



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

**“FACTORES SOCIOECONOMICOS Y ACTITUDES DEL
ADOLESCENTE SOBRE PATERNIDAD RESPONSABLE EN EL
COLEGIO JEAN HARZIC HUNTER, AREQUIPA - 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA**

BACHILLER: YDME GUZMAN, YUDITH

AREQUIPA – PERÚ

2017

**“FACTORES SOCIOECONOMICOS Y ACTITUDES DEL
ADOLESCENTE SOBRE PATERNIDAD RESPONSABLE EN
EL COLEGIO JEAN HARZIC HUNTER, AREQUIPA - 2014”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la relación que existe entre factores socioeconómicos y actitudes del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 80 Adolescentes, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario de alternativa múltiple de 18 ítems, organizado por las dimensiones: Cognitiva, afectiva, conductual. 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 R de Pearson con un valor de 0,933 y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$

CONCLUSIONES:

Los factores socioeconómicos de los adolescentes del Colegio Jean Harzic Hunter de Arequipa, de nivel Bajo tienen un nivel de actitudes sobre paternidad responsable de rechazo, los que tienen factores socioeconómicos de nivel Medio tienen un nivel de actitudes sobre paternidad responsable de Indiferencia y los adolescentes con factores socioeconómicos de nivel alto tienen a su vez actitudes sobre paternidad responsable de Aceptación. Estos resultados nos indican que existe relación entre los factores socioeconómicos y las actitudes de los adolescentes sobre paternidad responsable.

PALABRAS CLAVES: *Factores socioeconómicos, actitudes del adolescente, paternidad responsable, cognitiva, afectiva, conductual.*

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between socioeconomic factors and adolescents' attitudes towards responsible parenting at the Jean Harzic Hunter College, Arequipa - 2014. It is a cross-sectional descriptive research, with a sample of 80 adolescents. Information retrieval was used a multiple choice questionnaire of 18 items, organized by the dimensions: Cognitive, affective, behavioral. The validity of the instrument was performed by the test of concordance of the expert judgment obtaining a value of (0.871); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.913). The Hypothesis test was performed using the Pearson R statistic with a value of 0.933 and a significance level of p value <0.05

CONCLUSIONS:

The socioeconomic factors of adolescents at Arequipa's low-level Jean Harzic Hunter School have a level of attitudes about responsible parenthood of rejection; those with medium-level socioeconomic factors have a level of attitudes about responsible paternity of Indifference and adolescents with High-level socioeconomic factors also have attitudes about paternity responsible for Acceptance. These results indicate that there is a relationship between socioeconomic factors and adolescents' attitudes towards responsible parenthood.

KEY WORDS: *Socioeconomic factors, adolescent attitudes, responsible, cognitive, affective, behavioral parenting.*

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

2

1.3. Objetivos de la investigación

3

1.3.1. Objetivo general

3

1.3.2. Objetivos específicos

3

1.4. Justificación del estudios

3

1.5. Limitaciones

4

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

5

2.2. Base teórica

11

2.3. Definición de términos

55

2.4. Hipótesis

55

2.5. Variables

56

2.5.1. Definición conceptual de las variables

56

2.5.2. Definición operacional de las variables

56

2.5.3. Operacionalización de la variable

57

CAPITULOIII: METODOLOGIA	58
3.1. Tipo y nivel de investigación	58
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	59
3.3. Población y muestra	59
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	60
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	61
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	62
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	67
CAPÍTULO V: DISCUSION	71
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La adolescencia en la actualidad se ha vuelto más vulnerable frente a los cambios agigantados que se presentan en la sociedad, desde la composición de sus familias, nuevas amistades, avances tecnológicos, estilos de vidas, entre otros.

El embarazo adolescente es una de las variantes que se presenta con mayor frecuencia en la sociedad, por lo que se le debe dar mayor importancia en la salud pública, considerando que la salud reproductiva se debe dar en un ambiente de bienestar físico, mental y social, indistintamente del género ambos actores son quienes deberían asumir la responsabilidad, por ello es de gran importancia conocer cuáles son los factores socioeconómicos y las actitudes que reflejan los adolescentes frente al tema de paternidad responsable.

Generalmente, la reproducción del ser humano está centrada solo en la mujer, ya que ellas son quienes llevan el embarazo, desligando en muchos casos al hombre con el que se realizó el acto; se pueden apreciar estadísticas de madres adolescentes, sin embargo no existen índices sobre hombres que asumen la paternidad junta o separada de la madre. Adolescentes de distintas partes del mundo reflejan que al ser padres en su etapa adolescente, presentan cierta desorientación, falta de conocimiento, inseguridad, estrés, entre otras. Sin embargo este tema no se aborda con tanta intensidad en los colegios, ya que se aún existen muchos tabúes sobre la sexualidad y esto limita de alguna forma la labor que desarrollan las enfermeras en la prevención y promoción de la salud dando información sobre los métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, entre otros, tomando en consideración la información previa que obtienen por su entorno social.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La paternidad en adolescentes viene siendo un tema de gran importancia, a nivel global los adolescentes inician su actividad sexual a partir de los 13 14 años, sin una adecuada orientación en el cuidado, protección o prevención de embarazos, enfermedades de transmisión sexual o VIH, Según datos la Organización Mundial de la Salud, cada año alrededor de 16 millones de adolescentes se embarazan, el 90% de ellos ocurre en países en desarrollo, de los cuales el 38% son de America latina y el caribe.

La paternidad es fuertemente asociada con la desigualdad, pobreza, inequidad de género, entre otras. En el caso de las mujeres adolescentes tiene el doble de riesgo que las mujeres de 20 a 30 años que están gestando, por el lado de los varones no sienten el riesgo directamente pero si la presión de familiares y amigos frente a las responsabilidades que se avecinan con el nuevo ser que está por nacer.

En el Perú los adolescentes representan el 11.4% de la población total, siendo esta la cifra de 3.490,954 adolescentes para el año 2013. En La Libertad la población adolescente un total del 776 873 para el año 2013. Un 72,3% de ellos, tuvo como promedio de inicio de la relación sexual entre los

15 a 19 años de edad y el 11,5% entre los 12 a 14 años edad, según la Encuesta Nacional de la Juventud. Trece de cada 100 mujeres peruanas entre los 15 y 19 años de edad son madres o están embarazadas por primera vez, según el último informe del Instituto Peruano de Paternidad Responsable. Las mujeres entre los 15 y 19 años hemos estado embarazadas en un 13%. Entre los hombres de la misma edad menos del 1% son padres. La estadística se incrementa en los lugares más pobres y alejados de la capital. Tal es el caso de Loreto, en donde 30 de cada 100 adolescentes también estuvo en gestación.

Por lo expuesto anteriormente, se considera de gran relevancia la presente investigación ya que se busca determinar los factores socioeconómicos y actitudes del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter de Arequipa – 2014.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación que existe entre factores socioeconómicos y actitudes del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa - 2014?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS:

¿Cuál es la relación que existe entre factores socioeconómicos con la actitud cognitiva del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014?

¿Cuál es la relación que existe entre factores socioeconómicos con la actitud afectiva del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014?

¿Cuál es la relación que existe entre factores socioeconómicos con la actitud conductual del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre factores socioeconómicos y actitudes del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar la relación que existe entre factores socioeconómicos con la actitud cognitiva del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014.

Identificar la relación que existe entre factores socioeconómicos con la actitud afectiva del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014.

Identificar la relación que existe entre factores socioeconómicos con la actitud conductual del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014.

1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

El proyecto de investigación es de suma importancia, ya que permite realizar un análisis crítico de la realidad, que busca alternativas de solución para contribuir al desarrollo de programas, estrategias y políticas que puedan afrontar esta problemática, tomando en conocimiento que la sexualidad tiene un rol importante en el ser humano, sobre todo en la adolescencia donde el cuerpo está atravesando diversos cambios que repercutirán en su desarrollo

para cuando lleguen a su etapa adulta, uno de ellos es el ser padres, por lo que esta investigación será de gran aporte a los profesionales de enfermería, ya que ellos son quienes proporcionan información, ejecutan y promueven las campañas de prevención sobre sexualidad con la finalidad de contrarrestar la propagación de enfermedades de transmisión sexual, VIH, embarazos no deseados, entre otras.

Este proyecto de investigación se realiza con la finalidad de contribuir al bienestar familiar, social y gubernamental de nuestro país, inspirando a otros para lograr una réplica a nivel nacional, esta información también podrá ser considerada para contrastar datos en futuros proyectos de investigación para alumnos de enfermería, profesionales del sector salud y autoridades de las localidades, etc.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

- Poco tiempo para aplicar la entrevista, ya que en algunos casos no disponían de tiempo.
- La distancia desde mi centro laboral hasta el lugar de la investigación.
- La falta de cooperación de algunos estudiantes.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

LOPEZ POVEDA, Jenny Elizabeth, Realizaron la investigación titulada “Factores sociales influyen en la asunción de la paternidad responsable de los adolescentes entre 15 y 18 años usuarios del Centro de Salud Nro. 10 de la Ciudad de Guayaquil”, Ecuador – 2012. La investigación fue realizada desde el diseño no experimental, descriptivo, fenomenológico transversal, bajo la metodología cualitativa - cuantitativa, de muestreo no probabilísticos de sujetos tipo, los instrumentos en los que nos apoyamos son entrevista, cuestionario e inventario de estrategias de afrontamiento, bajo la línea teórica cognitivo conductual. La población de estudio estuvo compuesta por 10 adolescentes varones entre 15 y 18 años, que son padres biológicos usuarios del centro de Salud N° 10 de la ciudad de Guayaquil. Los principales resultados y conclusiones señalan que la paternidad adolescente es un tema poco difundido y escasamente estudiado. El medio socio culturán no aporta herramientas

necesarias a los adolescentes para afrontar la paternidad de manera responsable, que los adolescentes no poseen información adecuada sobre salud sexual reproductiva y paternidad responsable, por lo que se considera necesario que la paternidad adolescente sea considerada como un problema de salud pública y que se creen programas de educación sexual en los cuales se incluya a padres, educadores y profesionales, ya que es necesario cambiar los estereotipos culturales, para educar a los adolescentes desde una mirada científica y que conozcan los riesgos a los que se enfrenta al tener una vida sexual activa sin protección, las consecuencias que puede tener el convertirse en padre a una edad inadecuada y a las responsabilidades a las que se enfrentan. ⁽¹⁾

GONZALES RUGEL, Elva María; IÑIGUEZ IBARRA, Walter Gerardo, Realizaron un estudio titulado “Percepciones sobre maternidad y paternidad en adolescentes hombres y mujeres, el caso de cuatro colegios del cantón Cuenca, período 2009 - 2010”, Ecuador 2009 - 2010. Esta investigación apunta a comprender la construcción subjetiva de madres y padres adolescentes, en cuanto a su maternidad y paternidad. En este sentido, se busca adquirir un conocimiento que acaezca de las propias experiencias y procesos internos que vivencian los y las adolescentes, como aporte en la generación de nuevas estrategias para apoyar y hacer frente al desafío de asumir las responsabilidades de ser madre y padre, considerar las percepciones, creencias, deseos y afectos que se han ido construyendo al respecto de la paternidad y maternidad e intentar comprender cómo estas se interiorizan en los y las adolescentes y de qué manera influyen en su práctica. El proceso se llevó a cabo, a partir del discurso narrativo de las y los adolescentes de 16 a 18 años de edad, pertenecientes a cuatro colegios del Cantón Cuenca,

la metodología utilizada fue mixta: Cualitativa y Cuantitativa, mediante la técnica de la Encuesta y de la entrevista no estructurada, para poder determinar el nivel de incidencia social, cultural y simbólica acerca de asumir el rol reproductivo en hombres y mujeres adolescentes y la persistencia de percepciones tradicionales acerca de la maternidad y paternidad. ⁽²⁾

DE JESUS REYES, David; CABALLERO GARZA, Martha Leticia; Realizaron la investigación titulada “Paternidad adolescente y transición a la adultez, Una mirada cualitativa en un contexto de marginación social”, México – 2011. El objetivo de esta investigación fue conocer las vivencias y los significados que tiene la paternidad en el trayecto de vida de varones adolescentes, en un contexto urbano-marginal del Estado de Nuevo León. La investigación fue realizada desde el paradigma cualitativo, bajo la línea teórica del construccionismo social. La población de estudio estuvo compuesta por varones menores de 19 años que ya tuvieron por lo menos un hijo y que asistían a las Clínicas de Salud del Gobierno del Estado. Se realizó una entrevista grupal a 4 varones y posteriormente 12 entrevistas a profundidad. El análisis de la información fue inductivo a partir de la teoría fundamentada. Se encontró en este contexto que los significados que los varones adolescentes dan a la paternidad, tienen que ver con sus experiencias de vida, haciendo referencia a la idea de responsabilidad y ruptura. La responsabilidad como construcción social, tiene que ver con el desempeño de actividades de un buen padre, imaginariamente con la protección económica, el cuidado, la atención de los hijos y de la pareja. Por otro lado la ruptura, hace referencia a una escisión de su adolescencia, donde la paternidad le permite al varón transitar y reconocerse simbólicamente como adulto. ⁽³⁾

