1991) DIVIDIO LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA EN 3 NIVELES:

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Está comprendida entre los 10 y los 13 años. Marca el final de la pubertad y el ingreso a la adolescencia. Durante este periodo se produce la mayoría de los cambios corporales e orgánicos y aparecen los caracteres sexuales secundarios. Los conflictos característicos de esta edad son: Preocupación por la imagen corporal (pérdida del cuerpo infantil) y los cambios que están aconteciendo; Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. , pero simultáneamente necesidad de

mantener la dependencia; Deseos sexuales aumentados pero restringidos por la duda, el temor al acercamiento al sexo opuesto, conflictos entre los deseos y las normas morales aprendidas, se plantea metas vocacionales irreales, masturbación frecuente; Angustia ante el crecimiento y la maduración, cambios en el trato por parte de los adultos.

Adolescencia media (14 a 16 años)

Periodo comprendido entre los 14 y 16 años. Se consolida la identificación sexual, Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios, aumenta la crítica a la autoridad en general, pero especialmente la de los padres, gran valoración del grupo, preocupaciones filosóficas y religiosas, persiste la angustia ante la sexualidad, pero el acercamiento es cada vez menos difícil (en ocasiones puede estar revestido por agresividad), Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. Comienzan las preocupaciones por elección de carrera o profesión y por el futuro en general.

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Periodo comprendida entre los 17y 19 años, durante esta última fase debe haberse constituido sin mayores problemas la identificación y el ejercicio del rol sexual, Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal, la rivalidad con los padres comienza a ceder el paso a la identificación con ellos y a la internalización de las normas familiares y sociales, el grupo comienza a perder su importancia primordial quedando en primer plano el concepto del individuo. ; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía.

La adolescencia desde el punto de vista psicológico puede señalarse en forma general las transformaciones a las cuales

debe adaptarse la personalidad del joven. Es muy importante reconocer las características de las etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar y comprender las actitudes a los adolescentes especialmente si es que en esta etapa se presenta un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada" (13)

2.2.4.2. EDUCACION SEXUAL EN ADOLESCENTES

La educación sexual trata de impartir una información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social. Debe perseguir la realización de una sexualidad plena y madura que permita al individuo una comunicación equilibrada con el otro sexo, dentro de un contexto de afectividad y responsabilidad.

Valorización integral del sexo: La raíz biológica del ser humano es bisexual: hombre y mujer. La sexualidad es una forma de ser y manifestarse de lo humano. En el ámbito sexual las principales características son:

No empieza y termina en el mismo individuo, sino que se proyecta en otra persona. Puede trascender mas allá de dos individuos con el fruto de un nuevo ser. Por lo tanto la sexualidad se considera como una experiencia de comunicación entre dos personas y también como un mecanismo de reproducción de la especie humana.

Educación afectiva sexual: es indispensable que el niño reciba amor para poder darlo. Las primeras experiencias maternas (pecho, caricias, alegría, ternura, etc.) Son esenciales para la vida

futura. La ayuda al niño para que integre su propio sexo es fundamental. El desarrollo libre de su motricidad y de experiencias e iniciativas personales va a condicionar una sexualidad sana, así como el establecimiento de unas relaciones paterno/filiales.

Información sexual: es un aspecto de la educación sexual que consiste en contestar con verdad, sencillez y precisión a las preguntas que realizan los niños y en proporcionarles los conocimientos adecuados a su edad. Los modos de información pueden ser:

No verbal, que se realiza al contemplar espontáneamente las diferencias sexuales entre padre y hermanos. Verbal familiar, que es efectiva cuando se informa adaptándose a la edad, se responde sin ir mucho más lejos de lo que el niño solicita y se asigna a cada cosa su nombre correcto.

Educación Sexual Científica, es una instrucción sistemática y programada, cuyos contenidos básicos serían el aparato reproductor, la higiene sexual y los aspectos psicobiológicos de la relación y complementación humana.

Cabe señalar que la educación sexual corresponde a la familia en cuanto a educación afectiva y a la escuela en cuanto que esta se desarrolla en un régimen de coeducación. La formación e instrucción corresponde a la familia por lo menos en cuanto a información espontánea y sistemática. También en la familia es importante manejar gradualmente lo científico y sistemático, aunque esto muchas veces está condicionado por el nivel cultural. Otros canales de socialización y educadores de la sexualidad son: La religión, los amigos, los medios de comunicación masivos, y las leyes. (14)

2.2.4.3 SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

La sexualidad es una parte integral de nuestras vidas desde el nacimiento hasta la muerte, para los adolescentes el hacerse cargo de su emergente sexualidad es parte del proceso natural de transformación en adulto. La sexualidad debe ser considerada dentro del contexto del desarrollo humano, no como un decreto a ser guardado por el silencio adulto, las opiniones y las percepciones acerca de los roles del adolescente y del adulto deben basarse en el respeto mutuo y deben ser examinados dentro del contexto de las realidades y expectativas sociales.

El tema crucial es la calidad de vida para todos los adolescentes, la proposición de que ellos desconocen su potencial y que cuando el camino sea duro recibirán apoyo y ayuda

A.- EL ROL SEXUAL: Actitudes, patrones de comportamiento y atributos de personalidad definidos por la cultura en que el individuo vive como papeles sociales estereotipadamente "masculinos" o "femeninos"

B.- LA ORIENTACIÓN SEXUAL: La orientación sexual o inclinación sexual se refiere al objeto de los deseos eróticos y/o amorosos de un sujeto, como una manifestación más en el conjunto de su sexualidad. Forma parte de los conceptos construidos por escuelas derivadas del psicoanálisis. Preferencia sexual es un término similar, pero hace hincapié en la fluidez del deseo sexual y lo utilizan mayoritariamente quienes opinan que no puede hablarse de una orientación sexual fija o definida desde una edad temprana.

La orientación sexual se clasifica casi siempre en función del sexo de la o de las personas deseadas en relación con el del sujeto: Heterosexual (Hacia el sexo opuesto), Homosexual (Hacia el

mismo sexo), Bisexual (Hacia ambos sexos), Asexual (Falta de orientación sexual), transexual (Hacia todo o todos, incluyendo inclinación a las personas con antigüedad sexual, transexuales/ transgéneros, y hermafroditas)

Se debate el origen genético o social de la orientación sexual. No se han encontrado indicios de que exista una orientación sexual independiente de las circunstancias sociales; así, podemos suponer que existe una impulsividad heterosexual en una parte significativa de la población, igual que en el reino animal. En el caso del hombre ésta estaría más o menos predispuesta por socialización mientras que cabría hablar de instinto en el caso de los animales. Sin embargo, en biología se considera que el ser humano también actúa sujeto a los instintos. Pero la hipótesis persistente de una predisposición genética eventual queda controvertida por la dificultad de poder explicar esto por un proceso de selección natural. La orientación sexual, sea su origen innato o adquirido, se atribuye a sensaciones y conceptos personales, tanto vividos como imaginados; el comportamiento sexual de una persona puede ser diferente a su orientación. Así, por ejemplo, la abstinencia sexual no resulta siempre de una orientación sexual. (15)

C.- EL COMPORTAMIENTO SEXUAL: La actividad sexual en los humanos es una forma natural de intimidad física. Puede ejercerse con el propósito de la reproducción biológica, trascendencia espiritual, para expresar afecto o por placer y entretenimiento (conocido en este contexto como "gratificación sexual"). El deseo por el sexo es una de las motivaciones básicas del comportamiento humano. Todas las especies animales que tienen reproducción sexual, y todas las culturas humanas, tienen una serie de conductas que se dividen en: cortejo, intimidad y actividad sexual.

El comportamiento sexual humano es por lo tanto el comportamiento que desarrollan los seres humanos para buscar compañeros sexuales, obtener la aprobación de posibles parejas, formar relaciones, mostrar deseo sexual, y el coito. Este comportamiento se estudia en dos grandes áreas: la antropología (las prácticas de diversas culturas), y la informativa (conocimientos que pueden ser útiles a los individuos que pueden involucrarse en este tipo de comportamientos, o que consideran la posibilidad de llevar a cabo una actividad sexual). El comportamiento sexual humano es una expresión muy amplia. Se refiere tanto a comportamientos usuales como a los menos frecuentes, e incluye toda una serie de comportamientos sexuales desde las relaciones matrimoniales hasta el abuso sexual. Aunque en muchos casos el comportamiento sexual se dirige o se lleva a cabo dentro de una relación, no es un elemento imprescindible, y hay muchos comportamientos sexuales fuera de una relación interpersonal

D.- LA IDENTIDAD SEXUAL: Es la conciencia propia e inmutable de pertenecer a un sexo u otro, es decir, ser varón o mujer.

E.- FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD: La formación de la identidad sexual es un proceso complejo que empieza en la concepción, pero que se vuelve clave durante el proceso de gestación e incluso en experiencias vitales tras el nacimiento. Existen muchos factores y bastantes combinaciones de los mismos que pueden llevar a la confusión, pero la tradición en la mayoría de las sociedades insiste en catalogar cada individuo por la apariencia de sus genitales. Por esta razón surgen muchos conflictos en personas que nacen con rasgos intersexuales.

Si, por ejemplo, socialmente se le asigna a una persona la identidad sexual de un hombre, pero sus genitales son femeninos, esta persona puede experimentar lo que se ha venido a llamar disforia de género, es decir una profunda inconformidad con el rol de género que le toca vivir.