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

FLORES TEJADA, Mariel Edith, Realizo la investigación titulada “Conocimientos, prácticas sexuales y actitud del adolescente hacia la sexualidad responsable y embarazo precoz”, Lima - 2012, el cual tuvo como objetivo: Determinar si existe relación entre el nivel de Conocimientos, Actitudes hacia la Sexualidad y Prácticas sexuales Responsables con el riesgo de embarazo precoz de los Adolescentes de 3ro, 4to y 5to de secundaria del Colegio Julio C. Tello. Metodología: El estudio, es de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal, de nivel aplicativo, a la vez, No probabilística de tipo intencional, escogiendo de esa manera a los participantes correspondientes de la muestra, siendo 180 alumnos y el instrumento que se utilizó fue a través de un cuestionario con 10 preguntas para el nivel de conocimientos, 3 preguntas sobre prácticas sexuales, la escala de Likert para medir las Actitudes con 19 preguntas, y 1 pregunta abierta sobre el significado de tener un hijo a temprana edad, siendo los datos procesados para obtener los resultados correspondientes. Resultados: El nivel de Conocimientos de los Adolescentes es de nivel regular. Las actitudes de los Adolescentes en mayor porcentaje son indecisas, con Pensamientos Favorables hacia su sexualidad y el menor porcentaje de alumnos Conductas Indecisas 38.9%. La gran mayoría de los Adolescentes, aún no tienen relaciones y un 30% ya las tiene, siendo el promedio de edad entre 15-16 años, donde predomina el sexo masculino. Los Adolescentes que tienen un nivel de Conocimiento de medio a bajo, tienen mayores prácticas sexuales. El sexo femenino en mayor porcentaje no se protege. El mayor porcentaje de Alumnos, refirieron que tener un hijo a temprana edad en primer lugar significa Tener más responsabilidad y madurez en esa nueva etapa de su vida. ⁽⁴⁾

FLORES SAMANIEGO, Pilar Lourdes; SABADUCHE SUAREZ, Gloria Azucena, Realizaron la investigación titulada: “Conocimiento y actitud de las estudiantes de enfermería en relación a la paternidad responsable” Lima - 2014. El objetivo del presente trabajo de investigación es: Determinar el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza acerca de la paternidad responsable y los métodos anticonceptivos naturales. Metodología: El estudio fue de enfoque cuantitativo y de diseño cuantitativo, se realizará en la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma, la población estuvo constituida por 250 estudiantes de enfermería, se estudió el total de la población. Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario que consta de tres partes; la primera corresponde a datos generales, segunda información de conocimiento que consta de 20 preguntas y actitud 15 enunciados con escala de likert, en todo momento se respetaran los principios éticos de la investigación. El análisis de los datos se realizó aplicando la estadística descriptiva mediante el uso de la hoja de cálculo Excel 2010 y paquete estadístico SPSS versión 20. Resultados: Las estudiantes de enfermería tienen un nivel de conocimiento medio acerca de la paternidad responsable 70%, nivel alto 22% y nivel bajo 8%. Respecto a las dimensiones es de nivel medio según conceptos generales 78%, igualdad de género 82% y métodos naturales 70% y de nivel alto en relación al cuidado de la salud reproductiva VII 63%. La actitud hallada fue de indiferencia hacia la paternidad responsable en 66%, actitud de rechazo 19% y aceptación 15%, según las dimensiones cognitiva 69%, afectiva 56% y conductual 68% de indiferencia. Conclusión: Las estudiantes de enfermería tienen sobre la paternidad responsable un nivel de conocimiento medio y una actitud de indiferencia ⁽⁵⁾

MUCHCCO ANANPA, Leydy Vanessa, Realizo la investigación titulada “Conocimientos, Actitudes y Comunicación Familiar frente al inicio temprano de las relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de dos instituciones educativas nacionales. 2012.” Lima - 2012. El presente estudio tuvo como objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y comunicación familiar frente al inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de dos instituciones educativas nacionales. Año 2012. Material y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal, compuesta por 230 estudiantes adolescentes que cursaron el tercero, cuarto y quinto año de secundaria de las instituciones educativas nacionales César Vallejo y Juan de Espinosa Medrano. Se aplicó tres cuestionarios; el primero que mide conocimientos sobre sexualidad, el segundo que mide actitudes frente a la sexualidad, y el tercero que mide comunicación familiar. Estos datos fueron analizados y tabulados en tablas y gráficas del programa SPSS15. Se utilizó el Chi cuadrado para medir asociación a un nivel de significancia estadístico menor a 0.05. Resultados: El 71% de los escolares tenían 15 años de edad, encontrándose en la I.E. César Vallejo una media de 15.1 ± 1.12 años y en la I.E. Juan de Espinosa Medrano una media de 15.5 ± 1.20 años. El sexo femenino prevaleció con el 53.0%. Según el año de estudio la mayor población fue de 5to. Secundaria (40.0%). Con respecto a los conocimientos se halló diferencias que no fueron estadísticamente significativas, pero hubo predominio de la calificación regular (puntaje mayor o igual a 4.3 y menor a 6.6). Asimismo, los datos encontrados en la evaluación de actitudes no fueron significativos, sin embargo el 59.1% mostró una actitud regular. Frente a la comunicación familiar, en relación a la madre se reportó la prevalencia de una regular comunicación evitativa (56.5%), y se obtuvo diferencias significativas en la comunicación abierta y evitativa en ambos colegios; en relación al padre se determinó que la

comunicación abierta predominó de forma regular (52.2%). Conclusiones: Los estudiantes adolescentes de ambos centros educativos muestran una calificación regular en los conocimientos, actitudes y comunicación familiar frente al inicio temprano de las relaciones sexuales, por lo que se requiere la mejora y el fomento de estrategias en la Educación Sexual tanto en los colegios como en la dinámica familiar. ⁽⁶⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

Walley nos dice que la adolescencia es un periodo que comprende entre los 11 a los 19 años, es considerado un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta; un periodo de madurez física, cognitiva, social y emocional, mientras el niño se prepara para ser hombre y la niña se prepara para ser mujer, presentándose desafíos especiales de adaptación. Con el ímpetu de sus cambios internos y las presiones de la sociedad, los niños deben progresar hacia la independencia emocional de sus padres, considerar proyectos de independencia económica y aprender el significado de una relación heterosexual más íntima. Aprenden a trabajar con compañeros de su misma edad en intereses comunes, a subordinar las diferencias personales en pos de un objetivo común y convertirse en personas responsables que controlan sus vidas y que saben quiénes son, en relación con el mundo. ⁽⁷⁾

Durante la etapa de la adolescencia vemos ciertas características en el crecimiento y desarrollo del adolescente: ⁽⁸⁾

a) Características anatomo-fisiológicas: se deben principalmente a la actividad hormonal, bajo la influencia del sistema nervioso central. La

diferencia física entre los sexos queda definitivamente establecida por la maduración de las características sexuales primarias, es decir, los órganos internos y externos que llevan a cabo las funciones reproductoras (por ejemplo los ovarios, el útero, el pecho y el pene), y la aparición de las características sexuales secundarias, como resultado del cambio hormonal (por ejemplo, alteración en la voz, el desarrollo del vello facial y puberal y los depósitos de grasa); estas últimas no desempeñan un papel directo en la reproducción. En esta etapa se hace presente la menarquía, la primera menstruación, en la mujer y las primeras eyaculaciones en el varón, también empiezan a experimentar sensaciones como la masturbación.

b) Características psicosociales del adolescente: según Erikson el adolescente pasa por la etapa del desarrollo del sentido de su identidad, aquí se menciona tres aspectos importantes que son la identidad de grupo, la identidad individual, Y la identidad del rol sexual, así mismo existen otros elementos que forman parte del desarrollo psicosocial del adolescente y estos son: ⁽⁹⁾

✚ Relaciones con los padres durante la adolescencia, la relación padre-hijo evoluciona de una protección-dependencia a otra de afecto mutuo e igualdad. El proceso de adquisición de independencia acarrea con frecuencia confusión y ambigüedad. Por una parte, se acepta a los adolescentes como pre adultos, en proceso de maduración, se les permiten los privilegios hasta ahora denegados y se le dan cada vez más responsabilidades. Un ejemplo característico de ello los constituye la lucha entre los padres y los adolescentes acerca de la hora de llegar a casa por la noche.

✚ Relaciones con los amigos, aunque la influencia paterna continúa siendo la más importante en la vida del adolescente, en la mayoría

de los casos los amigos asumen un papel más relevante durante este periodo que el que tuvieron en la infancia. Los adolescentes, por lo general, son sociales, gregarios y tienen mentalidad de grupo. Por tanto, el grupo de amigos influye de forma notable en la autoevaluación de los jóvenes y su conducta. Para ganar la aceptación del grupo, los adolescentes más jóvenes tienden a ajustarse por completo a él. El colegio, como foco de vida social, es también importante desde el punto de vista psicológico para los adolescentes, quienes por lo común se distribuyen a una jerarquía social relativamente predecible; saben a qué grupo pertenecen ellos y los demás.

- ✚ Relaciones heterosexuales Durante la adolescencia, las relaciones con los miembros del sexo opuesto adquieren un nuevo significado. Primero, lo normal es que comiencen las citas de grupo, casi siempre para actividades escolares organizadas; por ejemplo, un grupo de niñas queda con otro de chicos para realizar alguna tarea. Después comienzan las citas de dos o tres parejas y a continuación las de una sola. El tipo y grado de seriedad de las relaciones heterosexuales varía. El estadio inicial es casi siempre no comprometido, extremadamente variable y pocas veces caracterizado por una unión romántica fuerte. Cuando se inicia la etapa intermedia de la adolescencia, periodo en el que a menudo se desarrolla la capacidad sexual, los jóvenes sienten con frecuencia la necesidad de probar la fuerza de su sexualidad con numerosas proezas y conquistas. ⁽¹⁰⁾

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 secreto a ser

guardado por el silencio adulto. (Manual de medicina de la adolescencia). La mayoría de adolescentes vive su sexualidad con angustia, confusión, ambivalencia y culpa, no solo por el desconcierto que sienten frente a los cambios que experimenta su cuerpo y por la mayor intensidad de sus impulsos sexuales, sino sobre todo por la forma en que es concebida la sexualidad. (Educación en sexualidad para jóvenes y adultos). Dentro de la sexualidad en el adolescente nos mencionan dos puntos importantes:

(11)

- a) Masturbación y relaciones sexuales: se dice que la intensidad de los Impulsos sexuales, junto con la necesidad de contacto y descubrimiento de sí mismo/a y del otro, se expresan en diferentes tipos de comportamiento, como la masturbación y las relaciones sexuales adolescentes. La Masturbación, es uno de los aspectos de la sexualidad sobre el que se ha difundido mayor cantidad de ideas erróneas. La masturbación es una práctica personal y privada, común en ambos sexos, que se presenta desde la niñez cuando se exploran los propios genitales. No causa ningún daño físico ni mental, ni es por si misma señal de anormalidad. Cuando va acompañada de sentimientos de temor y culpa debidos a una inadecuada educación sexual, puede causar mucho sufrimiento en el/la adolescente. Las Relaciones sexuales en la adolescencia, son uno de los aspectos de la sexualidad más temidos por los adultos y también por los propios adolescentes. En el caso de los adolescentes, porque van a tener que enfrentarse a una experiencia nueva rodeada de misterios y deseo, que está relacionada con la imagen de sí mismo/a, la afirmación de la identidad y el desarrollo personal.

- b) Sexualidad en el adolescente y doble moral: la vivencia de la sexualidad no es la misma para hombres y mujeres reciben mensajes diferentes y opuestos a ese respecto. Mientras se reprime la sexualidad en la púber y se le induce al recato y la mojigatería, se estimulan de manera exacerbada las expresiones de sexualidad en el varón. Así, en la adolescencia, el chico que aún no ha tenido relaciones sexuales será presionado por el grupo e incluso por su padre para empezar a tenerlas, porque de otro modo se dudará de su virilidad. En el caso de la mujer, los controles se intensifican para cuidar de manera falsa su integridad. Esta integridad está relacionada con el cuidado de la virginidad, cuando en realidad el honor de una mujer está vinculado a sus valores morales y no con la conservación o no de la virginidad. ⁽¹²⁾

La Responsabilidad, ligada con la libertad, es inseparable debido a que solo una persona con una libertad absoluta puede responder a sus actos, ya sean buenos o malos. La Libertad es el poder que tiene el hombre de obrar o de no obrar según su voluntad, además nosotros los seres humanos somos los únicos poseedores de la misma.

A partir del desarrollo de la razón, la persona comienza a tener libertad excepto que la misma sea obstruida, y este desarrollo se hace responsable de sus acciones. En cada una de esas acciones que se hacen libremente, la elección entre el bien y el mal está implicada, y según la elección la responsabilidad del acto será mayor o menor. ⁽¹³⁾

Por ejemplo. Si un niño no hizo su tarea por que quiso salir a jugar, ese niño no está siendo suficientemente responsable y debe aceptar las consecuencias, que podría ser una mala nota. En este caso el

niño eligió salir a jugar y no hacer la tarea, eligió el mal sobre el bien y eso se llamaría una falta de responsabilidad. Una persona es responsable cuando:

- Hace las cosas sin que nadie se las diga dos veces.
- Cuando cumple con sus obligaciones.
- Cuando es obediente.
- Cuando llega a clase puntualmente.
- Cuando ayuda en las tareas de casa.

Por otra parte la responsabilidad no es solo el hecho de elegir, lo más importante, es elegir el bien ante el mal, pero si elegimos la segunda, hacer el mal, habrá una falta de responsabilidad sobre nuestra elección, y esto lo debemos pagar con un precio que puede ser elevado o pequeño según la maldad de nuestro acto. Todo acto que hagamos trae sus consecuencias, las cuales pueden ser buenas o malas dependiendo de la responsabilidad que le entreguemos al acto. Pero cuando nosotros actuamos con responsabilidad, muy seguramente las consecuencias del acto serán buenas. Por otra parte no es de extrañar que los chicos busquen desde muy jóvenes incluir la actividad sexual como parte de sus relaciones de pareja; pero ojo, esto no quiere decir que estén listos para un noviazgo serio y comprometido. ⁽¹⁴⁾

Cuando un galán con el que sale una chica le pide sexo, puede muy bien ser que eso sea lo único que está buscando: pasar un buen rato en la cama, antes que buscar una comunicación más profunda o estrechar los vínculos amorosos entre los dos. Así mismo se sabe que hay hombres capaces de decir cualquier cosa para lograr lo que quieren, mientras hay otros que realmente aman y para quienes

llevar la relación a la intimidad implica hacerla más fuerte y significativa. Esto muestra una irresponsabilidad por parte de los jóvenes adolescentes respecto a la vivencia de su sexualidad.

Para otros autores la Responsabilidad está dada por el conocimiento que tienen los adolescentes para entender lo que necesitan: necesitan aptitudes y confianza en sí mismos para abstenerse o reducir riesgos. ⁽¹⁵⁾

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL VIH/SIDA.

Las Infecciones de transmisión sexual guardan estrecha relación con la salud reproductiva en el hombre. Entre esas infecciones se encuentran las ocasionadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B, entre otras. El VIH, epidemia de la actualidad, es un grave problema de salud en todo el mundo. Tiene, además, grandes efectos sobre la salud reproductiva en general. Las Infecciones de transmisión sexual o ITS, antes denominadas venéreas, son Infecciones transmisibles con contacto sexual sin casi excepción. Estas Infecciones poseen una valoración social especial. Aquí nombramos las Infecciones de transmisión sexual más castigadas por la sociedad: sífilis, chancro, chancroide, uretritis no gonocócica, Tricomoniasis, candidiasis y el herpes genital. Se trata de explicar las más comunes para saber los grandes riesgos que se corren al tener relaciones sexuales sin protección. ⁽¹⁶⁾.

Sífilis: Es causada por una bacteria llamada “*treponema palidum*”, generalmente se transmite por las mucosas. La vagina y el glande son las puertas de entrada más frecuentes, aunque se han visto casos en los que entra por heridas. En la sífilis temprana sintomática

(ya que también existe sífilis tardía) se presenta el famoso chancro. Es considerada como una infección bacteriana. Se encuentra dentro de las primeras enfermedades de transmisión sexual descritas. Su tratamiento con antimicrobianos es eficiente pero su efectividad depende de una detección temprana. La sífilis causa graves consecuencias para la función reproductiva del hombre. Al infectar a la mujer puede provocar severos daños congénitos en el bebé en órganos vitales como el cerebro y el corazón. El control higiénico sanitario, evitar la promiscuidad, adicciones y hábitos negativos en el vestir, una correcta alimentación, entre otras medidas son fundamentales para lograr una correcta salud reproductiva ⁽¹⁷⁾.

Gonorrea: Conocida también como blenorragia. Es causado por “neisseria gonorrea”. Es la inflamación de las estructuras en las que penetra. Puede ser la uretra o la vagina y cuello uterino. Pero también, se han visto casos en el recto o en la cavidad oral. Se combate oportunamente con antibióticos, pero no tratada provoca infertilidad. Se expande a través del sistema reproductor masculino por medio de la uretra y provoca alteraciones en la próstata, vesículas seminales y el epidídimo. ⁽¹⁸⁾

Tricomonirosis: Es causada por un parásito llamado “trichomonas vaginales o tricomonas” y se transmite por el contacto sexual, aunque ocasionalmente es transmitido por medio del contacto de toallas altamente contaminadas. Esta enfermedad también se presenta en los niños a causa de las violaciones.

Candidiasis: Es producida por hongos generalmente el “cándida albican”. La mayoría de veces se transmite por contacto sexual, pero no se considera exactamente como una ITS.

Herpes genital: Se produce por un virus llamado como su nombre. Casi en un 95% de veces, es transmitido por contacto sexual. Sus síntomas son: la aparición de granitos o vejigas muy juntas.

Uretritis no gonocócica: Es la inflamación de la uretra, conocida también como uretritis inespecífica. Se transmite por contacto sexual y sus síntomas son como los de la gonorrea pero más leves.

Chancroide: Es producida por una bacteria llamada “Haenophiles ducrey”. Se presenta una lesión en el pene o en la vagina semejante a una ampolla.

SIDA: enfermedad incurable y fatal que se transmite por contacto de algún líquido corporal infectado con otro (intercambio de sangre, semen o flujo vaginal). Los primeros síntomas son: fiebre y sudoración nocturna, nódulos linfáticos inflamados el menos en tres lugares del cuerpo: pérdida de peso; diarrea crónica, disminución del número de glóbulos blancos.

COMO PREVENIR LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

En la actualidad se observa con preocupación el incremento del inicio precoz de la actividad sexual, lo que es un fenómeno complejo de analizar por su multicausalidad, sin embargo no podemos dejar pasar el tiempo dada la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).⁽¹⁹⁾

La incidencia más alta de infecciones de transmisión sexual se encuentra en el grupo de 20 a 24 años de edad, seguida de los

grupos de 15 a 19 y, después, aquellos entre 25 y 29 años de edad. Al menos la mitad de los infectados por el VIH tienen 24 años. El control de las enfermedades de transmisión sexual se complica por factores de conducta instintiva e individual y por la gran diversidad de estas infecciones, en comparación con otras infecciones transmisibles. Son las únicas infecciones cuya propagación es diseminada directamente por la necesidad humana básica de compartir la intimidad sexual y reproducirse. La exposición a cualquiera de las infecciones de transmisión sexual es consecuencia directa de la sexualidad de una persona. Aunque en general las personas entienden que el tener un mayor número de compañeros sexuales aumenta el riesgo de contraer cualquiera de las infecciones de transmisión sexual.

Los anticonceptivos y la conducta del individuo modifican los riesgos de adquirir una infección de transmisión sexual. Algunas mujeres tienden a tener más contactos sexuales mientras dispongan de anticoncepción eficaz. El uso adecuado de condones disminuye considerablemente el riesgo de gonorrea en hombres y mujeres. Por otro lado el uso de dispositivos intrauterinos (T de cobre, espiral, etc.) aumenta el riesgo de sufrir enfermedad inflamatoria de la pelvis, sobre todo en mujeres jóvenes y que no han tenido hijos.

El conjunto de estas infecciones constituye una amenaza importante y en gran parte previsible para las mujeres y sus hijos nacidos y no nacidos. Lo que se necesita básicamente es que la población en general, sobre todo las mujeres apliquen esta información para prevenir las infecciones de transmisión sexual y sus consecuencias. Su frecuencia y variedad incluyen esterilidad, infecciones perinatales, cáncer genital femenino y tal vez la muerte, deben ser conocidas tanto por las mujeres como por sus parejas sexuales. ⁽²⁰⁾

Los cambios simples como la restricción de contactos sexuales y el uso adecuado de condones, pueden disminuir espectacularmente el riesgo de contagio personal de estas enfermedades.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COMO PREVENCIÓN DEL EMBARAZO

Otro problema que aqueja a la adolescente es el embarazo no deseado, aborto provocado, se estima que en América Latina cuatro de cada diez embarazos terminan en aborto, con una proporción que se incrementa a seis de cada diez embarazos en Chile, y baja a dos de cada diez en México. Cuando los embarazos de la adolescente son resultado de violencia sexual o abuso, es probable que haya efectos psicológicos y físicos a largo plazo, con consecuencias en la demanda de servicios de salud.⁽²¹⁾

Está bien documentado que el conocimiento sobre fertilidad es muy bajo entre los y las jóvenes adolescentes. Por ejemplo, encuestas en Ciudad de México y Paraguay encontraron que el método anticonceptivo más usado en el primer coito era el ritmo, un método que también es comúnmente usado en Brasil. Sin embargo, solo un cuarto de los adolescentes varones y mujeres pudieron identificar el período más fértil en el ciclo menstrual de una mujer. Basado en estos resultados, Morris concluyó que la combinación de un inicio sexual temprano y la falta de conocimientos sobre fertilidad apuntan a la necesidad de programas efectivos de educación sexual en los colegios de enseñanza básica.⁽²²⁾

Las adolescentes descubren que están embarazadas, sin haberlo planeado, sin haber tenido la oportunidad de experimentar las

diferentes facetas de la vida en pareja en mejores condiciones; una cuarta parte son madres solteras, muchas viven en unión sólo debido a este fortuito embarazo.

El lapso entre la primera relación sexual y el inicio del embarazo es muy breve como para permitir a una adolescente conocer, reflexionar y tomar una decisión en lo que concierne al uso de algún método anticonceptivo. La decisión implica reconocer la existencia de una vida sexual activa, lo cual también tiene un alto costo social para la adolescente.

Cuando hablamos de anticoncepción, debemos entender que es un icono que involucra tanto al hombre como a la mujer, por eso la elección del método debería ser una decisión de pareja ya que es parte de la organización necesaria para poder mantener una vida sexual plena y sin obstáculos. Existen diversos tipos de anticonceptivos así como múltiples clasificaciones. Para su mejor organización los presentamos como: Anticonceptivos naturales y anticonceptivos artificiales. ⁽²³⁾

Según la bibliografía revisada se puede concluir que no hay ningún método que sea 100 % seguro (excepto las ligaduras de trompas, la vasectomía, y la abstinencia, hay métodos más eficaces o menos eficaces según cada caso particular, por ejemplo. Un método que es bueno para una mujer, puede no serlo para otra. Puede influir la edad, escala de valores, religión, estado de salud, situación económica etc.

La clasificación que propone Dr. A. Flores Colombino respecto a los métodos anticonceptivos consideramos en el anexo. Métodos anticonceptivos naturales: ⁽²⁴⁾

Método del ritmo, Ogino – Knaus, de la regla o del calendario:
Método de la abstinencia periódica basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

- Mecanismo de acción: evita el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual. Para evitar la concepción.
- Tasa de falla: falla teórica o de uso perfecto 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Falla de uso o de uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Forma de uso: La mujer debe de registrar la duración de sus ciclos menstruales (historia menstrual) de por lo menos seis meses, idealmente 12 meses. El ciclo se inicia el primer día del sangrado menstrual y termina el día anterior de la siguiente menstruación. De la historia menstrual se obtiene el período fértil. Para calcular el primer día del período fértil: reste 18 al ciclo más corto. Para calcular el último día del período fértil: reste 11 al ciclo más largo. De no tener la historia menstrual la usuaria debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el 9no y 19vo día del ciclo menstrual.
- Ventajas: Ningún efecto colateral físico. Ningún costo. Pueden ser utilizados por la mayoría de las parejas si ambos se comprometen a cumplirlos. Efectivos cuando se usan de forma correcta y consistente. Reversibles en forma inmediata. Es aceptable para algunos grupos religiosos que rechazan o desalientan el uso de algunos métodos. Ningún efecto secundario por hormonas. Involucran a los hombres en la planificación familiar. Educan a la gente sobre ciclos de fertilidad de la mujer.
- Desventajas: Por lo común es sólo medianamente efectivo. Se requiere hasta 2 ó 3 ciclos para aprender cómo identificar el período fértil con precisión cuando se usan las secreciones cervicales y la

temperatura basal. Toma menos tiempo aprenderlo. La abstinencia puede resultarle difícil a algunas parejas. Estos métodos no funcionan si el compromiso u cooperación continúa tanto de la mujer como del hombre. Después del parto puede ser difícil identificar el período fértil hasta que el ciclo menstrual se regularice nuevamente; el método no es efectivo para mujeres con ciclos menstruales irregulares. No protegen contra enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA. No lo deben usar: Mujeres con menstruaciones irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación. En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja. Mujeres con inhabilidad.

Método del moco cervical (de Billings): Abstinencia de relaciones sexuales en el período fértil del ciclo menstrual determinado por la presencia de moco cervical o sensación de humedad en genitales.

- Mecanismo de acción: evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual, para evitar la concepción.
- Tasa de falla: falla teórica o de uso perfecto 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Forma de uso: Identificar el período fértil de acuerdo al método del moco cervical. La mujer debe observar diariamente la presencia de la mucosidad en sus genitales externos, siendo lo más importante, el percibir la sensación de humedad o lubricación en dicha zona cuando desarrolla sus actividades cotidianas. Secundariamente puede ayudar el uso del papel higiénico antes o después de orinar observando la presencia de moco cervical allí o en la ropa interior, si

se desea puede tomarse de los genitales externos el moco y observar su elasticidad entre los dedos. El período fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical. Hasta tres días después de la brusca desaparición de la sensación de humedad, lubricación o de la observación de mucosidad. Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, los de humedad o lubricación (si se desea los de mucosidad pegajosa y turbia y los de moco claro y elástico), de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método. Si hay dudas, para diferenciar el moco de la secreción vaginal o restos de semen, puede dejar de caer la secreción dentro de un vaso de agua fría, si la secreción se disuelve, ésta no era moco cervical.

- No lo deben usar: Mujeres con inhabilidad para reconocer: las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal, y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual, como por ejemplo mujeres con trastornos psiquiátricos. En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.

Método de los días fijos o método del collar: Método de abstinencia periódica que se apoya en perlas de colores (marrón, blanco y rojo) para determinar los días fértiles del ciclo menstrual.

- Mecanismo de acción: evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar la concepción.

- Tasa de falla: falla teórica o de uso perfecto 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de vida. Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Forma de uso: Se determina por historia si la mujer tiene ciclos entre 26 y 32 años. Se indaga sobre la aceptación de su pareja a no tener relaciones sexuales sin protección durante los días fértiles. Se ofrece como ayuda visual el “collar” que consiste en 32 perlas de colores que representan los días del ciclo menstrual y un anillo movable para marcar el día del ciclo en el que está la mujer: Una perla roja que representa el primer día de la menstruación. Seis perlas marrones que representan los días no fértiles o de baja posibilidad de embarazo. Doce perlas blancas que representan los días fértiles, de alta probabilidad de embarazo. Trece perlas marrones que representan días no fértiles de muy baja probabilidad de embarazo. Al inicio de su menstruación coloque el cilindro de hule negro en la perla roja, anótelos en el calendario. Aváncelos todos los días, evite las relaciones sexuales en los días que coincidan con las perlas blancas. Si el ciclo termina antes de pasar la perla 27 (marrón más oscura) o dure más de 32 días en dos ocasiones en un año, tendrá que elegir otro método de planificación familiar.

Lactancia materna y amenorrea (MELA): Único método natural basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia.