Algunos estudios indican que la identidad sexual se fija en la infancia temprana (no más allá de los 2 ó 3 años) y a partir de entonces es inmutable. Esta conclusión se obtiene generalmente preguntando a personas transexuales cuando se dieron cuenta por primera vez que la identidad sexual que les ha asignado la sociedad no se corresponde con la identidad sexual con la que se identifican.

Conflictos con la Identidad Sexual: Muchas personas que nacen con combinaciones de rasgos de los dos sexos, es decir, se enfrentan a complicaciones cuando la sociedad se mofa o escandaliza de su físico -lo que suele ocurrir con las personas intersexuales- o insiste en que asignar a un individuo un sexo con el que no se identifica -lo que ocurre habitualmente entre las personas transexuales.

En el caso de las personas transexuales, sus problemas suelen reducirse cuando pueden pasar por el proceso de reasignación de sexo, en cual incluye la cirugía de reasignación sexual, mal llamada "operación de cambio de sexo". Por otro lado, la identidad sexual suele intentar diferenciarse de la orientación sexual, en la que pueden darse individuos heterosexuales, homosexuales, bisexuales y asexuales. De igual manera que la orientación sexual, la identidad sexual no se puede elegir. En relación con la identidad sexual también se suele hablar de la identidad de género o rol de género, es decir, la asunción y manifestación de lo que se siente basado en unas normas sociales.

F.- EL CONOCIMIENTO SEXUAL: El conocimiento sexual que una persona tiene con respecto a sí misma y con respecto a otras personas tanto de su mismo género como del otro se va construyendo a partir de una serie de conceptos e ideas que provienen fundamentalmente del contexto social y del proceso de socialización. El conocimiento sexual desde la perspectiva de género tiene implicaciones que hacen que las personas perciban las actitudes, comportamientos, características respondiendo a lo que la sociedad en la que viven condiciona y ha transmitido como válidas.

Dentro de estos parámetros las personas consideran la conducta sexual como masculina o femenina. Sin embargo, está tan arraigada la conciencia de lo que en la sociedad se considera normal para uno u otro sexo, que parece estar, en la concepción de las personas, firmemente condicionada a las características biológicas. El conocimiento como conjunto de ideas que proviene de una construcción basada en aquello que nos interesa y nos toca de alguna forma y que se compone de elementos que provienen en primer lugar de las ideas previas que se van juntando en nuestra percepción tanto consciente como inconsciente del mundo. En segundo lugar, el conocimiento se va transformando y evolucionando a medida que vamos agregando nuevos conceptos que modifican los anteriores.

El concepto de conocimiento sexual está indisolublemente unido a la conceptualización de género, tomada ésta como el conjunto de actitudes, comportamientos, características relacionales y roles asignado por cada sociedad a hombres y mujeres.

El conocimiento implica una serie de ideas y creencias arraigadas, con respecto a aquello que consideramos como cierto. Y en relación con la sexualidad, tanto en términos de la forma en que

cada persona la experimenta como en cuanto a las actitudes que esperamos que los otros (o nosotros mismos) tengan, el concepto depende muy fuertemente de aspectos proporcionados por la cultura en sus distintas manifestaciones. Si a las niñas se les enseña desde pequeñas que una mujer no debe disfrutar de su sexualidad porque en dicho caso estaría fuera de la norma (serás considerada una 'cualquiera) es muy probable que el conocimiento de esta persona con respecto a su propia sexualidad (y la de otras mujeres también) tenga sus anclas en esta aseveración que recibió como parte de su socialización. Es decir, el hecho de ser mujer no implica inherentemente desde ningún punto de vista la posibilidad o imposibilidad de disfrutar plenamente de la sexualidad. Esta realidad es algo que se aprende y se relaciona con el concepto de género. Por ello es tan importante concebir los programas de educación sexual orientados hacia la libertad y la plenitud. Con la existencia de los métodos anticonceptivos prácticamente se anula la racionalización de que las mujeres requieren una mayor prudencia en su aproximación a la sexualidad por el riesgo de un embarazo no deseado (y/o también de contagio de enfermedades de transmisión sexual). Y que los varones no corren ese riesgo.

La atribución a estas razones provenientes de mensajes de socialización sobre la posibilidad o no, de la mayor necesidad o no, de disfrute o contacto sexual comienza a ser objeto de reflexión crítica en términos del análisis, desde la perspectiva de género, de las relaciones entre las personas.

Pensemos por ejemplo en la transmisión de los conocimientos sobre el propio cuerpo y luego sobre las relaciones sexuales, ya sea considerando el autoerotismo o las relaciones con otra persona. Los muchachos suelen recibir de sus padres información que los preparan (en mayor o menor medida) para el ejercicio de la sexualidad.

Es menos habitual que las madres enseñen a sus hijas lo que les ocurre durante la pubertad, qué es la menstruación y todos los cambios que ocurren en su cuerpo y menos aún explicarles que la sexualidad es una inmensa fuente de placer y cómo prepararse para ejercerla con plenitud y responsabilidad.

Entonces, desde la perspectiva del género se construyen conocimientos sexuales muy dispares entre varones y mujeres, lo cual no sería dañino si sólo fueran distintos, sino que resulta poco equilibrado porque siguen siendo los varones quienes reciben la mayor parte de la información y por ende son quienes tienen el mayor poder, en desmedro de las mujeres y sus legítimo derecho a Ser Por ello, cuando se trata de transmitir (o articular) conocimientos relacionados con la sexualidad, utilizando como plataforma el punto de vista de género, los profesionales de las ciencias sociales debemos hacer un especial esfuerzo en concientizar nuestra propia visión, actitudes y comportamientos con respecto a la sexualidad para que ellos no resulten una barrera a la libertad de conciencia de las personas con quienes estamos trabajando.

Nuestra propia visión de género, si no estamos muy conscientes de ella, puede llegar a empañar la transparencia con la que transmitimos nuestros propios conocimientos y contribuimos a la construcción de nuevos cuerpos de conocimientos en otras personas

2.2.4.4. EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Los factores que determinan los embarazos en adolescentes pueden variar de acuerdo a las características socioculturales de las diversas poblaciones. Así, por ejemplo existen poblaciones en que el embarazo en adolescentes es culturalmente aceptado, y por el contrario su no ocurrencia es rechazada; esta situación que

se observa con frecuencia en las poblaciones selváticas no van a incidir negativamente en aspectos tales como aumento en la tasa de abortos; sin embargo, el embarazo en adolescentes no es un patrón culturalmente aceptado en poblaciones como la de Lima, por su componente religioso y conservador, lo cual condiciona que las adolescentes que se embarazan traten de evitar el progreso del mismo a través de maniobras abortivas. Por otro lado, existe una guía deficiente en lo referente a orientación en la educación sexual y en las condiciones para la planificación familiar.

Las causas que llevan a las adolescentes a embarazarse son problemas en la organización familiar; la excesiva información que va a fomentar la liberación sexual y por el deficiente manejo de esta información por parte de los medios de comunicación; el desinterés de los padres en lo referente a la vida social de sus hijos fuera del hogar, etc. El período entre 10 y 19 años es de especial importancia y riesgo con respecto al desarrollo psicológico. Esta fase de la vida es caracterizada por un cambio rápido en el comportamiento del individuo y por flexibilidad de la estructura psíquica. Ambos son más pronunciadas que en las fases previas (durante la niñez) o en las fases posteriores (adulto). Esto condiciona a que la población adolescente sea susceptible al inicio precoz de las relaciones sexuales. (16)

PREVALENCIA: La tasa de fecundidad específica en el grupo de 15 a 19 años en América Latina fluctúa entre 60 y 130 nacimientos por 1.000, tendiendo, en general, las tasas de fecundidad en adolescentes a ser más altas en los países de fecundidad alta. Aunque la tasa de fecundidad en adolescentes tiende a declinar, el mayor descenso de la tasa de fecundidad específica en edades superiores hace que la proporción de embarazos e hijos en menores de 20 años aumente; el número

absoluto de hijos de adolescentes también aumenta por el aumento del número de población adolescente. Los nacimientos en madres menores de 20 son alrededor del 15% con algunos países que superan el 18%. Así, cada año unas 3.300.000 adolescentes latinoamericanas llevan a término un embarazo, ignorándose el número de abortos.

A.- FENOMENOLOGÍA DEL EMBARAZO FRENTE A LOS ADOLESCENTES:

Actitud Frente Al Embarazo:

Etapa de adolescencia temprana: El foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de la madre. No hay concepto de desarrollo de una vida individual y no son capaces de dibujar un bebé de aspecto real. No hay lugar para el padre en sus planes, el tema de la maternidad provoca depresión y aislamiento. Puede presentarse una incidencia elevada de trastornos emocionales y negación patológica.

Etapa de adolescencia media: El foco de desarrollo es el establecimiento de la identidad y de la feminidad. Es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo, de sentirse aislada, rechazada, no querida pasa a la euforia sintiéndose querida y popular. El embarazo, por ende, puede ser visto el mismo día como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que brindará madurez y crea expectativas. Su actitud es ambivalente, de orgullo y de culpa: la madre perfecta con su bebé y la desesperación por las responsabilidades que se le vienen encima.

Etapa de adolescencia tardía: El foco del desarrollo es la consolidación de la identidad y de las relaciones interpersonales, por lo que el embarazo puede ser visto como una forma de consolidar la intimidad y comprometer al varón como un futuro

compañero. Es en la etapa de la adolescencia tardía que se ve el impacto de la realidad y las jóvenes desarrollan gran preocupación por adaptarse a su rol de madre: sentimientos maternales protectores y sensación de anticipación del hijo.

B.- EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES:

Existen numerosas publicaciones que documentan el impacto negativo del embarazo precoz, especialmente con edad ginecológica inferior a 2 años. Este se expresa en aspectos biológicos y psicosociales de la madre y del hijo (los más estudiados) así como del padre y de las familias de origen.

En la madre adolescente: Entre los aspectos biológicos destaca mayor riesgo de anemia, síndrome hipertensivo, infección urinaria, así como aumento del riesgo de aborto, de complicaciones del aborto y aún de mortalidad materna. Cabe destacar, sin embargo, que cuando la adolescente embarazada recibe atención oportuna, suficiente y de calidad apropiada a sus particulares necesidades, estos riesgos disminuyen notoriamente.

Aborto y Mortalidad Materna: La mortalidad materna de las adolescentes está relacionada con la mortalidad materna general, siendo más alta en los países en que la mortalidad materna total es mayor; contribuyen a ésta, la baja condición social de la mujer, la ausencia de servicios de atención materna, y la falta de aplicación de tecnologías apropiadas.

La mortalidad materna es 50 veces más alta en las adolescentes de América Latina comparadas con las de los Estados Unidos de América y Canadá (cifras entre 15 y 20 en Perú y Ecuador versus 0,4 y 0,1 muertes por complicaciones de embarazo parto y puerperio por 100.000 mujeres de 15 a 24 años). 25 a 30% de la mortalidad materna. Está determinada por el aborto, siendo la tasa más alta la de Perú, con 4,8%.

Establecer la frecuencia real de abortos provocados en la Región de las Américas es difícil. En algunos países, como Cuba y los Estados Unidos, la legislación permite la interrupción del embarazo, mientras en otros la legislación la prohíbe y está penada por la ley. En Estados Unidos, la razón de abortos para el grupo de menores de 15 años es de 133 por 100 nacidos vivos, cifra que se reduce a la mitad en el grupo de 15 a 19 años (la razón para todas las edades es de 34 por 100 nacidos vivos). En Cuba, 1 de cada 4 abortos se realiza en una menor de 20. Estudios a pequeña escala en Brasil, Colombia y Perú indican que 1 de cada 10 mujeres hospitalizadas por aborto tiene menos de 20 años. En general, un 30% de la mortalidad por aborto en América Latina se produce en mujeres de 24 años o menos.

En cuanto a los aspectos psicosociales, destaca el riesgo de deserción escolar y baja escolaridad definitiva; ello se acompaña, a futuro, de desempleo más frecuente, e ingreso económico reducido de por vida. Asimismo, hay mayor riesgo de separación, divorcio y abandono. A ello se agrega un mayor número de hijos. Así, el embarazo de la adolescente afecta su proyecto de vida en todos sus aspectos.

C.- FACTORES PREDISPONENTES: Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención.

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

Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola

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

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

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

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

Falta O Distorsión De La Información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la

menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc. Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

Factores determinantes: Relaciones Sin Anticoncepción, Abuso Sexual y Violación.

D.- CONSECUENCIAS PARA LA MADRE ADOLESCENTE: Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

E.- CONSECUENCIAS PARA EL HIJO DE MADRE

ADOLESCENTE: Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

F.- PREVENCIÓN DEL EMBARAZO: (17) El embarazo en la adolescencia casi nunca es deseado ni planeado, y se da en una constelación socioeconómica. Esto, unido a otros componentes biológicos (peso, estatura) hacen que la edad aparezca como agravante. La postergación del embarazo es una variable que se debe controlar para poder influir en la salud del futuro de su hijo, si bien con un excelente cuidado prenatal el niño de la madre adolescente puede ser sano, la salud futura del recién nacido puede peligrar por la maternidad a edad temprana. Aunque se ha avanzado mucho en el conocimiento de los factores sobre los que se podrían actuar para prevenir el embarazo de la adolescente aun no se ha llegado a una explicación holística que permita una acción integral. Sin embargo, todos los problemas comentados en la sección sobre consecuencias del embarazo de la adolescente pueden ser superados o evitados, ya que se conocen las soluciones y se dispone de la tecnología adecuada para su prevención. Estos consisten en programas para adolescentes que faciliten la detección temprana, ofrezcan conexiones intersectoriales y atención especializada, y tengan en cuenta las características evolutivas de las adolescentes. Para que los programas de salud reproductiva sean más accesibles y

aceptadas por parte de los jóvenes, y la atención prenatal deben practicarse dentro de dicho marco conceptual.

Al mismo tiempo, son fundamentales la promoción, los cambios educativos y la creación de un espacio social para los adolescentes.

PREVENCIÓN PRIMARIA: Resulta lógico que si no queremos muertes maternas en adolescentes, antes no debiera haber embarazos.

En tal sentido debe retrasarse la iniciación sexual, retrasar el matrimonio y retrasar el embarazo, y para ello será necesario: Información, educación, comunicación

La Directora General de OMS dice: "los jóvenes necesitan la ayuda de los adultos para lidiar con los pensamientos, sentimientos y experiencias que acompañan a la madurez física. Al brindar esta ayuda, no fomentamos estilos de vida irresponsables

La evidencia en el mundo entero, claramente ha demostrado que proporcionar información y desarrollar habilidades relacionadas con la sexualidad humana y las relaciones humanas ayudan a evitar los problemas de salud y crea actitudes más adecuadas y responsables. La utilización de los medios de comunicación es una fuerza poderosa para formular un marco conceptual y defender políticas, así como tomar decisiones a nivel individual, comunitario y estatal. Se ha comprobado que los medios ejercen una importante influencia, para bien o para mal, en las actitudes y comportamientos sexuales y reproductivos.

Los medios de comunicación ejercen una importante influencia, porque eliminan los tabúes, promueven el uso de los servicios y los mensajes a través de personajes en programas masivos, como las telenovelas. Al aprovechar los medios, se puede mejorar estereotipos para reducir embarazos, abortos e ITS.

La educación sexual impartida por adultos, contra lo que se pretende afirmar, no fomenta la promiscuidad entre los/las adolescentes.

En un análisis realizado en 1997 sobre 53 estudios efectuados en el mundo entero acerca de la educación sexual dada a los adolescentes, se encontró lo siguiente: sólo en 3 estudios hubo aumento de

La actividad sexual después de la intervención, 22 indicaron que las intervenciones educativas (cursos) ayudaron a retrasar el inicio de la actividad sexual, disminuyeron las tasas de embarazo y de ITS, en tanto que, 27 informaron que no hubo cambios ni en la actividad sexual ni en las tasas de embarazo y e ITS. La educación puede ser impartida por padres, guardianes y maestros La educación impartida por otros adolescentes suele llegar con más facilidad a jóvenes de la misma edad. Existen experiencias que de esta forma se ha contribuido a reducir el número de embarazos en adolescentes.

No sería de mucho provecho brindar información y educación si ello no va acompañado de la existencia de servicios. Se debe reconocer que los/as adolescentes tienen obstáculos para asistir a los servicios por lo siguiente:

- Actitudes de los profesionales de salud que los rechazan.
- Los horarios no les permiten adaptarse a sus estudios y trabajos.
- Falta de dinero para pagar los servicios, Renuncia de los/as adolescentes a usar los servicios porque no quieren llamar la atención.
- Falta de capacitación del personal, Para que los servicios sean acogedores para los adolescentes deben o Contar con lugares y horarios convenientes.
- Tener esperas cortas.

- Tener privacidad, Asegurar confidencialidad, Atender sin requisitos de consentimiento de los padres.
- Contar con estabilidad del personal que atiende, Contar con apoyo de la comunidad, Una vez que los servicios han sido establecidos, deben ofertar.
- Orientación y consejería, Acceso al condón y otros métodos anticonceptivos, inclusive anticoncepción oral de emergencia.
- Consejería sobre maternidad sin riesgos a las adolescentes embarazadas, Atención a las necesidades de aquellos/as que pueden estar infectados por el VIH, Atención de casos de VBG y abuso sexual.
- Tratamiento ambulatorio del aborto incompleto, Tratamiento de las complicaciones del aborto.

No existen pruebas de que los servicios apropiadamente orientados hacia los jóvenes aumenten la actividad sexual entre los/as adolescentes, Por el contrario, hay pruebas de que las prestaciones de servicios protegen la salud y salvan vidas.

Los países nórdicos promueven la educación sexual, servicios confidenciales y anticonceptivos, Ningún cambio significativo en la edad al primer coito, Una de las tasas más bajas del mundo de embarazo en adolescentes, Marcada reducción en las tasas de abortos entre las adolescentes y Bajas tasas de VIH/ITS

PREVENCIÓN SECUNDARIA: Se refiere a cuando la adolescente ya se embarazó. En este caso, proponemos las intervenciones para reducir la muerte materna y lograr una maternidad segura. Para ello proponemos:

Mejorar en las mujeres adolescentes su capacidad de decidir. Es necesario empoderarlas en el sentido de que decidan con autonomía sobre su vida reproductiva; cuándo y con quien iniciar su vida sexual, cuándo embarazarse, con qué frecuencia y hasta

qué momento. Esta propuesta tiene que ver con la prevención primaria. Elevar las coberturas y la calidad de la atención prenatal, atención calificada del parto y del puerperio. Insistir en esta última etapa porque las muertes maternas ocurren con mayor frecuencia en el posparto. Aquí tiene lugar la aseveración de que el puerperio hay que cuidarlo las 6 primeras horas, los 6 primeros días y las 6 primeras semanas.