- Mecanismo de acción: supresión de la ovulación ocasionada por el incremento de la hormona prolactina como consecuencia de la lactancia exclusiva. Tasa de falla: dos embarazos por 100 mujeres, en los primeros seis meses post parto.
- Criterios básicos: La usuaria de este método debe cumplir necesariamente estas condiciones: Lactancia exclusiva a libre

demanda, que la usuaria se mantenga en amenorrea, que la usuaria se encuentre dentro de los seis meses post parto.

- Contraindicaciones: Mujeres que tengan contraindicaciones para dar de lactar a su hijo, portadoras de VIH, mujeres que no cumplen los tres requisitos para el MELA.

Métodos de barrera

Preservativo o Condón: Funda delgada de caucho (látex). Lubricada sin nonoxinol-9.

- Mecanismo de acción: impiden que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.
- Tasa de falla: falla teórica o de uso perfecto 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Falla de uso o uso típico 21 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Forma de uso: Asegurarse de la integridad del envase. Verificar la fecha de manufactura en el sobre. Usar un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y colocarlo antes de la penetración. Cada condón se usa una sola vez. Se debe retirar antes que el pene pierda la erección. Eliminar el condón en depósitos que eviten que otras personas puedan estar en contacto con el mismo.
- Contraindicaciones: Alergia o hipersensibilidad al látex, alergia o hipersensibilidad al lubricante, personas con disfunciones sexuales.

Espermicidas: Productos químicos que se presentan en forma de óvulos o tabletas vaginales, crema, jalea, gel y espuma que destruyen los espermatozoides; los que contienen nonoxinol-9. Éste método no se distribuye en el MINSA

- Mecanismo de acción: inactivan o destruyen los espermatozoides en la vagina.

- Tasa de falla: falla teórica o de uso perfecto 6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Falla de uso o uso típico 26 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Forma de uso: Colocar el óvulo, tableta vaginal o gel en la vagina lo más profundo posible, 15 o 20 minutos antes de cada relación sexual. El efecto espermicida del óvulo, tableta vaginal o gel, dura solo hasta una hora después de colocado. Si pasa más de una hora y no se ha tenido una relación sexual, debe colocarse otro. La usuaria no debe hacerse duchas vaginales o lavados internos luego de tener la relación sexual. No usar después de la fecha de vencimiento. Guardarse en un lugar fresco y seco.
- Características: Eficacia inmediata si se usa correctamente, no tiene efectos secundarios sistémicos, no requiere examen médico previo, no requiere prescripción médica, algunos aumentan la lubricación durante el coito. Depende de la usuaria, Puede producir irritación del pene y vagina, No previene ITS, VIH, SIDA.
- Contraindicaciones: Personas que presenten hipersensibilidad a algunos componentes de los espermicidas

Métodos Hormonales

Anticonceptivos orales combinados (AOC): Son aquellos que contienen estrógenos y progestágenos. El Ministerio de Salud distribuye un producto de 28 píldoras: veintiuna píldoras contienen 30 ug de etinilestriol y 150 ug de levonorgestrel y siete píldoras contienen sulfato ferroso.

- Mecanismo de acción: supresión de la ovulación y espesamiento del moco cervical.

- Tasa de falla: falla teórica o de uso perfecto 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Falla de uso o uso típico 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Características: Muy eficaz. Método dependiente de la usuaria. Requiere una motivación y uso diario. No requiere examen pélvico de rutina para el inicio del método. Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método. Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad. Regulariza los ciclos menstruales. Protege contra el cáncer de ovario y de endometrio. Disminuye la patología benigna de mamas. Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Forma de uso: Toma diaria. Inicio del método: lo ideal es empezar en el primer día del ciclo menstrual, pero puede iniciarse entre el primero y quinto día. En caso de iniciarse la toma después del quinto día y debido a que la acción anticonceptiva se alcanza a los 7 días de uso continuo de las píldoras, se debe dar un método de respaldo como los de barrera. Debe ser administrado por personal capacitado.
- Contraindicaciones: Mujeres que estén embarazadas. Mujeres con sangrado genital sin explicación. Mujeres que estén dando de lactar, antes de los seis meses post parto. Mujeres con una hepatopatía activa. Mujeres que toman anticonvulsivos; excepto ácido valproico. Mujeres con cáncer de mama y de endometrio.

Anticonceptivos orales de solo progestágenos: Son aquellos que poseen sólo progestágenos. El MINSA no los distribuye.

- Mecanismo de acción: espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides y la supresión de la ovulación.

- Tasa de falla: falla teórica o de uso perfecto 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso y la falla de uso o uso típico es 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Características: Eficaz y de efecto rápido. Método dependiente de la usuaria. Requiere una motivación continua y uso diario. Rápido retorno de la fecundidad al suspenderse. No requiere un examen pélvico previo a su uso. Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio. Provoca cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (sangrado/goteo irregular). Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución). No previene las ITS, VIH Y SIDA.
- Forma de uso: Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluida las nulíparas). Inicio: idealmente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual, si se inicia en otro día del ciclo menstrual o en el post parto, se debe estar razonablemente seguro de que no existe una gestación. En caso de iniciarse después del quinto día, debe usarse un método de respaldo durante las primeras 48 horas de uso. Recuerde que la usuaria no debe suspender la toma de las pastillas en ningún momento incluido durante la menstruación. La eficacia se presenta a las 24 horas de inicio de la toma.
- Contraindicaciones: Mujeres que estén embarazadas. Mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación. Mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo. Mujeres que estén tomando o vayan a recibir medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis. Mujeres que estén tomando anticonvulsivos, excepto ácido valproico.

Inyectable de sólo progestágenos: Son aquellos que poseen sólo progestágeno.

- Mecanismo de acción: Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides, Supresión de la ovulación, reducción del transporte de óvulos en las trompas de Falopio y cambios en el endometrio.
- Tasa de falla: falla teórica o de uso perfecto 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso y la falla de uso o uso típico es 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Características: Eficaz y de efecto rápido. Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad. No requiere un examen pélvico previo a su uso. No interfiere en las relaciones sexuales. Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (amenorrea, sangrado/goteos irregulares). Puede producir aumento de peso. El retorno de la fecundidad puede demorar entre 6 meses a un año, en el caso de usuarias por tiempo prolongado. Puede mejorar la anemia. No previene las ITS, VID Y SIDA.
- Forma de uso: Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación. Primera dosis: entre el primer a quinto día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación. Sigüientes dosis: administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas.
- Contraindicaciones: Las mujeres que estén embarazadas. Las mujeres con un sangrado genital anormal. Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo. Las mujeres con hepatopatía activa. (Ej. Hepatitis).

Inyectable combinado: Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno. El Ministerio de Salud no distribuye estos anticonceptivos. Existen dos composiciones: 5mg de valerato de estradiol y 50 mg de enantato de noretisterona y 5 mg de cipionato de estradiol y 25 mg de acetato de medroxiprogesterona.

- Mecanismos de acción: Supresión de la ovulación y espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Tasa de falla: falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. Falla de uso típico 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Características: Eficaz y de efecto rápido. Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulípara). No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer. Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EIP). No interfiere en las relaciones sexuales. Son frecuentes los cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado/goteos irregulares). Puede producir aumento de peso. El retorno de la fecundidad es inmediato. Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas. No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH-SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso del condón en parejas de riesgo.
- Formas de uso: Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación. Primera dosis: Entre el primer o quinto día del ciclo menstrual. La puérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana. En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis

meses. En el post aborto se puede iniciar entre el primero y quinto día pos intervención; en las siguientes dosis: Administrar cada 30 días, más menos 3 días. Fecha fija mensual.

- **Contraindicaciones:** Las mujeres que estén embarazadas. Las mujeres con un sangrado genital anormal (hasta que se evalúe). Las mujeres cáncer de mama o antecedente del mismo. Las mujeres con hepatopatía activa (ej.: hepatitis).

Implantes: Consisten en cápsulas delgadas, flexibles no biodegradable, cada una contienen progestágenos (levonorgestrel), que son insertadas justo por debajo de la piel en el brazo de la mujer. Actualmente el MINSA no provee para inserción implantes, aunque los proveedores deben conocerlo pues hay usuarias aun dependiendo de este método.

- **Mecanismo de acción:** espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración espermatozoides. (Es el más importante), supresión de la ovulación, reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio, cambios en el endometrio.
- **Tasa de falla:** falla teórica 0.05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. Falla de uso 0.05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- **Características:** Eficacia elevada. Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas). Usar con precaución durante los 2 primeros años después de la menarquia. El efecto a largo plazo sobre los huesos no está definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes. Brinda protección por tres años. Permite un rápido retorno a la fecundidad al ser extraído. No requiere un examen pélvico previo a su uso; aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer. No afecta la

lactancia. Puede disminuir el flujo menstrual (puede mejorar la anemia). Puede disminuir los cólicos menstruales. Disminuye la incidencia de las patologías benignas de mama. Disminuye el riesgo contra el cáncer de endometrio. Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria. Ocasiona cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (sangrado/goteo irregular). Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución). No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH – SIDA).

- Forma de uso: Se puede insertar: Preferentemente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual (o cualquier día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación). En caso de iniciarse en cualquier otro momento, debe usarse un método de respaldo durante los primeros 7 días. En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto, sin embargo podría ser utilizado en caso de: No tener otra opción anticonceptiva y que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea. En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el post parto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo. En los primeros cinco días post aborto. Debe ser colocado por profesional de salud adecuadamente capacitado.
- Contraindicaciones: Las mujeres que estén embarazadas. Las mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación (hasta que se evalúe). Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo. Las mujeres que estén tomando algunos medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis o antiepilépticos, excepto ácido valproico.

Dispositivos intrauterinos (DIU): Un DIU es una pequeña varilla de plástico alrededor de la cual se enrolla un hilo de cobre, provista en su parte superior de dos brazos laterales flexibles, también de plástico. Según sus características, los DIUs pueden clasificarse en:

1. Dispositivos inertes: cumplen su función por sí mismos, sin mediar sustancia alguna. Son sólo de plástico.
 2. Dispositivos liberadores de iones: a la acción del material plástico (cuerpo extraño) unen la de los iones que liberan según su composición.
 3. Dispositivos liberadores de hormonas: además de la acción del propio dispositivo, presentan la de la hormona que libera el dispositivo.
- Mecanismo de acción: Los DIU impiden que los espermatozoides fecunden los óvulos. Produce espesamiento del moco cervical, La Supresión de la Ovulación y producir cambios en el Endometrio. Índice de eficacia: El DIU de cobre tiene un 99,4% de eficacia teórica y un 99,2% de eficacia práctica. Se espera que de cada 100 mujeres que utilizan el DIU durante 1 año, solamente 4,5 queden embarazadas. Esto da una buena eficacia anticonceptiva.
 - Indicaciones: Mujeres de por lo menos 25 años. Madres que no quieren tener más hijos. Si usted desea colocarse el DIU pero no ha tenido bebés, hable con su médico. Colocarse este dispositivo es más conveniente cuando Usted ha tenido uno o más bebés. Mujeres sin historial médico que incluya infección en los órganos femeninos (vagina, ovarios, útero o trompas) ni enfermedades transmitidas sexualmente. Mujeres monogámicas. El dispositivo no es un buen método anticonceptivo cuando el útero no se encuentra en condiciones normales. Mujeres que no están embarazadas.

- **Contraindicaciones:** Sangrado vaginal inexplicado. Cáncer de cuello de útero, endometrio o de ovario. Endometriosis post-parto, calambres menstruales fuertes, sangrado anormal o anemia, fibrosis uterina, anormalidades graves en el cérvix, el útero, los ovarios o las trompas de Falopio. HIV/SIDA. El DIU puede aumentar el riesgo de transmisión al compañero, no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual. Enfermedad de las válvulas del corazón. Alergia al cobre (solamente para aquellos DIU con cobre).
- **Tiempo de duración:** En general, el DIU puede permanecer en el útero entre 5 y 10 años, lo que constituye una de sus principales ventajas. El más comúnmente usado, el T380-A de cobre, puede dejarse en el útero por 10 años.
- **Ventajas:** El DIU es sumamente eficaz. No se requieren suministros constantes. Es fácil de usar. No interfiere en la relación sexual. La fertilidad se reanuda inmediatamente después de que se lo quita. Funciona inmediatamente. Permite la espontaneidad sexual. No hay residuos. Dura mucho tiempo.
- **Tasa de Falla:** - Falla Teórica 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. - Falla de uso típico 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV)

Vasectomía: Es un método quirúrgico definitivo que se realiza a través de una intervención destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes.

- **Mecanismo de acción:** evitar el pasaje del espermatozoide por el conducto deferente, para impedir la unión con el óvulo.
- **Tasa de falla:** 0.2 embarazos por cada 100 parejas en el primer año.

- Modo de uso: Puede ser realizada en cualquier momento mediante dos técnicas: • Convencional • Sin bisturí.
- Características: Debe ser considerado un método irreversible. Alta eficacia y permanente. Se puede realizar en forma ambulatoria. No interfiere con la producción hormonal. Requiere evaluación médica. Consejería previa/consentimiento informado. La eficacia se garantiza luego de 20 eyaculaciones ó 3 meses post cirugía, por lo que debe indicarse un método (condón). Solicitar espermatograma. El proveedor debe ser un médico capacitado. Requiere de instrumental especial. Cualquier edad con consentimiento escrito.
- Contraindicaciones: Usuario presionado. Usuario con conflictos religiosos y/o culturales no resueltos. Usuario con expectativas de reversibilidad del método.
- Precauciones: Usuario joven (menos de 25 años). Usuarios sin hijos vivos. Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada. Unión de pareja inestable. Usuarios solteros o viudos.

Ligadura de trompas de Falopio: Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio.

- Mecanismo de acción: impedir la unión del espermatozoide con el óvulo al nivel de la trompa, con el fin de evitar la fertilización.
- Tasa de falla: falla teórica 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. Falla de uso típico 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Forma de uso: La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, el tipo de incisión será supra púbica para el periodo internatal, umbilical para el post parto y la transcesarea. El

tipo de anestesia local con sedo analgesia. No se recomienda el uso de este tipo de anestesia en: Mujeres con antecedentes de cirugía pélvica previa; enfermedad pélvica inflamatoria reciente. Retroflexión uterina fija. Mujeres obesas. Mujeres con problemas psiquiátricos, que impidan su colaboración. En estos casos se usará la anestesia epidural o general.

- Características: Eficacia alta, inmediata y permanente. Puede ser realizada en forma ambulatoria. No interfiere con el deseo sexual ni con la producción hormonal por parte de los ovarios. Requiere, previamente, consejería especializada y evaluación médica. Es definitiva, debe ser considerada irreversible. El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado; requiere condiciones de infraestructura y equipamiento, por lo que los establecimientos donde se realice deben estar calificados. Durante la intervención el establecimiento debe contar con médico anesthesiólogo o médico con entrenamiento en anestesiología. No previene las ITS, VIH - SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de preservativo en la pareja en riesgo.
- Precauciones: Usuaría joven (menor de 25 años). Usuaría sin hijos vivos. Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada. Unión de pareja inestable. Usuarías solteras o viudas.

Contraindicaciones: Usuarías presionadas por el cónyuge o por alguna persona. Usuarías que han tomado su decisión bajo presión desusada. Usuarías con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural. Usuarías con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad. Para identificar otras situaciones para tomar precauciones. Según la bibliografía revisada se puede concluir que no hay ningún método que sea 100 % seguro (excepto las ligaduras de trompas, la vasectomía, y la abstinencia, hay métodos más

eficaces o menos eficaces según cada caso particular, por ejemplo; Un método que es bueno para una mujer, puede no serlo para otra. Puede influir la edad, escala de valores, religión, estado de salud, situación económica etc.

2.2.2 ACTITUDES DEL ADOLESCENTE

La Real Academia Española menciona tres definiciones de la palabra actitud, el término que proviene del latín *actitudo*, la actitud es la disposición de un ánimo que se manifiesta de algún modo (por ejemplo, una actitud amenazadora). Las otras dos definiciones hacen referencia a la postura: de un cuerpo humano (cuando expresa algo con eficacia o cuando es determinada por los movimientos del ánimo) o de un animal (cuando llama la atención por algún motivo). La actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social. ⁽²⁵⁾

FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

En los procesos cognitivos, afectivos, conductuales y sociales, son múltiples. La principal función resulta ser la cognoscitiva. Las actitudes están en la base de los procesos cognitivos-emotivos propuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente. Las actitudes pueden tener funciones instrumentales, expresivas, de adaptación social (como en los estudios de Sherif sobre la actitud en relación al in group, el propio grupo de referencia y el outgroup, el grupo externo), ego defensivo (un ejemplo clásico es el estudio sobre la personalidad autoritaria de Adorno en los años 50) ⁽²⁶⁾

- a) Rol sexual: es como nos comportamos como varones y como mujeres, una expectativa del rol sexual, que los niños recogen muy temprano, es no actuar como si se fuera del otro sexo. Tales

calificaciones ejercen un efecto de restricción sobre adolescentes varones, a quienes se les desanima el explorar las inclinaciones que pueden tener hacia la danza, la música, las artes en general, actividades que a menudo se identifican como “femeninas”.

- b) Las actitudes y los valores: uno de los aspectos más influyentes de nuestra sexualidad incluye nuestras actitudes y valores acerca del comportamiento sexual, el género y el rol sexual. Como individuos tenemos nuestros propios sentimientos y creencias acerca de lo que es apropiado que nosotros hagamos como varones o mujeres y nuestras propias actitudes acerca de las diversas conductas sexuales. Cada uno de nosotros también proviene de una familia con expectativas y valores. Los valores y actitudes tienen mayor influencia que ningún otro factor. Supongamos que dos personas tienen una relación sexual. Una piensa que la cópula es la expresión más maravillosa y bella de amor; la otra piensa que es degradante, repugnante y horrible. El mismo acto, en el mismo momento, puede ser vivido de manera enteramente diferente por los dos participantes. Su experiencia no se basa pues en el acto mismo, sino en sus actitudes hacia el acto.

- c) El comportamiento sexual: durante la adolescencia temprana, los jóvenes han desarrollado el sentimiento de quien y que los atrae. Contrariamente a las suposiciones populares, el darse cuenta de esa situación no implica automáticamente el tener relaciones sexuales. El comportamiento sexual puede ser una decisión tanto de no hacer como de hacer algo, incluyendo el beso, tomarse de las manos, masturbarse, y una gama completa de otros comportamientos.

- d) La identidad sexual: corresponde al rotulo que nosotros mismos nos ponemos según nuestra orientación, este rótulo viene generalmente después de la aparición de sentimientos internos poderosos y de por lo menos algún comportamiento sexual. Este rotulo es muy complejo, puesto que si uno se siente atraído sexualmente a personas del sexo opuesto y sus relaciones sexuales son con el sexo opuesto, en nuestra cultura ese individuo recibe el rotulo de heterosexual. Si a uno le atrae una persona del mismo sexo, a esa persona se le pone el rótulo de homosexual. Cualquiera sea el caso, no es algo que ellos decidan conscientemente. Llega un momento en que los jóvenes toman conciencia de quien o que los atrae y/o excita. Ellos se dan cuenta de que necesitan acercarse a alguien. La atracción es impulsada por los cambios hormonales que vienen con la pubertad.
- e) Orientación sexual: La orientación es un componente de la sexualidad, pero he aquí la tragedia para la mayoría de los jóvenes de hoy pasan por el proceso identificando quienes son, lo que pueden hacer como varones y como mujeres, cómo se sienten al respecto, con quien desean estar y se ponen el rótulo, antes de que empiecen a obtener la información precisa sobre la sexualidad.
- f) Emotividad: El adolescente oscila entre la madurez considerable y las conductas infantiles; en un minuto pueden estar pletóricos y entusiastas y al minuto siguiente, deprimidos y ensimismados. Impredecibles, pero esencialmente normales aparecen arranques de conducta primitiva a medida que el adolescente pierde el control de los instintos. ⁽²⁷⁾

2.2.3 PATERNIDAD RESPONSABLE ADOLESCENTE

La Paternidad Responsable es una realidad de constante actualidad y su trascendencia es tal, que nuestra constitución la menciona. A nivel mundial, la Organización de Naciones Unidas y la iglesia católica se han ocupado del tema por haber estado dedicado el año 1994 a la familia. ⁽²⁸⁾

Intentar una definición de paternidad responsable es encontrarse con opiniones cuya diferencia radica en la profundidad de la materia, pues algunos utilizan parcialmente el concepto para justificar sus objetivos institucionales.

Una dimensión de esta subjetividad es la identidad que nos habla de una estructuración imaginaria del yo, esta identidad tiene un aspecto fundamental que es la identidad genérica, es decir la representación que cada sujeto tiene de sí ya sea varón o mujer. Esta identidad genérica vendría a conformar los comportamientos, valores, actitudes, vínculos, deseos, prohibiciones, inhibiciones que experimenta el sujeto. Tales dimensiones estarán involucradas desde el momento en que el hombre comienza a ejercer su sexualidad genital y a establecer vínculos afectivos/sexuales. La identidad genérica en la diferencia sexual y el psiquismo de un individuo, se ocupa del ciclo vital de los hombres, esto es también para las mujeres. Cada sujeto lleva ciertos proyectos de vida, por ejemplo conocer a una mujer o casarse. En el caso de los jóvenes populares el proyecto masculino de vida estaría dado por tres mandatos: trabajar, formar una familia, un hogar y tener hijos. ⁽²⁹⁾

Según Parrini (2000) “la paternidad es la culminación de la identidad masculina, su estado pleno, su mayor solidez. Cuando un hombre es padre puede decir que es de verdad hombre”. ⁽³⁰⁾

En la paternidad se cruzan la sexualidad y la identidad, de esta fusión emerge: el padre. Si nos preguntamos cuando debe suceder esta fusión podemos decir que en la paternidad adolescente esto sucede antes de tiempo. Se señala como dato estadístico, que la edad promedio para contraer matrimonio entre los hombres son los 27,06 años, de esta manera se organiza la vida donde los jóvenes permanecen mayor tiempo solteros en sus hogares de origen sin hijos, para que puedan proyectar un futuro en lo que respecta al estudio y/o el trabajo.

Aunque la realidad contrariará dicho mandato para ciertos sectores de la sociedad, esto no merma su poder normativo y estructurador del proyecto vital. Por lo tanto, la paternidad en la adolescencia es un rompimiento de aquel mandato, donde el joven debe renunciar a sus sueños y a sus proyectos y hacerse cargo de esta nueva experiencia que les toca vivir.

Durante la etapa adolescente, la experiencia sexual adquiere distintas significaciones asociados al orden hormonal que actúan sobre su cuerpo, como a los mandatos culturales de género, ético y/o religiosos. La iniciación sexual de los/las adolescentes está dada por factores tales como las expectativas acordes a su género, los condicionamientos familiares, los comportamientos más frecuentes influenciados por el contexto espacial, histórico, económico y sociocultural en que se desarrollan. La definición de la identidad sexual y la ubicación de género es esencial en el desarrollo de esta franja etárea dado por estereotipos tradicionales asignados a los distintos géneros. La virilidad se impone social y culturalmente desde los mandatos familiares y de pares, en los que los valores se centran en la capacidad de procrear y sostener a la familia. Tal como

lo señala la autora Elisabeth Badinter, la virilidad no se otorga, se construye, es decir se “fabrica”.⁽³¹⁾

En el caso de los varones las expectativas y las presiones les exige cumplir con los patrones de género esperado, en cambio en las mujeres, las expectativas se focalizan en una sexualidad deserotizada y organizada para la procreación. Desde la infancia, las mujeres están representadas para la procreación, los cuidados maternos, la satisfacción de los deseos sexuales y requerimientos masculinos. Para ellas el ingreso a la adolescencia está marcado por la transformación sobre su cuerpo y la aparición de la menstruación.

Algunos estudios sostienen que los jóvenes padres tienden a pertenecer a los sectores más pobres, con menos educación de la sociedad y pueden enfrentar desventajas sociales, económicas y familiares, sin embargo en los progenitores adolescentes una alta proporción de ellos niegan su paternidad y por el otro lado los servicios de salud o sociales tienden a ignorarlos y no son incorporados dentro de las atenciones sistemáticas que son ofrecidas a la madre y sus hijos. En algunos jóvenes padres la preocupación que le acarrea el embarazo de su pareja estaría dada porque quieren asumir algún grado de responsabilidad en la crianza de sus hijos, sin embargo la forma de hacerse cargo de esta paternidad está influenciada por la situación económica, cultural, familiar y de oportunidades educativas y laborales, como también el grado de afectos que los une como adolescentes. No es lo mismo ser un padre adolescente en un sector socioeconómico bajo que en uno medio o alto. Los padres adolescentes deben enfrentar decisiones importantes como casarse, convivir con su pareja, abandonar sus estudios, conseguir trabajo, lo que sin duda traerá

consecuencias no solo para él y su familia de origen sino para su pareja y su hijo. ⁽³²⁾

La paternidad podría considerarse como un hecho que pone en tela de juicio la autonomía del joven. Lo mejor sería estar soltero y sin hijos, para experimentar su autonomía en profundidad, pero no dispone de un bagaje de conocimientos ni habilidad preventiva en el campo de lo sexual, en otra palabra se puede decir que el joven está constantemente “peligrando”. En cuanto a sus discursos en los jóvenes de los sectores más desfavorecidos, la imagen que tienen acerca del padre ideal gira en torno al trabajo, moral, autoridad, sostiene el hogar, le transmite valores que orientan su vida futura y quien tiene el mando del hogar, es decir se asemeja al patriarcado. ⁽³³⁾

El padre ideal que construye los jóvenes en un padre lleno de cualidades y valores éticos: responsable, honesto, respetuoso, comprensivo, recto y con actitudes destacables y valorables. Por lo que el presente estudio considera que la paternidad responsable se debe llevar acabo por ambas partes involucradas.

Desempeño de la paternidad responsable

Pichón Riviere, (1985). Sostiene que “Es la sociedad la que asigna al individuo en su devenir histórico, el ejercicio del rol paterno, ya que depositan en él sujeto un cúmulo de representaciones simbólicas, compartidas con cierta homogeneidad por las personas de la época histórica de que se trate”. ⁽³⁴⁾

Por lo que podemos decir que lo asignado es un legado sociocultural que se da a los sujetos a través de la familia y la sociedad, podríamos describir al sujeto como un depósito de normas éticas,

morales, culturales, de principios, conocimientos, ideas, entre otras. Pero sin dejar de lado las vivencias personales o representaciones cognitivas, que tiene el sujeto y que lo llevan a actuar frente a las diferentes situaciones. Es decir como asume la paternidad un adolescente está estrechamente vinculado a sus experiencias de vida.

2.2.4 FACTORES SOCIOECONOMICOS Y SU RELACION CON LA PATERNIDAD RESPONSABLE

Factores Sociales

Sociedad

El rol paterno se encuentra poco consolidado en los hombres de nuestra sociedad machista. El entrenamiento sobre paternidad es muy limitado, ya que es más común que a los varones se les inculque el modelo tradicional de masculinidad, de fuerte, agresivo, dominante, sin sentimientos, macho proveedor reproductivo, sexualmente activo, con múltiples parejas coitales, con capacidad para ejercer violencia y tomar las decisiones más importantes.⁽³⁵⁾

En nuestra sociedad los adolescentes varones aún son educados con la creencia que ellos no son responsables del embarazo de sus parejas. Y esto podemos confirmar con el hecho de que en el Perú aún no existe un programa de paternidad en adolescentes varones, ni se han realizado estudios sobre paternidad en adolescentes, y tampoco hay estadistas de padre adolescentes. También es necesario destacar que en la sociedad peruana, tanto padres como madres señalan diferencias entre la sexualidad de sus hijos y sus hijas, ven la actividad sexual masculina como "una necesidad

biológica", al mismo tiempo que consideran la sexualidad femenina como una forma de valorar a la mujer.