Reducirla frecuencia de patología crónica en las mujeres, como la tuberculosis.

Potenciar la referencia, con la participación de la familia y la propia comunidad.

Atender la demanda no satisfecha de planificación familiar, puesto que esta actividad contribuye a mejorar la salud reproductiva, reducir la tasa de embarazos no deseados y el aborto inducido. Manejo humanizado del aborto, que aún ocupa en nuestro medio un lugar importante como causa de muerte materna. Control social de los programas de atención a la salud reproductiva, con el propósito de que las intervenciones sean duraderas y la sociedad se apropie de ellas. Si las intervenciones del Minsa sobre la salud de este grupo humano no se logran concretar en su nuevo plan de atención integral según ciclos de vida, nos seguiremos lamentando dentro de algún tiempo.

2.2.4.5. PLANIFICACION FAMILIAR

Los beneficios de la planificación familiares de salvar vidas de mujeres. Si se evitaran los embarazos involuntarios, podría prevenirse aproximadamente una cuarta parte de todas las defunciones maternas de los países en desarrollo, la anticoncepción, especialmente, ayuda a evitar los abortos practicados en condiciones de riesgo, también permite que las mujeres limiten los nacimientos a los años de mejor salud del período reproductivo y que eviten dar a luz más veces de lo

conveniente para la salud. También el de salvar vidas de niños. El espaciamiento de los embarazos de dos años como mínimo ayuda a las mujeres a tener hijos más sanos y contribuye a aumentar la probabilidad de supervivencia infantil en un 50%.

Si se limitan los nacimientos a los años de mejor salud del período reproductivo de la mujer, los hijos también tendrán más probabilidad de sobrevivir y de mantenerse sanos. Para muchas mujeres, el control de la propia procreación mediante prácticas anticonceptivas eficaces puede abrirles las puertas a la educación, el empleo y la participación comunitaria. Además, las mujeres que tienen menos hijos tienden más a enviarlos a la escuela, sean mujeres o varones. Se fomenta la adopción de prácticas sexuales menos arriesgadas.

Todas las personas sexualmente activas necesitan protegerse contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida el VIH/SIDA. Para ello lo mejor es usar condones correctamente o evitar la actividad sexual excepto en una relación mutuamente monógama. Con apoyo suficiente, los programas de planificación familiar Adjunto con los padres, las escuelas y los compañeros podrían ayudar a que muchos más jóvenes se comporten de manera responsable al tomar decisiones sobre su vida sexual, evitando las ITS y los embarazos involuntarios. La importancia de la planificación familiar es de Proteger tu vida y que cuides tu salud. Si te informas y eliges un método de planificación familiar estás cuidando de tu salud y la de tu bebé, porque puedes decidir el mejor momento para tener hijos y darles lo mejor, la responsabilidad de decidir juntos con qué método cuidarse te ayudará a tener una mejor relación y mayor comunicación. Además podrán dedicar más tiempo para estrechar lazos de afecto. (18)

2.2.5. EL ROL DE LOS PADRES EN LA EDUCACIÓN SEXUAL

Más allá de los debates que pudo haber propiciado el Programa de Educación Sexual Integral sobre el rol de los padres en la educación sexual de los hijos, es importante afirmar que ellos son los primeros educadores de sus hijos. Por otro lado, a esta altura de los acontecimientos, no cabe la discusión sobre si deben ser los únicos o si su función está por encima de la que cumple la escuela. Cuando hablamos de una educación para la vida, la escuela, es subsidiaria de la impartida por los padres. La una necesita de la otra y que las dos converjan en mismos objetivos.

La experiencia nos dice que existe el deseo, en la mayoría de los padres, de hablar confiadamente de la sexualidad con sus hijos. Las más de las veces queda sólo en eso, en deseo. Existe consciente e inconscientemente la puesta de una barrera producto de la escasa información generada por el desconocimiento, negación o aceptación de la propia sexualidad. Una Escuela para Padres, en materia de educación sexual integral, ayudaría a la familia en su rol de educador más influyente de un hijo. No sólo le permitiría proporcionar información exacta a los niños y neutralizar los mensajes negativos de los medios de comunicación sino que también les ayudaría a descubrir que la educación sexual es una vía para la transmisión de los valores familiares.

A pesar de esto, la idea de que la educación sexual empiece desde el nacimiento es, para gran parte de los padres, algo inverosímil. Esto ha llevado a que se pasaran por alto momentos u oportunidades, para transmitir información positiva y aprovechar para desmitificar tantos conocimientos erróneos, dados por el entorno, y que tanto influyen en su sexualidad posterior. Estar atentos a estos momentos da un espacio y un tiempo que permite ver cuál es la actitud familiar frente a la sexualidad, permitiendo

establecer un clima de confianza donde los niños puedan encontrar las respuestas a sus preguntas. Nunca es un peligro brindar información demasiado temprano. Se corre más peligro con poca información demasiado tarde.

Los niños van a asimilar lo que puedan. Tal vez no captarán todos los detalles pero se asegura una comunicación fluida entre ellos y sus padres. Cada pregunta de un hijo merece una respuesta honesta obviamente ajustada a su nivel de entendimiento. No tiene que sorprender que las mismas preguntas se repitan a lo largo de su evolución. Sí, lo que se debe asegurar, es saber qué realmente está preguntando el niño. Ante la pregunta: “¿de dónde vine yo?” tal vez sólo quiera averiguar en que ciudad nació y no como fue gestado. Una manera de manejar esa situación sería preguntando. Ocuparse de la educación sexual de los hijos puede parecer una tarea embarazosa. No solo por el compromiso que debe asumirse sino porque moviliza la propia sexualidad, las propias experiencias, los propios temores de cada persona. Es necesario que los padres hablen entre sí y acuerden qué mensaje y qué valores aspiran transmitir a sus hijos. Es bueno, que los padres, se procuren una formación e información anterior. De esta manera se anticipan a las preguntas y a los comportamientos sexuales elaborando respuestas sencillas y sinceras. Cuánto más sana sea la sexualidad vivida en la familia más sana será la construcción de la identidad sexual de los niños. Tener vergüenza frente a ciertas preguntas es normal. Más si el padre o madre fue educado en que la sexualidad es algo de qué avergonzarse. Expresar este sentimiento, frente al niño, y a pesar de esto dar una respuesta, es signo de honestidad.

La iniciación de los hijos en el proceso de aprendizaje de la sexualidad puede ser embarazosa o maravillosa. Depende de lo que cada padre elige. La educación afectiva y sexual desde el

hogar, aún respetando las diferentes etapas evolutivas, es muy distinta a la de la escuela. En la familia, la educación afectiva y sexual es constante, ocasional y espontánea, y esta impregnada de afecto, ternura y caricia. Es desinformalizada, testimonial y orientada desde y hacia los valores del hogar; implica desplegar el mundo de los afectos y de los sentimientos, las dimensiones del cuerpo y de la corporeidad, proporcionar los haberes necesarios para la propia auto comprensión y para amar. (19)

2.2.6. ROL DE LA SOCIEDAD EN LA EDUCACION SEXUAL

La intervención de la sociedad en estas materias, no sustituye en modo alguno el rol intrínseco de la familia en cuanto a formación, socialización y protección de sus integrantes. Por el contrario, se trata de complementar estas funciones, procurando respetar el derecho a la autodeterminación, siempre y cuando ello no vulnere, a su vez, los derechos de ninguno de sus miembros. No cabe duda que, en muchos casos, ni las familias, ni los individuos, ni las comunidades, cuentan con las capacidades y competencias necesarias para cumplir adecuadamente ese rol. Es ahí, cuando, la tarea educativa del Estado está llamada a ponerse al servicio de la realización de los derechos de las personas.

Lo anterior, sin embargo, debe hacerse en una lógica de promoción y no de asistencialidad. La tarea educativa no debe asumirse como una función que reemplaza los roles de personas, grupos e instituciones frente al despliegue de capacidades y realizaciones acordes con el bienestar, sino como un recurso que pone a disposición las herramientas necesarias para favorecer autonomía. Por eso, educar para una sexualidad sana y responsable significa formar sujetos, hombres y mujeres, reflexivos, dialogantes y tolerantes, capaces de identificar conductas de riesgo y de elegir cursos de acción, anticipando las

consecuencias de su actuar, para sí y los demás. Significa, en definitiva, formar personas concientes de su individuación y, dispuestas a generar modos de relación respetuosos de las comunidades. (20)

2.2.7. ROL DE LA ENFERMERA

La enfermera atiende a familias, individuos, y grupos de comunidades que necesitan atención preventiva y desarrollo. La enfermera debe asumir el papel que le corresponde como agente de educación y responsabilizarse en trabajar estos aspectos, participando de manera activa en los programas del escolar y adolescente padres y profesores que implican la educación sexual para ofertar una formación eficaz y eficiente.

Se intentara que los padres interioricen aspectos tan importantes como:

- a) La educación sexual debe integrarse dentro de la educación general.
- b) Espontaneidad y naturalidad al hablar.
- c) Respetar la intimidad de sus hijos.
- d) Responder a todas sus preguntas en el momento en el que se planteen, siempre de la forma más sincera posible.
- e) Adaptar el contenido a su proceso educativo.
- f) Vincular el sexo a los aspectos afectivos y el sentido de la responsabilidad.

2.2.8. TEORIA DE ENFERMERIA

Según hildegard peplau. “MODELO DE RELACIONES INTERPERSONALES”

Para Peplau la enfermera consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable; es un proceso mutuo y de cooperación que intenta resolver el problema.

Peplau contempla el proceso de enfermería como una serie de pasos secuenciales que se centran en las interacciones terapéuticas. Incluye la utilización de las técnicas de resolución de problemas por la enfermera y el paciente; según Peplau. Tanto la enfermera como el paciente aprenden el proceso de resolución de problemas a partir de su relación

Avanza desde lo genérico a lo específico en la recogida de datos y la clarificación de problemas, y se vale de instrumentos básicos como la observación, la comunicación y el registro

1.- La enfermera ha de asumir distintos roles, dado que el modelo de Peplau utiliza este enfoque como la principal base para los cuidados, la enfermera ha de ser capaz de controlar las emociones que emanan de su representación de nuevos roles, tanto ella como del paciente. La enfermera ha de proporcionar un apoyo terapéutico apropiado y para esto es crucial que se sienta segura de su capacidad para comunicarse con eficacia.

2.- Habilidades de asesoramiento: que no se trata de dar consejo sino de proporcionar una oportunidad al paciente para que solucione mentalmente los problemas y saque algunas conclusiones razonables.

3.- Proporcionar una red de apoyo para el personal. Supone exigencias emocionales importantes para la persona que presta los cuidados. La enfermera necesita también contar con un apoyo. Debe invertirse tiempo en el apoyo del personal. La enfermera necesita disponer de tiempo para discutir la práctica clínica.

4.- El empleo de su modelo queda limitado en el trabajo con pacientes seniles, comatosos, neonatos, En dicha situación la relación enfermera-paciente es unilateral, por tanto no puede considerarse con el calificativo de general.

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

Nivel: grado o experiencia acumulada sobre conocimientos de un personaje sobre una asignatura o materia e instrumento para medir un horizontal o verticalmente un elemento.

Conocimiento: son conjuntos mentales como la capacidad de pensar, razonar y recordar sobre hechos, verdades o de información ganada a través de experiencias a (posteriori), o a través de introspección (a priori)

Nivel De Conocimiento: Es la medición de la base teórica de un conjunto de hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje.

Aborto: Es la interrupción del embarazo ya sea causada en la muerte del feto en desarrollo. Fuera o dentro del claustro materno.

Efectos Físicos Del Aborto: Reacciones positiva o negativa que produce el cuerpo e organismo.

Efectos Psicológicos Del Aborto: Consecuencia positiva o negativa de los procesos mentales (cognitivo, afectivo, moral, social, espiritual y del comportamiento), de la experiencia humana.

Adolescente: Es una etapa de la vida que abarca desde los 10 años a 19 años en donde el individuo adquiere la capacidad reproductiva, en donde se transita los patrones psicológicos que se realiza la transición entre la infancia y la edad adulta, también la independencia socio – económico y es considerada esta etapa un caso especial en su salud reproductiva.

2.4. HIPOTESIS

Las adolescentes del Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa de Chancay-2013 .tienen un nivel bajo de conocimientos acerca de los efectos físicos y psicológicos del aborto.

2.5. VARIABLE

UNIVARIABLE

Nivel de Conocimiento acerca de los efectos físicos y psicológicos del aborto

2.5.1. DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

Es el grado o experiencia obtenida mediante conjuntos mentales como el pensar, razonar, recordar tener ideas, conceptos y principios de la realidad objetiva sobre los efectos físicos y psicológicos que se pueden producir por un aborto

2.5.2. DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE

Es aquella alumna del 3er año de secundaria de la Institución Educativa San columbano que tiene nociones básicas e información respecto al aborto Referidos a: los efectos físicos y los efectos psicológicos

2.5.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

TEMA: El Nivel de Conocimiento Acerca de los Efectos Físicos y Psicológicos del Aborto, en las Alumnas del 3er Año de Secundaria de la I.E. San columbano en el Distrito del Rímac en el Año 2012.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Nivel de Conocimiento acerca de los efectos físicos y psicológicos del aborto	Conocimiento acerca de los efectos físicos del aborto	1. Cáncer del útero	1
		2. Coágulos de sangre pasajeros.	2
		3. Pérdida de otros órganos	3
		4. Hemorragia.	4
		5. Útero perforado.	5
		6. Infecciones.	6
		7. Esterilidad.	7
		8. Posterior embarazo puede nacer con una discapacidad	8
		9. Trastornos menstruales.	9
		10. Shock	10
		11. Pérdida de la vida	11
	Conocimiento acerca de los efectos psicológicos del aborto	12. Disminución de la capacidad de estudiar	12
		13. Impulsos maternos frustrados	13
		14. Impulsos suicidas	14
		15. Culpabilidad.	15
		16. Sensación de pérdida.	16
		17. Pesar y remordimiento.	17
		18. Pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones.	18
		19. Preocupación por la muerte.	19
		20. Ira/Rabia	20

CAPITULO III.- METODOLOGIA

El Área donde se realiza el estudio de investigación es el Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa de Chancay- 2013.

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

La presente investigación utilizada corresponde a una investigación de tipo aplicada de enfoque cuantitativo, descriptiva porque las variables serán descritas, transversal, porque se obtendrá la información en un tiempo y espacio determinado

3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO E ESTUDIO

La presente investigación se dará en el Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa de Chancay-2013

3.3. POBLACION Y MUESTRA

La presente investigación estará conformada por todas las adolescentes del Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa de Chancay-2013.

La muestra será el total de 50 adolescentes entre 15 a 19 años del Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa de Chancay-2013.

3.4. TECNICAS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

La presente investigación. Se utilizara como instrumento al cuestionario estructurado que consta de 20 preguntas cada pregunta con tres alternativas, de las cuales todas tienen puntaje, se aplicara una vez a la unidad de estudio con una duración de 15 a 20 minutos.

TECNICA

En la presente Investigación primero se solicito el consentimiento del director de la I.E. San columbano para así poder poner en práctica la técnica de entrevista y la observación en las alumnas para después proceder a la aplicación del instrumento que viene hacer un cuestionario estructurado

INSTRUMENTO

Como instrumento se utilizo, el cuestionario que esta diseñado para la obtención de información especifica de los entrevistados. En donde se va a dividir en las siguientes partes: las indicaciones para el llenado del cuestionario, datos generales en los cuáles se determina la edad, domicilio y procedencia de las alumnas y el contenido de acuerdo a las dimensiones e indicadores, previamente operacional izadas. Que en conjunto consta de 20 preguntas cerradas para marcar

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del cuestionario fue a través del juicio de experto y La confiabilidad se evaluó a través de la escala de crombach.

3.6. PLAN DE ANALISIS DE PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

La recolección de datos se llevo a cabo en el Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa de Chancay-2013

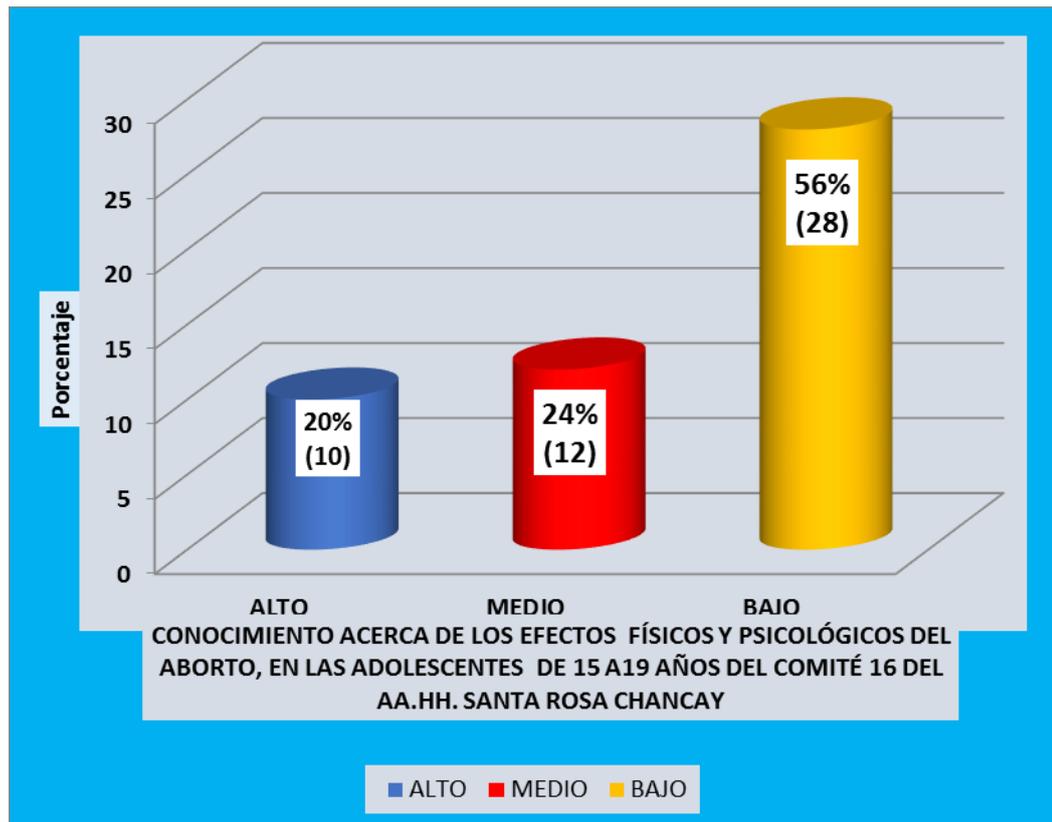
, el recojo de información será aplicada por medio del instrumento al final del turno de hora de clases en un promedio de 15 a 20 minutos previos,

en el mes de abril, una vez recolectada la información se rediseñara la tabla de codificación de datos para nutrir el programa SPSS que se usara una escala de medición ordinal