Familia

La estructura y el ambiente familiar, contribuyen al desarrollo sano del adolescente, con factores protectores de la salud integral o contrariamente determinar factores generadores de daño al individuo que afectan su desenvolvimiento socio-familiar. La familia sirve de modelo para adquirir conocimientos y aportar valores e ideas fundamentales para el desenvolvimiento futuro de su personalidad social y moral. ⁽³⁶⁾

Se engloba el papel fundamental que ejerce la familia, los amigos, la educación recibida en el colegio, la religión, relacionado directamente con la sexualidad. Las distintas sociedades poseen modelos distintos de entender y vivir la sexualidad. Cada sociedad y cada cultura establecen una normativa cuya finalidad es regular y controlar el comportamiento sexual de sus miembros y unos roles sexuales los cuales implican y definen una imagen determinada de hombre – mujer y la relación de ambos. ⁽³⁷⁾

Factores económicos

Aunque la paternidad en adolescentes ocurre en todos los estratos sociales no tienen las mismas características en todos, por lo que es necesario mencionar que en el Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes solicitan la interrupción del embarazo. Mientras que en el Estratos social más bajos: existe mayor tolerancia del medio hacia la paternidad precoz y es más común que los adolescentes tengan hijos. ⁽³⁸⁾

2.2.5 CONSECUENCIAS DE LA PATERNIDAD ADOLESCENTE

Consecuencias para el Hijo de padre Adolescente

Phillips & Comanor, Expresa que existe una “fuerte asociación estadística entre ausencia de padre y delincuencia juvenil, violencia, drogadicción, alcoholismo, pandillas, el riesgo de actividad criminal en la adolescencia se duplica para hijos criados sin figura paterna”.

(39)

Según un equipo de la Yale University, en Connecticut, la paternidad adolescente puede acarrear las siguientes consecuencias:

- a. Los hijos de padres adolescentes eran un 80 por ciento más propensos a tener un hijo antes de los 20 años que otros pares nacidos de padres mayores.
- b. Tienen un 50% más probabilidades de repetir un grado y tienen menos probabilidades de graduarse de la secundaria que los hijos de padres mayores.
- c. Sólo el 77% de los niños de padres adolescentes recibirán un diploma de escuela secundaria en comparación con el 89% de los niños nacidos de padres mayores.
- d. Tienen mayores probabilidades de experimentar falta de vivienda, delincuencia juvenil, drogadicción y alcoholismo.
- e. Tienen más problemas de salud ya que generalmente reciben sólo la mitad del nivel de atención y tratamiento. Tienen mayor riesgo de nacer bajo de peso, existe mayor incidencia de muerte súbita. Tiene problemas de desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.
- f. Tienen mayor probabilidad de ser abusados, abandonados o descuidados. g. Mayor probabilidad de Nacer con alguna deficiencia

física y mental, fundamentalmente debido a la falta de inmadurez en las células sexuales femenina o masculina.

Consecuencias para el Padre Adolescente

Las consecuencias que afectan a los padres adolescentes pueden ser psicológicas, sociales, económicas y educativas, pero estas parecen depender, del grado de responsabilidad con que asuman su condición de padre. Entre las consecuencias más comunes tenemos: ⁽⁴⁰⁾

- a. Mayor frecuencia de deserción escolar para hacerse cargo de la manutención de su familia.
- b. Trabajos poco remunerados
- c. Rechazo de sus padres
- d. Stress inadecuado a su edad e. Sentimientos de culpa
- f. Depresión
- g. Mayor frecuencia de trastornos emocionales por falta de recursos, por tener que trabajar en lugar de estudiar, por el abandono a los amigos y por falta de tiempo para divertirse.
- h. Tener que actuar como adulto, cuando todavía debe gozar y vivir como adolescente.

Los adolescentes que se enfrentan a una paternidad temprana, generalmente inesperada, deberían recibir apoyo efectivo y no discriminatorio, tanto de los profesionales de la salud como del sector educativo, y sobre todo de la familia, tomando en consideración que un adolescente no se está preparado para afrontar solo esta situación y las consecuencias afectan a toda la sociedad. Y no solo a los involucrados de forma directa. Es por ello que también se considera que el apoyo psicológico es fundamental

para que los adolescentes puedan enfrentar su nueva condición de padres.

Los adolescentes que asumen la paternidad se sienten responsable y quieren participar en el desarrollo del embarazo y luego como padre activo. Es decir se compromete a brindar apoyo afectivo y económico a su hijo y a su pareja. En estudios anteriores los padres adolescentes describen los beneficios que tiene el hecho de ser padre joven y asumir dicha paternidad. En primer lugar, señalan que es una buena experiencia y genera cambios de estatus, en el rol afectivo y favorece la maduración del sujeto. Además produce cambios favorables a nivel de proyecto de vida, de responsabilidad y un mayor compromiso en su relación de pareja. Otro beneficio descrito es el sentido de pertenencia que genera tener un hijo o hija, así como la percepción del hijo/a como incentivo, de darle sentido a la vida. ⁽⁴¹⁾

El que los adolescentes no asuman la paternidad, puede deberse a factores tales como: el nivel de información que posea, a las características personales, tales como la madurez y la responsabilidad, al proyecto de vida que posean. Es así como las propias características de los adolescentes pueden cumplir el papel de obstáculos para el ejercicio de la paternidad, condicionando su significado. De esta manera, mencionan el hecho de ser liberales, la inexperiencia, el no querer aceptar consejos y apoyo de terceros, y la propia juventud e inmadurez, que puede traer asociada la dificultad para encontrar trabajo, las menores remuneraciones y no estar preparados para ser padres. Agregándose a esto la escasa responsabilidad que tienen, la apatía, la dependencia y la inmadurez como características de la adolescencia que impide el ejercicio de la paternidad. ⁽⁴²⁾

Los adolescentes padres en general suelen tener menos información que sus compañeras sobre el proceso biológico general y la noticia de ser padres suele conmoverlos profundamente. Deben en ese momento asumir un rol que en esa etapa de su crecimiento está cuestionado. Algunos adolescentes lo intentan, pero la desvalorización a la que son sometidos por sus propias familias, las dificultades laborales y económicas, el rechazo social y la relación de conflicto que se establece con su compañera, hace que muy pocos puedan asumir y mucho menos concretar la responsabilidad. Se convierten así en padres abandonantes, con posibles secuelas, es por ello, que el padre adolescente, requiere atención por los equipo de salud. ⁽⁴³⁾

2.2.6 ROL DE LA ENFERMERA EN LA SEXUALIDAD

La reproducción humana exige una compleja interacción entre órganos, glándulas, conductos y hormonas. El conocimiento de estos procesos fisiológicos normales permite al profesional de enfermería prestar una atención segura y efectiva. Al enseñar a los individuos estos cambios, la enfermera puede evitar a las familias temores, tensiones y ansiedad. Los adolescentes son especialmente vulnerables a la interpretación errónea de los cambios que tienen lugar en sus cuerpos durante la pubertad. Por lo que los profesionales de la salud estamos en la capacidad de ayudar a las personas a atravesar el proceso de la madurez sexual. Manteniendo una actitud abierta y sin la realización de juicios, se puede animar a los adolescentes a plantear preguntas sobre la sexualidad humana y las prácticas sexualmente responsables. ⁽⁴⁴⁾

Por ello es necesario que el profesional de enfermería conozca los sentimientos personales acerca de la sexualidad humana. Es

necesario el conocimiento de distintas conductas y prácticas sexuales dentro del contexto de la historia de cada persona, para poder prestar una atención de enfermería culturalmente sensible teniendo en cuenta las creencias y prácticas de los demás sin ninguna predisposición. La enfermera está en la capacidad de implementar estrategias en la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA, embarazo precoz, etc., brindando sistemas de información, monitoreo y evaluación que permitan al adolescente la toma de decisiones oportunas. ⁽⁴⁵⁾

2.2.7 TEORIA DE ENFERMERIA: NOLA PENDER

Una de las teorías de enfermería que se encuentra relacionada al tema es la de Nola Pender, llamada “Modelo de Promoción de la Salud, que refleja las interrelaciones que existen entre los factores cognitivos perceptivos y los factores modificantes que influyen en las conductas favorecedoras de la salud.” Sirve como base para el estudio de cómo las personas toman decisiones, sobre su propio cuidado de la salud, y de las personas que tienen a su cargo, en este caso, sus hijos. ⁽⁴⁶⁾

- Los factores personales lo relacionaremos con características de las madres, entre ellos los biológicos (edad), psicológicos (el estado de salud percibido y la definición de salud) y sociocultural (raza, etnia, formación y conocimientos).
- Beneficios percibidos de acción, son los resultados positivos que se producirán de la conducta de salud, en este caso un crecimiento y desarrollo óptimo del niño, así como la detección temprana de alteraciones.
- Barreras percibidas, como el tiempo de espera para ser atendida, desinterés, falta de tiempo entre otros.

- La auto-eficacia percibida disminuirá las barreras presentes.
- Afecto relacionado con la actividad, mientras la madre crea que el control es importante para la salud futura de su niño, su actitud será positiva.
- Influencias interpersonales, la influencia de los que se encuentran en su entorno.
- Influencias Situacionales, está relacionado al consultorio de CRED, a la sala de espera, experiencias anteriores tanto positivas y negativas relacionadas con el control.

La teoría de Nola Pender, las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana; además, tienen la capacidad de poseer una auto conciencia reflexiva en la que el profesional sanitario forma parte de su entorno interpersonal ejerciendo influencia a lo largo de sus vidas.

⁽⁴⁷⁾

En este sentido, el rol educativo de Enfermería, desempeña un papel importante en la promoción de la salud a través de una educación expresada en actividades diseñadas para cada tipo de usuario según sus características personales. Así permitirá que el usuario (los adolescentes) pueda estar capacitados para realizar una autoevaluación sobre su estado de salud.

2.2.8 TEORIA DE ENFERMERIA: MADELEINE LEININGER

Madeleine Leininger es la fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas y de la enfermería transcultural. Fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria en enfermería que obtuvo un doctorado en Antropología cultural y social. ⁽⁴⁸⁾

La teoría de Leininger se basa en las disciplinas de la antropología y de la enfermería. Ha definido la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad y el modo de conducta. El propósito de la teoría era describir las particularidades y las universalidades de los cuidados humanos según la visión del mundo, la estructura social y así poder descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada como se menciona.

El objetivo de la teoría es mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas que les sean beneficiosas, se adapten a ellas y sean útiles a las formas de vida saludables del cliente, la familia o el grupo cultural. La teoría de Leininger afirma que la cultura y el cuidado son medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y las prácticas enfermeras. ⁽⁴⁹⁾

Considerando lo mencionado, se relaciona esta teoría con el tema a investigar, ya que busca determinar la relación que existe entre factores socioeconómicos y actitudes del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014.

2.3 DEFINICION DE TERMINOS

ADOLESCENCIA:

Es en otras palabras, la transformación del infante antes de llegar a la adultez. Se trata de un cambio de cuerpo y mente, pero que no sólo acontece en el propio adolescente, sino que también se conjuga con su entorno.

ACTITUDES

Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, puede considerarse como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.

FACTORES SOCIOECONOMICOS

Conjunto de recurrencias o condiciones relativas que interactúan en entorno social y económico del adolescente.

PATERNIDAD RESPONSABLE

Es una actitud de compromiso asumido por la pareja, por la cual vela por el desarrollo integral de los hijos e hijas, proporcionándoles cuidado, salud, formación, educación y afecto, de modo a que puedan integrarse a la sociedad como adultos sanos. Exige conocimiento y respeto de los procesos biológicos que forman parte de la misma persona humana.

2.4. HIPOTESIS

Hp. Si existe relación entre factores socioeconómicos y actitudes del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014.

Ho. No existe relación entre factores socioeconómicos y actitudes del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014.

2.5 VARIABLES

2.5.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

+ FACTORES SOCIOECONOMICOS

Conjunto de recurrencias o condiciones relativas que interactúan en el entorno social y económico del adolescente.

+ ACTITUD SOBRE PATERNIDAD RESPONSABLE

Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo sobre la paternidad responsable.

2.5.2 DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE

+ FACTORES SOCIOECONOMICOS

Conjunto de recurrencias o condiciones relativas que interactúan en el entorno social y económico del adolescente en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa - 2014.

+ ACTITUD SOBRE PATERNIDAD RESPONSABLE

Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea el adolescente sobre la paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014. Considerando las siguientes dimensiones: Afectiva, cognitiva y conductual.

2.5.3 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Variable	Dimensiones	Indicadores
Factores socioeconómicos	Sociedad Familia Economía	Autoestima Profesores Alumnos/ compañeros Familia/ Parejas Recursos económicos
Actitud sobre paternidad responsable adolescente	Cognitiva Afectiva Conductual	Experiencia de paternidad responsable Predisposición responsable- Importancia

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

La investigación es de tipo no experimental de enfoque cuantitativo y nivel descriptivo – correlacional, Descriptivo porque pretende realizar la descripción del fenómeno de interés, en la investigación. Correlacional porque pretende determinar la relación de las variables en la investigación, de corte transversal y por número de variables es bivariable.

3.2 DESCRIPCION DEL AMBITO DE INVESTIGACION

El presente proyecto de investigación se lleva a cabo en Colegio Jean Harzic Hunter, en el departamento de Arequipa, provincia de Arequipa, Distrito de Hunter Ubicada en la Calle Honduras 305, está construida de material noble, tiene 3 pisos y es considerada como una institución de alto nivel, no brinda servicios de escuela de padres, ni cursos sobre salud sexual y reproductiva, solo tienen el curso de anatomía. El colegio cuenta con corriente eléctrica agua y desagüe sistema de conexión de internet, además cuenta con una sala de cómputo, área de Psicología y además con una plana de docente de diversas disciplinas que dictan clases.