CAPITULO IV. RESULTADOS

GRAFICA 1

CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS EFECTOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS DEL ABORTO, EN LAS ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DEL COMITÉ 16 DEL AA.HH. SANTA ROSA CHANCAY 2013

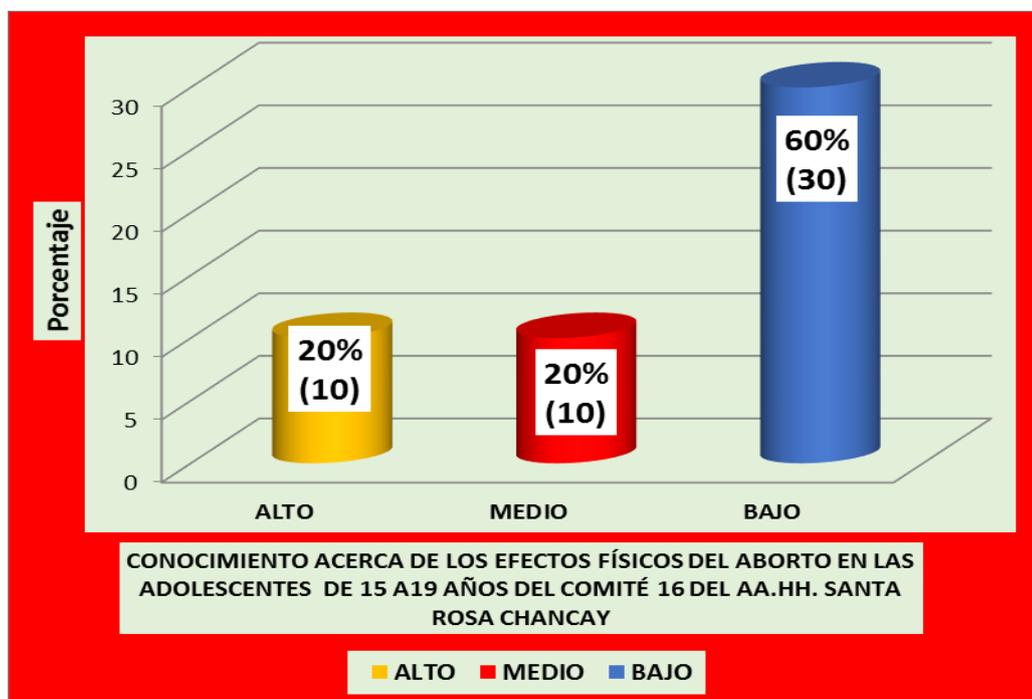


Según los resultados presentados en la Grafica 1, el nivel de conocimiento acerca de los efectos físicos y psicológicos del aborto, en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AAHH, Santa Rosa de Chancay, es Bajo en un 56%(28), Medio en un 24%(12) y Alto en un 20%(10). Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: En los efectos Físicos, Desconocen si un aborto ocasiona cáncer al útero, Asimismo, desconocen que los coágulos de sangre pasajeros se da si te realizas un Aborto, también desconocen si se realizan un aborto crees que perderías algún órgano de tu cuerpo, además de so desconocen al practicarse un aborto que crees tú que te produciría, de igual forma desconocen se da perforaciones al útero si te realizas un aborto, además de ello desconocen que ocasiona

Infección al útero un aborto. En los Efectos Psicológicos, Desconocen las consecuencias del aborto, así como que sentimientos genera, asimismo desconocen si les produciría pensamientos negativos, también desconocen si el aborto les produciría actitudes negativas en su entorno social.

GRAFICA 2

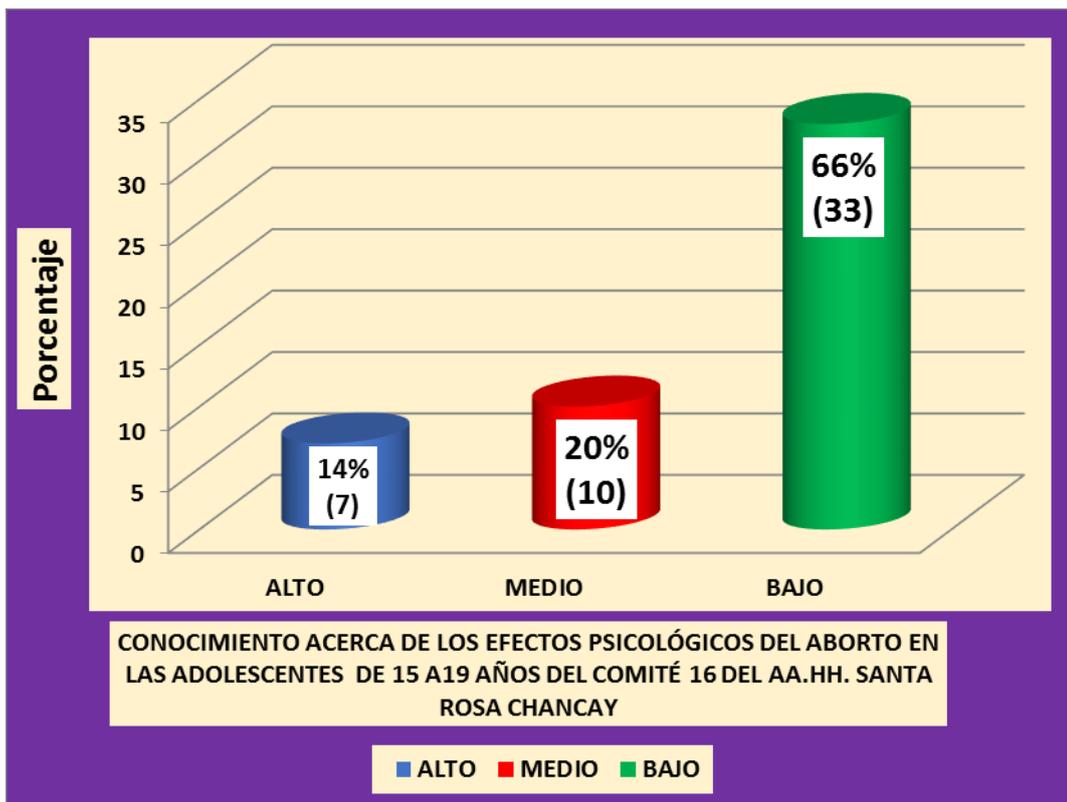
CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS EFECTOS FÍSICOS DEL ABORTO EN LAS ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DEL COMITÉ 16 DEL AA.HH. SANTA ROSA CHANCAY 2013.



Según los resultados presentados en la Grafica 2, el nivel de conocimiento acerca de los efectos físicos del aborto, en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AAHH, Santa Rosa de Chancay, es Bajo en un 60%(30), Medio y Alto en un 20%(10) respectivamente. Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: En los efectos Físicos, Desconocen si un aborto ocasiona cáncer al útero, Asimismo, desconocen que los coágulos de sangre pasajeros se da si te realizas un Aborto, también desconocen si se realizan un aborto crees que perderías algún órgano de tu cuerpo, además de so desconocen al practicarse un aborto que crees tú que te produciría, de igual forma desconocen se da perforaciones al útero si te realizas un aborto, además de ello desconocen que ocasiona Infección al útero un aborto, no saben si les ocasiona esterilidad si te realizas un aborto, tampoco saben si un aborto pueda ocasionar en tu posterior embarazo un hijo con discapacidad

GRAFICA 3

CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL ABORTO EN LAS ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DEL COMITÉ 16 DEL AA.HH. SANTA ROSA CHANCAY 2013



Según los resultados presentados en la Grafica 3, el nivel de conocimiento acerca de los efectos Psicológicos del aborto, en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AAHH, Santa Rosa de Chancay, es Bajo en un 66%(33), Medio en un 20%(10) y Alto en un 14%(7). Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: en los Efectos Psicológicos, Desconocen las consecuencias del aborto, así como que sentimientos genera, asimismo desconocen si les produciría pensamientos negativos, también desconocen si el aborto les produciría actitudes negativas en su entorno social.

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ha: Las adolescentes del Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa de Chancay-2013, tienen un nivel bajo de conocimientos acerca de los efectos físicos y psicológicos del aborto.

Ho: Las adolescentes del Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa de Chancay-2013, no tienen un nivel bajo de conocimientos acerca de los efectos físicos y psicológicos del aborto.

Ha \neq Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 1: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado (X^2)

	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
Observadas	10	12	28	50
Esperadas	17	17	16	
(O-E) ²	49	25	144	
(O-E) ² /E	2,9	1,5	9,0	

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 13,4; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla (X_T^2) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ($X_T^2 < X_C^2$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alterna (Ha).

Siendo cierto que: Las adolescentes del Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa de Chancay-2013, tienen un nivel bajo de conocimientos acerca de los efectos físicos y psicológicos del aborto.

DISCUSION DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

El nivel de conocimiento acerca de los efectos físicos y psicológicos del aborto, en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AAHH, Santa Rosa de Chancay, es Bajo en un 56%(28), Medio en un 24%(12) y Alto en un 20%(10). Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: En los efectos Físicos, Desconocen si un aborto ocasiona cáncer al útero, Asimismo, desconocen que los coágulos de sangre pasajeros se da si te realizas un Aborto, también desconocen si se realizan un aborto crees que perderías algún órgano de tu cuerpo, además de so desconocen al practicarse un aborto que crees tú que te produciría, de igual forma desconocen se da perforaciones al útero si te realizas un aborto, además de ello desconocen que ocasiona Infección al útero un aborto. En los Efectos Psicológicos, Desconocen las consecuencias del aborto, así como que sentimientos genera, asimismo desconocen si les produciría pensamientos negativos, también desconocen si el aborto les produciría actitudes negativas en su entorno social. Coincidiendo con

Monzón (2006) El 75 % de las pacientes estaban comprendidas entre 16 y 30 años. El 26 % conocen las píldoras anticonceptivas, el 24 % las inyecciones anticonceptivas. El 20 % los condones y el resto una minoría de métodos. Dentro de los métodos anticonceptivos naturales, el 34 % respondieron que conocen la amenorrea por lactancia, 31 % el método del ritmo, el 23 % no conocen ningún método natural y 6 % conocen el método del moco cervical. En cuanto a los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, la mayoría no conocen dichos problemas; para la píldora anticonceptiva el 62%, para el condón el 56 %, para las inyecciones anticonceptivas el 53 %, para la T de cobre el 63 %, para la ligadura de trompas y vasectomía el 82 %, no saben sobre los problemas que ocasionan. El 95 % de las entrevistadas han utilizado de 1 a más de 5 métodos anticonceptivos y sólo el 5 % no habían utilizado ningún método. De uso más frecuente fue la píldora anticonceptiva, luego el

condón y después las inyecciones anticonceptivas. Con relación a la eficacia, el 34 % respondieron que son las píldoras, el 27 % las inyecciones, el 18 % los condones, el 6 % la ligadura de trompas y el 5 % la T de cobre y métodos naturales. El 32 % de encuestadas respondieron que aprendieron sobre anticoncepción con sus familiares, 23 % con enfermera, 21 % con el médico, 12 % de otras fuentes y 12 % con amistades.

Coincidiendo además con Córdova López, Gogín Claros y Juárez (2006). Concluyendo:“ Los adolescentes tienen un buen nivel de conocimiento con un 16.7% de actitud positiva y 31 adolescentes tienen un nivel de conocimiento deficiente y una actitud negativa 54.8% Asimismo, 40 adolescentes que recibieron información alguna vez sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar obtuvieron una actitud aceptable del 45%, mientras que 19 adolescentes que no recibieron informaron sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar presentaron una actitud negativa del 52.6%. De 35 adolescentes que tuvieron su primera relación sexual entre los 16 y 18 años 7 tienen un nivel de conocimiento bueno con un 11.7 %, 22 adolescentes tuvieron un Conocimiento regular con un 36.7 %, el 40 % comprendido entre 16 a 18 años, 31 adolescentes Presentan un déficit de conocimientos comprendidos entre los 13 a18 años de edad con un 51.7% De 40 adolescentes que recibieron información acerca de los métodos anticonceptivos y PF, el 71.4 % tuvieron su primera relación sexual entre los 16 y 18 de edad. El 31.7 % que no recibió información sobre los métodos anticonceptivos y planificación familiar tuvieron su primera relación sexual entre los 13 y 15 en un 42.9%. Existe la necesidad de mejorar el conocimiento de aspectos relacionados con la sexualidad entre las adolescentes, fortalecer el papel de la mujer en decisiones de la pareja y del hogar, la formación de promotores escolares líderes que eviten la presión ejercida por los amigos y disminuir las presiones sociales y del ambiente; para una mejor calidad de vida y salud de la adolescente.”

OBJETIVO ESPECIFICO 1

El nivel de conocimiento acerca de los efectos físicos del aborto, en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AAHH, Santa Rosa de

Chancay, es Bajo en un 60%(30), Medio y Alto en un 20%(10) respectivamente. Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: En los efectos Físicos, Desconocen si un aborto ocasiona cáncer al útero, Asimismo, desconocen que los coágulos de sangre pasajeros se da si te realizas un Aborto, también desconocen si se realizan un aborto crees que perderías algún órgano de tu cuerpo, además de so desconocen al practicarse un aborto que crees tú que te produciría, de igual forma desconocen se da perforaciones al útero si te realizas un aborto, además de ello desconocen que ocasiona Infección al útero un aborto, no saben si les ocasiona esterilidad si te realizas un aborto, tampoco saben si un aborto pueda ocasionar en tu posterior embarazo un hijo con discapacidad

Coincidiendo con Fonseca (2005), Concluyendo: “De manera general, es evidente que el grado de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva que poseen las adolescentes de la muestra son deficientes. A pesar de poseer alguna información respecto al embarazo en la adolescencia y sus consecuencias negativas para la vida de la joven; este nivel no se corresponde con el comportamiento asumido y la actitud adoptada para evitar el embarazo o planificar su familia. Las vías o canales de información preferentemente han sido las madres y los maestros de las adolescentes; lo que demuestra la insuficiencia y deficiente labor educativa desarrollada a través de la atención primaria de salud; así como el poco trabajo desarrollado con los círculos de adolescentes. Se evidencia el papel activo y predominante de la madre en cuanto a la participación en la toma de decisiones para la realización del aborto. Asume el papel protagónico tanto en la orientación de la adolescente embarazada, como en las actitudes de comprensión ante el embarazo inesperado y el apoyo para acompañarla al servicio de aborto. Muchas consideran la regulación menstrual como un método de planificación familiar, debido a los escasos riesgos que entraña para la salud de la joven.”.

Coincidiendo además con Chirinos, Bardales, Reátegui, Salazar 2006. Concluyendo: “Que la visión de género de la sexualidad permite evaluar la dinámica del proceso de toma de decisiones para iniciar y mantener relaciones sexuales o para enfrentar el embarazo, por lo que se recomienda utilizar

técnicas cualitativas que complementen las cuantitativas para comprender la complejidad de la sexualidad en los adolescentes “

OBJETIVO ESPECIFICO 2

El nivel de conocimiento acerca de los efectos Psicológicos del aborto, en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AAHH, Santa Rosa de Chancay, es Bajo en un 66%(33), Medio en un 20%(10) y Alto en un 14%(7). Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: en los Efectos Psicológicos, Desconocen las consecuencias del aborto, así como que sentimientos genera, asimismo desconocen si les produciría pensamientos negativos, también desconocen si el aborto les produciría actitudes negativas en su entorno social. Coincidiendo con Elias Garcia(2012) En el estudio se observó que la mitad de los jóvenes tenían relaciones sexuales, comenzando las mismas a edades muy tempranas, con marcada inestabilidad de las parejas; el condón fue el método anticonceptivo más utilizado por ambos sexos. Más de la mitad de las jóvenes había tenido al menos un embarazo, en la mayoría de los casos, interrumpidos. La mayoría tenían conocimientos sobre el SIDA, la gonorrea y la sífilis. La fuente de información sobre temas de sexualidad son los amigos, deseando conocer más sobre otros temas sexuales. Se recomienda seguir profundizando en el programa de atención al adolescente para promover y prevenir la salud de esta generación. Coincidiendo con

Chu (2004), Concluyendo: Su salud reproductiva está en riesgo por los factores sociales de pobreza que los caracterizan y sobre todo por el escaso nivel de conocimientos, las actitudes y la práctica que poseen en sexualidad y anticoncepción, lo cual se puede visualizar en los siguientes indicadores. El %39 de los alumnos con edades entre 10 y 24 años tiene experiencia sexual. El % 22 de las alumnas mujeres tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años y el 85 por ciento antes de cumplir los 20 años. De ellas el % 24 ha tenido por lo menos un embarazo. Casi cuatro de cada diez de estos embarazos han terminado en aborto, de los cuáles sólo el % 12 es declarado

como espontáneo. El % 64 de las jóvenes y el % 46 de los jóvenes declaran no conocer ningún método anticonceptivo. En cuanto al uso sólo tres de cada diez varones usa condón y en las mujeres el uso de cualquier anticonceptivo es prácticamente nulo. De las enfermedades que se adquieren por transmisión sexual sólo el SIDA es conocido por un poco más de la mitad de los alumnos, tanto en su letalidad como en las formas de su contagio. El conocimiento del resto de las ETS no llega ni a uno de cada diez alumnos.

CONCLUSIONES

PRIMERO

El nivel de conocimiento acerca de los efectos físicos y psicológicos del aborto, en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AAHH, Santa Rosa de Chancay, es Bajo. Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: En los efectos Físicos, Desconocen si un aborto ocasiona cáncer al útero, Asimismo, desconocen que los coágulos de sangre pasajeros se da si te realizas un Aborto, también desconocen si se realizan un aborto crees que perderías algún órgano de tu cuerpo, además de so desconocen al practicarse un aborto que crees tú que te produciría, de igual forma desconocen se da perforaciones al útero si te realizas un aborto, además de ello desconocen que ocasiona Infección al útero un aborto. En los Efectos Psicológicos, Desconocen las consecuencias del aborto, así como que sentimientos genera, asimismo desconocen si les produciría pensamientos negativos, también desconocen si el aborto les produciría actitudes negativas en su entorno social. Se comprobó estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 13,4 y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

El nivel de conocimiento acerca de los efectos físicos del aborto, en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AAHH, Santa Rosa de Chancay, es Bajo. Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: En los efectos Físicos, Desconocen si un aborto ocasiona cáncer al útero, Asimismo, desconocen que los coágulos de sangre pasajeros se da si te realizas un Aborto, también desconocen si se realizan un aborto crees que perderías algún órgano de tu cuerpo, además de so desconocen al practicarse un aborto que crees tú que te produciría, de igual forma desconocen se da perforaciones al útero si te realizas un aborto, además de ello desconocen que ocasiona Infección al útero un aborto, no saben si les ocasiona esterilidad si te realizas un aborto, tampoco saben si un aborto pueda ocasionar en tu posterior embarazo un hijo con discapacidad.