3.3 POBLACION Y MUESTRA

La población de estudio está conformada por adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio Jean Harzic Hunter, cuenta con 80 estudiantes matriculados en este año 2014.

La muestra será poblacional.

Criterio de Inclusión:

- ✚ Estudiantes matriculados en el año 2014 en 4to y 5to de secundaria.
- ✚ Estudiantes entre 15 y 18 años de edad.
- ✚ Estudiantes que asisten regularmente
- ✚ Estudiantes que deseen participar en la investigación.

Criterio de Exclusión:

- ✚ Estudiantes no matriculados en el año 2014 en 4to y 5to de secundaria.
- ✚ Estudiantes que no estén entre 15 y 18 años de edad.
- ✚ Estudiantes que no asisten regularmente
- ✚ Estudiantes que no deseen participar en la investigación.

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

El instrumento que se utiliza para la recolección de datos es la encuesta, como técnica el cuestionario, que permite obtener información de fuente directa a través de ítems para identificar la relación entre factores sociales y actitudes del adolescente sobre paternidad responsable.

Dicho instrumento consta de introducción, instrucciones, datos generales de los participantes y la sección de información específica que explora la relación entre las dos variables.

El cuestionario fue redactado mediante el método de escalamiento de Likert, por lo tanto el cuestionario será de selección simple, es decir con tres alternativas de respuestas, en donde el encuestado deberá elegir una de acuerdo a su criterio, el mismo tendrá 52 ítems de alternativa de respuesta.

Se usó escalamiento de Likert de cuatro puntos tanto para la variable, de la siguiente manera: (DA) de acuerdo, (NS) No está seguro, (ED) en desacuerdo.

Considerando la siguiente medición:

Factores sociales:

AUTOESTIMA	PUNTUACION	FAMILIA	PUNTUACION
Alta	20-15	Normal	20-14
Media	14-8	Conflictiva	<13
Baja	<7		

Factores Económicos

ITEMS
01 al 08 cognitivo
09 al 15 conductual
16 al 22 afectivo

PUNTAJES	
Bajo	22 hasta 38

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento se verificó con el Juicio de Expertos que fue conformado por 4 Licenciadas en Enfermería con experiencia en el área de Prevención y e Investigación. Para establecer la confiabilidad se aplicó la prueba estadística de alfa de Cronbach.

3.6 PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección de datos se coordinó y realizó los trámites administrativos correspondientes con el Director del Colegio Jean Harzic Hunter en el Distrito de Hunter, Arequipa, mediante una carta de presentación de la autoridad máxima de la Escuela Profesional de Enfermería, posteriormente se determinó el día de la aplicación del instrumento, con el consentimiento informado se procede a dar las indicaciones y entregar los instrumentos. El tiempo que demandó resolver el cuestionario fue aproximadamente de 15 a 20 minutos. La recolección de datos se inició en el mes de Marzo a agosto del 2014 durante los días de clases. Los datos se procesarán a través de una tabla Matriz y Hoja de Codificación utilizando para ello el programa estadístico SPSS versión 21.0 y el programa Excel 2013 para la presentación de datos en tablas y gráficos para su correspondiente análisis e interpretación.

CAPITULO IV
RESULTADOS
TABLA 1

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y ACTITUDES DEL ADOLESCENTE
SOBRE PATERNIDAD RESPONSABLE EN EL COLEGIO JEAN HARZIC
HUNTER, AREQUIPA – 2014.**

FACTORES SOCIO ECONÓMICOS								
ACTITUDES DEL ADOLESCENTE	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ACEPTACIÓN	8	10%	1	2%	1	1%	10	13%
INDIFERENCIA	4	5%	15	18%	6	8%	25	31%
RECHAZO	3	4%	6	8%	36	44%	45	56%
TOTAL	15	19%	22	28%	43	53%	80	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 1, los factores socioeconómicos de los adolescentes del Colegio Jean Harzic Hunter de Arequipa, de nivel Bajo tienen un nivel de actitudes sobre paternidad responsable de rechazo en un 44%(36), los que tienen factores socioeconómicos de nivel Medio tienen un nivel de actitudes sobre paternidad responsable de Indiferencia en un 18%(15) y los adolescentes con factores socioeconómicos de nivel alto tienen a su vez actitudes sobre paternidad responsable de Aceptación en un 10%(8). Estos resultados nos indican que existe relación entre los factores socioeconómicos y las actitudes de los adolescentes sobre paternidad responsable.

TABLA 2

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS CON LA ACTITUD COGNITIVA DEL
ADOLESCENTE SOBRE PATERNIDAD RESPONSABLE EN EL
COLEGIO JEAN HARZIC HUNTER, AREQUIPA – 2014.**

ACTITUDES COGNITIVAS DEL ADOLESCENTE	FACTORES SOCIO ECONÓMICOS							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ACEPTACIÓN	8	10%	1	1%	1	2%	10	13%
INDIFERENCIA	4	5%	18	23%	3	3%	25	31%
RECHAZO	3	4%	3	4%	39	48%	45	56%
TOTAL	15	19%	22	28%	43	53%	80	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 2, los factores socioeconómicos de los adolescentes del Colegio Jean Harzic Hunter de Arequipa, de nivel Bajo tienen un nivel de actitudes cognitivas sobre paternidad responsable de rechazo en un 48%(39), los que tienen factores socioeconómicos de nivel Medio tienen un nivel de actitudes cognitivas sobre paternidad responsable de Indiferencia en un 23%(18) y los adolescentes con factores socioeconómicos de nivel alto tienen a su vez actitudes cognitivas sobre paternidad responsable de Aceptación en un 10%(8). Estos resultados nos indican que existe relación entre los factores socioeconómicos y las actitudes cognitivas de los adolescentes sobre paternidad responsable.

TABLA 3

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS CON LA ACTITUD AFECTIVA DEL
 ADOLESCENTE SOBRE PATERNIDAD RESPONSABLE EN EL
 COLEGIO JEAN HARZIC HUNTER, AREQUIPA – 2014.**

ACTITUDES AFECTIVAS DEL ADOLESCENTE	FACTORES SOCIO ECONÓMICOS							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ACEPTACIÓN	7	9%	2	3%	1	1%	10	13%
INDIFERENCIA	5	8%	15	18%	2	2%	22	28%
RECHAZO	3	2%	5	7%	40	50%	48	59%
TOTAL	15	19%	22	28%	43	53%	80	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 3, los factores socioeconómicos de los adolescentes del Colegio Jean Harzic Hunter de Arequipa, de nivel Bajo tienen un nivel de actitudes Afectivas sobre paternidad responsable de rechazo en un 50%(40), los que tienen factores socioeconómicos de nivel Medio tienen un nivel de actitudes afectivas sobre paternidad responsable de Indiferencia en un 18%(15) y los adolescentes con factores socioeconómicos de nivel alto tienen a su vez actitudes afectivas sobre paternidad responsable de Aceptación en un 9%(7). Estos resultados nos indican que existe relación entre los factores socioeconómicos y las actitudes afectivas de los adolescentes sobre paternidad responsable.

TABLA 4

FACTORES SOCIOECONÓMICOS CON LA ACTITUD CONDUCTUAL DEL ADOLESCENTE SOBRE PATERNIDAD RESPONSABLE EN EL COLEGIO JEAN HARZIC HUNTER, AREQUIPA – 2014.

ACTITUDES CONDUCTUALES DEL ADOLESCENTE	FACTORES SOCIO ECONÓMICOS							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ACEPTACIÓN	12	15%	1	2%	1	1%	14	18%
INDIFERENCIA	2	3%	18	23%	4	4%	24	30%
RECHAZO	1	1%	3	3%	38	48%	42	52%
TOTAL	15	19%	22	28%	43	53%	80	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 4, los factores socioeconómicos de los adolescentes del Colegio Jean Harzic Hunter de Arequipa, de nivel Bajo tienen un nivel de actitudes Conductuales sobre paternidad responsable de rechazo en un 48%(38), los que tienen factores socioeconómicos de nivel Medio tienen un nivel de actitudes Conductuales sobre paternidad responsable de Indiferencia en un 23%(18) y los adolescentes con factores socioeconómicos de nivel alto tienen a su vez actitudes conductuales sobre paternidad responsable de Aceptación en un 15%(12). Estos resultados nos indican que existe relación entre los factores socioeconómicos y las actitudes conductuales de los adolescentes sobre paternidad responsable.

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Hp. Existe relación entre factores socioeconómicos y actitudes del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014.

Ho. No existe relación entre factores socioeconómicos y actitudes del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$

Tabla 5: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Factores socioeconómicos	Actitudes
Factores socioeconómicos	Correlación de Pearson	1	,933**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	80	80
Actitudes	Correlación de Pearson	,933**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	80	80

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 5, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,933, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables, con un nivel de significancia de valor $p<0,05$.

Siendo cierto que: Si existe relación entre factores socioeconómicos y actitudes del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014.

DISCUSION DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

Los factores socioeconómicos de los adolescentes del Colegio Jean Harzic Hunter de Arequipa, de nivel Bajo tienen un nivel de actitudes sobre paternidad responsable de rechazo en un 44%(36), los que tienen factores socioeconómicos de nivel Medio tienen un nivel de actitudes sobre paternidad responsable de Indiferencia en un 18%(15) y los adolescentes con factores socioeconómicos de nivel alto tienen a su vez actitudes sobre paternidad responsable de Aceptación en un 10%(8). Estos resultados nos indican que existe relación entre los factores socioeconómicos y las actitudes de los adolescentes sobre paternidad responsable. Coincidiendo con LOPEZ (2012) Los principales resultados y conclusiones señalan que la paternidad adolescente es un tema poco difundido y escasamente estudiado. El medio socio cultural no aporta herramientas necesarias a los adolescentes para afrontar la paternidad de manera responsable, que los adolescentes no poseen información adecuada sobre salud sexual reproductiva y paternidad responsable, por lo que se considera necesario que la paternidad adolescente sea considerada como un problema de salud pública y que se creen programas de educación sexual en los cuales se incluya a padres, educadores y profesionales, ya que es necesario cambiar los estereotipos culturales, para educar a los adolescentes desde una mirada científica y que conozcan los riesgos a los que se enfrenta al tener una vida sexual activa sin protección, las consecuencias que puede tener el convertirse en padre a una edad inadecuada y a las responsabilidades a las que se enfrentan. Coincidiendo además con FLORES y Otros (2014) Resultados: Las estudiantes de enfermería tienen un nivel de conocimiento medio acerca de la paternidad responsable 70%, nivel alto 22% y nivel bajo 8%. Respecto a las dimensiones es de nivel medio según conceptos generales 78%, igualdad de género 82% y métodos naturales 70% y de nivel alto en relación al cuidado de la salud reproductiva VII 63%. La actitud hallada fue de indiferencia hacia la paternidad responsable en 66%, actitud de rechazo 19% y aceptación 15%, según las dimensiones cognitiva 69%, afectiva 56% y conductual 68% de indiferencia. Conclusión: Las estudiantes de enfermería

tienen sobre la paternidad responsable un nivel de conocimiento medio y una actitud de indiferencia

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Los factores socioeconómicos de los adolescentes del Colegio Jean Harzic Hunter de Arequipa, de nivel Bajo tienen un nivel de actitudes cognitivas sobre paternidad responsable de rechazo en un 48%(39), los que tienen factores socioeconómicos de nivel Medio tienen un nivel de actitudes cognitivas sobre paternidad responsable de Indiferencia en un 23%(18) y los adolescentes con factores socioeconómicos de nivel alto tienen a su vez actitudes cognitivas sobre paternidad responsable de Aceptación en un 10%(8). Estos resultados nos indican que existe relación entre los factores socioeconómicos y las actitudes cognitivas de los adolescentes sobre paternidad responsable. Coincidiendo con GONZALES E IÑIGUEZ (2010) El proceso se llevó a cabo, a partir del discurso narrativo de las y los adolescentes de 16 a 18 años de edad, pertenecientes a cuatro colegios del Cantón Cuenca, la metodología utilizada fue mixta: Cualitativa y Cuantitativa, mediante la técnica de la Encuesta y de la entrevista no estructurada, para poder determinar el nivel de incidencia social, cultural y simbólica acerca de asumir el rol reproductivo en hombres y mujeres adolescentes y la persistencia de percepciones tradicionales acerca de la maternidad y paternidad.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Los factores socioeconómicos de los adolescentes del Colegio Jean Harzic Hunter de Arequipa, de nivel Bajo tienen un nivel de actitudes Afectivas sobre paternidad responsable de rechazo en un 50%(40), los que tienen factores socioeconómicos de nivel Medio tienen un nivel de actitudes afectivas sobre paternidad responsable de Indiferencia en un 18%(15) y los adolescentes con factores socioeconómicos de nivel alto tienen a su vez actitudes afectivas sobre paternidad responsable de Aceptación en un 9%(7). Estos resultados nos indican que existe relación entre los factores socioeconómicos y las actitudes afectivas de los adolescentes sobre paternidad responsable. Coincidiendo con DE JESUS Y CABALLERO (2011) Se encontró en este contexto que los significados que los varones adolescentes dan a la

paternidad, tienen que ver con sus experiencias de vida, haciendo referencia a la idea de responsabilidad y ruptura. La responsabilidad como construcción social, tiene que ver con el desempeño de actividades de un buen padre, imaginariamente con la protección económica, el cuidado, la atención de los hijos y de la pareja. Por otro lado la ruptura, hace referencia a una escisión de su adolescencia, donde la paternidad le permite al varón transitar y reconocerse simbólicamente como adulto.