TERCERO

El nivel de conocimiento acerca de los efectos Psicológicos del aborto, en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AAHH, Santa Rosa de Chancay, es Bajo. Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas que se señalan: en los Efectos Psicológicos, Desconocen las consecuencias del aborto, así como que sentimientos genera, asimismo desconocen si les produciría pensamientos negativos, también desconocen si el aborto les produciría actitudes negativas en su entorno social.

RECOMENDACIONES

Promover en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AAHH, Santa Rosa de Chancay, realicen actividades de capacitación con este grupo etáreo, en temas relacionados a salud sexual reproductiva y el aborto.

Promover que los profesionales de enfermería planteen y ejecuten actividades educativas dirigidas a los padres de familia y adolescentes sobre el aborto y sus consecuencias en el aspecto físico y psicológico.

Promover en los adolescentes tomar conciencia de la importancia de estar informado sobre esta problemática del aborto y tomar decisiones en promover un estilo saludable y de calidad de vida, a través de charlas orientadoras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Publicado por data sexual en Febrero 19th, 2008 sobre Aborto
2. Aborto: unos niegan y otros dan.bbc ciencia, 08.02.06
3. Encuestas Nacionales, ENDES 2000 Resumen por temas
4. Guamanpoma, organización de la escuela de líderes en el Congreso de adolescencia,2000
5. Juan Massotg, Jaime Vilahurp, diccionario medico laboral para la familia, 5ta Ed. Barcelona, editorial labor.s.a.1977
6. Méndez Álvarez C. E., Algunos Conceptos sobre Conocimiento Científico. Editorial MC Crawl Hill. 3^{ra} edición. Colombia 2001. Pág. 3 – 7
7. Piaget: la formación de la Inteligencia México. 2da Edición. 2.001
8. García Borrón, Juan Carlos (1998), Historia de la Filosofía, tomo II, (Pág. 1035 y sig), Ediciones del Serbal. .
9. Pino Gotuzzo R. Metodología de la investigación: Métodos del conocimiento. Editorial San Marcos. 1^{ra} edición. Lima - Perú 2007. Pág. 47– 48
10. Rojas Soriano R. El proceso de investigación científica: “Los niveles de la construcción del conocimiento científico: el descriptivo, el conceptual y el teórico” 3^a. Edición México –Trillas. Pág. 69 – 77.
11. Ramón Sopena, diccionario enciclopédico ilustrado de lengua española, 1era Ed. 1995.
12. Satelices, L. y col. "Estudio psicométrico de un instrumento para medir conocimiento y grado de percepción de las dimensiones de la sexualidad humana, desde una perspectiva antropológica cristiana". Informe final Proyecto FAC 92/05, Facultad de Educación P. Universidad Católica de Chile, 1993.
13. Sileo, E. (1992). Medicina del Adolescente. Aproximación al Adolescente Sano. Caracas. Programa PROAMA. OPS/UNICEF/OMS/.
14. María Inés Romero, Embarazo, Sexualidad en la adolescencia, módulo Lección 15. 1995
15. Matilde Magdalena, Mabel Munist, salud del adolescente y del joven, 1995

16. Jode Thomosas.s, enciclopedia medica familiar, 8tava Ed, new york, editors press service, inc. 1977
17. Canales, (1999) libro de metodología de investigación. México, editorial MC graw-Hill (2003).
18. R.I. Wesley, teorías y modelos de enfermería, editorial MC crawl-Hill (1999).
19. María Del Pino, diccionario Lexus 2007, editorial mosby (2002).
20. Marriener Romeo, Raule Alligood, Modelos y Teorías de Enfermería
21. Jm Duart, a Sangra - ciencia, docencia y tecnología, editorial mc crawl- Hill (1997).
22. Perú. Ministerio de salud, el aborto en los establecimientos d e salud del Perú 1980.
23. Semana de los adolescentes por una juventud sana comprometida con su desarrollo, ministerio de salud, Pathfinder, internacional.2000.
24. Pino Gatuzzo, Raúl, metodología de la investigación 1era edición Perú san marcos 2007.
25. Naghi, Noh AMMAD, metodología de la investigación, 2da edición México, Limusa, 2006.
26. Hernández Sampieri R, Fernández Colludo c, Baprista Lucio p. metodología de la investigación, 4ta edición. México, Mcgrawhill, 2006

ANEXOS

CUESTIONARIO ESTRUCTURADO

PRESENTACIÓN

Estimadas Srtas. La presente encuesta tiene por objetivo medir el nivel de conocimiento acerca del aborto.

Es de carácter anónimo, por favor responder según su criterio, con honestidad y seriedad.

INSTRUCTIVO

* El cuestionario consta de 20 preguntas las cuales deben leer detenidamente cada una de ellas, marca con un aspa (x) la alternativa que creas la correcta.

I.- DATOS GENERALES

- Edad.....Domicilio.....

- **Procedencia:**
Costa Sierra Selva

- **Trabaja:**
Sí No

II.- DATOS ESPECÍFICOS

EFECTOS FISICOS

1. ¿Un aborto ocasiona cáncer al útero?

- Si
- No
- No se

2. ¿crees Tú, que los coágulos de sangre pasaje ros se da si te realizas un Aborto?

- Si
- No
- No se

3. ¿si te realizaras un aborto crees que perderías algún órgano de tu cuerpo como:

- Ovarios, útero
- Riñón, Vejiga,
- Ningún órgano

4 ¿Al practicar un aborto que crees tú que te produciría?

- Hemorragias “pérdida de sangre” consecutivamente
- Poliuria” Más frecuencias para orinar”
- Nada

5. ¿Se da perforaciones al útero si te realizas un aborto?

- SI
- No
- No se

6. ¿crees tú, que ocasiona Infección al útero un aborto?

- Si
- No
- No se

7. ¿te ocasiona esterilidad si te realizas un aborto?

- Si
- No
- No se

8. ¿crees tú, que un aborto pueda ocasionar en tu posterior embarazo un hijo con discapacidad?

- Si
- No
- No SE

9. El practicarse un aborto puede generar estados de:

- Shock
- Deshidratación
- Desnutrición

10. ¿crees tú, que un aborto produce?

- Trastornos menstruales (irregularidad en tu regla)
- Trastornos digestivos (nauseas, vómitos, diarrea)
- Ningún efecto

11. Al realizarte un aborto podrías perder:

- La vida
- La vergüenza
- La preocupación

EFFECTOS PSICOLOGICOS

12. ¿Disminuye la capacidad de estudiar un aborto?

- Si
- No
- No Se

13. El aborto podría generar:

- Instintos maternales frustrados
- Instintos de tener más hijos
- Ninguna de las anteriores

14. El aborto podría conllevarte a tener:

- Impulsos suicidas
- Impulsos de vivir más la vida
- Ninguna de las anteriores

15. ¿Crees tú, que el aborto podría generarte desconfianza en:

- Tú toma de decisiones
- Ir a una fiesta
- Confianza en sí misma

16. ¿El aborto genera sentimientos de:

- Culpabilidad
- Alivio
- Ningún sentimiento

17. El aborto produce:

- Remordimiento
- Sensación de seguridad en sí misma
- Despreocupaciones

18. Al provocarte un aborto podrías vivir pensando en:

- Por la muerte del bebe
- Por los amigos
- Por la sociedad “en el que dirán”

19. El aborto te podría generar:

- Ira/rabia
- Felicidad
- Ninguna de las anteriores

20. El aborto podría ocasionarte:

- Daños emocionales como (llantos, suspiros o insomnio)
- Seguridad en sí misma
- Sentimiento de alivio

Gracias

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	VARIABLE	Dimensiones	INDICADORES	Población y muestra
¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca de los efectos físicos y psicológicos del aborto, en las adolescentes de 15 a 19 años del Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa Chancay 2013?	Objetivo general OBJETIVO GENERAL: Identificar el nivel de conocimiento acerca de los efectos físicos y psicológicos del aborto, en las adolescentes de 15 a 19 años del	GENERAL Las adolescentes del Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa de Chancay- 2013 .tienen un nivel bajo de conocimient	NIVEL DE CONOCIMIENTO	Conocimiento acerca de los efectos físicos de aborto	1. Cáncer del útero	Población: Los estudiantes menores de 3 a 5 años de la Institución educativa _____ de Chosica.
					2. Coágulos de sangre pas	
					3. Perdida de otros órganos	
					4. Hemorragia.	
					5. Útero perforado.	
					6. Infecciones.	
					7. Esterilidad.	
				Conocimiento acerca de los efectos psicológicos de aborto	8. Posterior embarazo pu	
					9. Trastornos menstruale	
					10. Shock	

	<p>Determinar el nivel de conocimiento acerca de los efectos psicológicos del aborto en las adolescentes de 15 a19 años del Comité 16 del AA.HH. Santa Rosa Chancay 2013</p>					
--	---	--	--	--	--	--