OBJETIVO ESPECIFICO 3

Los factores socioeconómicos de los adolescentes del Colegio Jean Harzic Hunter de Arequipa, de nivel Bajo tienen un nivel de actitudes Conductuales sobre paternidad responsable de rechazo en un 48%(38), los que tienen factores socioeconómicos de nivel Medio tienen un nivel de actitudes Conductuales sobre paternidad responsable de Indiferencia en un 23%(18) y los adolescentes con factores socioeconómicos de nivel alto tienen a su vez actitudes conductuales sobre paternidad responsable de Aceptación en un 15%(12). Estos resultados nos indican que existe relación entre los factores socioeconómicos y las actitudes conductuales de los adolescentes sobre paternidad responsable. Coincidiendo con FLORES (2012) Resultados: El nivel de Conocimientos de los Adolescentes es de nivel regular. Las actitudes de los Adolescentes en mayor porcentaje son indecisas, con Pensamientos Favorables hacia su sexualidad y el menor porcentaje de alumnos Conductas Indecisas 38.9%. La gran mayoría de los Adolescentes, aún no tienen relaciones y un 30% ya las tiene, siendo el promedio de edad entre 15-16 años, donde predomina el sexo masculino. Los Adolescentes que tienen un nivel de Conocimiento de medio a bajo, tienen mayores prácticas sexuales. El sexo femenino en mayor porcentaje no se protege. El mayor porcentaje de Alumnos, refirieron que tener un hijo a temprana edad en primer lugar significa Tener más responsabilidad y madurez en esa nueva etapa de su vida. Coincidiendo además con MUCHCCO (2012) Conclusiones: Los estudiantes adolescentes de ambos centros educativos muestran una calificación regular en los conocimientos, actitudes y comunicación familiar frente al inicio temprano de las relaciones sexuales, por lo que se requiere

la mejora y el fomento de estrategias en la Educación Sexual tanto en los colegios como en la dinámica familiar.

CONCLUSIONES

PRIMERO

Los factores socioeconómicos de los adolescentes del Colegio Jean Harzic Hunter de Arequipa, de nivel Bajo tienen un nivel de actitudes sobre paternidad responsable de rechazo, los que tienen factores socioeconómicos de nivel Medio tienen un nivel de actitudes sobre paternidad responsable de Indiferencia y los adolescentes con factores socioeconómicos de nivel alto tienen a su vez actitudes sobre paternidad responsable de Aceptación. Estos resultados nos indican que existe relación entre los factores socioeconómicos y las actitudes de los adolescentes sobre paternidad responsable. Se comprobó estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,933 y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

Los factores socioeconómicos de los adolescentes del Colegio Jean Harzic Hunter de Arequipa, de nivel Bajo tienen un nivel de actitudes cognitivas sobre paternidad responsable de rechazo, los que tienen factores socioeconómicos de nivel Medio tienen un nivel de actitudes cognitivas sobre paternidad responsable de Indiferencia y los adolescentes con factores socioeconómicos de nivel alto tienen a su vez actitudes cognitivas sobre paternidad responsable de Aceptación. Estos resultados nos indican que existe relación entre los factores socioeconómicos y las actitudes cognitivas de los adolescentes sobre paternidad responsable.

TERCERO

Los factores socioeconómicos de los adolescentes del Colegio Jean Harzic Hunter de Arequipa, de nivel Bajo tienen un nivel de actitudes Afectivas sobre paternidad responsable de rechazo, los que tienen factores socioeconómicos de nivel Medio tienen un nivel de actitudes afectivas sobre paternidad responsable de Indiferencia y los adolescentes con factores socioeconómicos de nivel alto tienen a su vez actitudes afectivas sobre paternidad responsable de Aceptación. Estos resultados nos indican que existe relación entre los factores socioeconómicos y las actitudes afectivas de los adolescentes sobre paternidad responsable.

CUARTO

Los factores socioeconómicos de los adolescentes del Colegio Jean Harzic Hunter de Arequipa, de nivel Bajo tienen un nivel de actitudes Conductuales sobre paternidad responsable de rechazo, los que tienen factores socioeconómicos de nivel Medio tienen un nivel de actitudes Conductuales sobre paternidad responsable de Indiferencia y los adolescentes con factores socioeconómicos de nivel alto tienen a su vez actitudes conductuales sobre paternidad responsable de Aceptación. Estos resultados nos indican que existe relación entre los factores socioeconómicos y las actitudes conductuales de los adolescentes sobre paternidad responsable.

RECOMENDACIONES

Promover que el personal de enfermería en coordinación con los Directivos y docentes de la Institución Educativa del Colegio Jean Harzic Hunter de Arequipa, deben reforzar los conocimientos y actitudes de los Adolescentes acerca de la paternidad responsable.

Fomentar mediante intervenciones educativas participativas como el teatro, sociodrama, las actitudes cognitivas y conductuales favorables a los Adolescentes.

Fomentar reuniones de los padres de familia, para tratar el tema de Sexualidad y la paternidad responsable como forma en la que deben orientar a sus hijos adolescentes.

Sugerir al Ministerio de Educación la implementación de temas o al menos contenidos relacionados a la salud sexual reproductiva y la paternidad responsable dentro de los cursos previamente autorizados o la implementación de cursos específicos relacionados al tema CTA, FCC, PF.

Coordinación interinstitucional con Mides y Minedu, aprovechando las bases de datos de los programas sociales para identificar a adolescentes y familias en riesgo para poder impartir educación en temas de salud sexual y paternidad responsable, implementación de programas permanentes de educación a adolescentes a través del personal de salud que visita los barrios y comunidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1)(35)(37)(39)(40) López Poveda, Jenny Elizabeth, Realizaron la investigación titulada “Factores sociales influyen en la asunción de la paternidad responsable de los adolescentes entre 15 y 18 años usuarios del Centro de Salud Nro. 10 de la Ciudad de Guayaquil”, Ecuador – 2012.
- (2) Gonzales Rugel, Elva María; Iñiguez Ibarra, Walter Gerardo, Realizaron un estudio titulado “Percepciones sobre maternidad y paternidad en adolescentes hombres y mujeres, el caso de cuatro colegios del cantón Cuenca, período 2009-2010”, Ecuador 2009 – 2010.
- (3) De Jesús Reyes, David; Caballero Garza, Martha Leticia; Realizaron la investigación titulada “Paternidad adolescente y transición a la adultez, Una mirada cualitativa en un contexto de marginación social”, México – 2011.
- (4) Flores Tejada, Mariel Edith, Realizo la investigación titulada “Conocimientos, prácticas sexuales y actitud del adolescente hacia la sexualidad responsable y embarazo precoz”, Lima – 2012.
- (5) (25) (26) (27) Flores Samaniego, Pilar Lourdes; Sabaduche Suarez, Gloria Azucena, Realizaron la investigación titulada: “Conocimiento y actitud de las estudiantes de enfermería en relación a la paternidad responsable” Lima - 2014.
- (6) Muchcco Ananpa, Leydy Vanessa, Realizo la investigación titulada “Conocimientos, Actitudes y Comunicación Familiar frente al inicio temprano de las relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de dos instituciones educativas nacionales. 2012.” Lima - 2012.
- (7) (8) (9) Waley –Wong. Enfermería Pediátrica. 4ta Ed. Editorial. España. Mosby Doyma Libros. Pps. 335-380.
- (10) (11) Educación En Sexualidad Para Jóvenes Y Adultos. Ana Bendezú G, Y Colaboradores. Asociación Perú-Mujer. Ministerio De Educación. 2002. Pps 82-27.

- (12) Ops. Manual De Medicina De La Adolescencia. 1992 Pps 15- 17.
- (13)(14)(15) ONUSIDA (2007), Vivir en un mundo con Vlll y SIDA. Págs. 15, http://www.Onu.org.pe/Publico/infocus/vihsida_peru.aspx: Acceso el25 de octubre del 2014.
- (16)(17)(18)(22)(23) Orientación, M. (2007).Monografía en internet. España, <http://orientacionmatrimonial.wordpress.com/2007/02/07/reciprocidad>: Accesado 17 de octubre de 2014.
- (19) (20) (21) (24) Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002. Ginebra: OMS. Accesado el25 de enero del 2013.
- (28) (29) Paternidad responsable, Salud Publica, Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Escuela de Ginecología y Obstetricia – Vol. 41 Nro. 1 Enero 1995. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_41n1/paternidad.htm.
- (30)(31) Paternidad adolescente en la escuela secundaria, por Alejandra Orteni, Universidad Nacional de La Planta, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación Secretaria de Posgrado. <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1068/te.1068.pdf>. Agosto 2014.
- (32)(33)(34)(36)(38) Masculinidad y factores socioculturales asociados a la paternidad. Por Marcelina Castillo Venerio, Rebeca Centeno Orozco. http://www.berdingune.euskadi.eus/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/Masculinidad%20y%20Paternidad%20Responsable%20Nicaragua.Marcelina%20Castillo%20Venerio,Rebeca%20Centeno%20Orozco.pdf.
- (41)(42)(43) Paternidad responsable en el Istmo, Naciones Unidas Comisión para America latina y el caribe – CEPAL. http://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Paternidad_CA_CEPAL.pdf.
- (44)(45) Rol de enfermería. Un enfoque decisivo para el cambio (2005) <http://www.unap.pe/enfermeria/enfermeria05/resumen0612.html> Acceso el 19 de febrero del 20 13.

(46)(47) Teoria Enfermeras, Nola Pender,
[Http://Teoriasdeenfermeriauns.Blogspot.Pe/2012/06](http://Teoriasdeenfermeriauns.Blogspot.Pe/2012/06).

(48)(49) Teoria Enfermeras, Madeleine Leininger, [Http://Teorias de enfermeria uns.Blogspot.Pe/2012/06](http://Teoriasdeenfermeriauns.Blogspot.Pe/2012/06).

ANEXOS

ANEXO 1: “FACTORES SOCIOECONOMICOS Y ACTITUDES DEL ADOLESCENTE SOBRE PATERNIDAD RESPONSABLE, EN EL COLEGIO JEAN HARZIC HUNTER, AREQUIPA - 2014”

BACHILLER: YDME GUZMAN, Yudith

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Trece de cada 100 mujeres peruanas entre los 15 y 19 años de edad son madres o están embarazadas por primera vez, según el último informe del Instituto Peruano de Paternidad Responsable. Las mujeres entre los 15 y 19 años hemos estado embarazadas en un 13%. Entre los hombres de la misma edad menos del 1% son padres. La estadística se incrementa en los lugares más pobres y alejados de la capital. Tal es el caso de Loreto, en donde 30 de cada 100 adolescentes</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar la relación que existe entre factores socioeconómicos y actitudes del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Identificar la relación que existe entre</p>	<p>HIPOTESIS</p> <p>Hp. Si existe relación entre factores socioeconómicos y actitudes del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014.</p> <p>Ho. No existe relación entre factores socioeconómicos y actitudes del adolescente sobre paternidad</p>	<p>Factores socioeconómicos</p> <p>Actitud sobre paternidad responsable adolescente</p>	<p>Sociedad</p> <p>Familia</p> <p>Economía</p> <p>Cognitiva</p> <p>Afectiva</p> <p>Conductual</p>	<p>Autoestima</p> <p>Profesores</p> <p>Alumnos/ compañeros</p> <p>Familia/ Parejas</p> <p>Recursos económicos</p> <p>Experiencia de paternidad responsable</p> <p>Predisposición responsable-</p> <p>Importancia</p>	<p>La investigación es de tipo no experimental de enfoque cuantitativo y nivel descriptivo – correlacional, Descriptivo porque pretende realizar la descripción del fenómeno de interés, en la investigación. Correlacional porque pretende determinar la relación de las variables en la investigación, de corte transversal y por número de variables es bivariable.</p>

<p>también estuvo en gestión.</p> <p>Por lo expuesto anteriormente, se considera de gran relevancia la presente investigación ya que se busca determinar los factores socioeconómicos y actitudes del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter de Arequipa – 2014.</p>	<p>factores socioeconómicos con la actitud cognitiva del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014.</p> <p>Identificar la relación que existe entre factores socioeconómicos con la actitud afectiva del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014.</p> <p>Identificar la relación que existe entre factores socioeconómicos con la actitud conductual del adolescente sobre paternidad responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014.</p>	<p>responsable en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa – 2014.</p>				
---	--	---	--	--	--	--

ANEXO 2

ENCUESTA



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

ENCUESTA

Buenos días, mi nombre es Ydme Guzmán, Yudith, soy estudiante de la Universidad Alas Peruanas, el presente proyecto de investigación titulado “Factores sociales y actitudes del adolescente sobre paternidad responsable, en el Colegio Jean Harzic Hunter, Arequipa - 2014”

INSTRUCCIONES:

Marcar con un aspa (X), la respuesta correcta según lo que Ud. crea por conveniente. Este cuestionario es anónimo. Tomando en consideración lo siguiente: De Acuerdo (**DA**), No está seguro (**NS**), En desacuerdo (**ED**). / Si, No, A veces. Solicitamos que responda con veracidad y precisión estas preguntas, agradeciendo de antemano su sinceridad y colaboración.

I. DATOS GENERALES:

Nombre:.....

Fecha:

Grado/sección:.....

Sexo: (M) (F)

Edad:.....

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES SOCIALES

ÍTEMS	AFIRMACIONES	SI	A VECES	NO
1	Si tus amigos(a), compañeras(os) te piden algo ¿Te resulta fácil decirles que si le puedes prestar?			
2	¿Si alguien te interrumpe cuando estás hablando, te es fácil decirle que se calle mientras tú hablas?			
3	¿Te sientes capaz de iniciar una conversación con una persona de tu edad que ves por primera vez?			
4	¿Para terminar una tarea o trabajo, te sientes capaz de pedir ayuda a un compañero(a), si no son amigos?			
5	¿Sientes que los demás te respetan?			
6	¿Sientes vergüenza al hablar frente a un grupo de adolescentes?			
7	¿Te sientes capaz de ser líder para dirigir un grupo?			
8	¿Te da lo mismo que se burlen de ti?			
9	¿Te consideras un buen o una buena estudiante?			
10	¿Si algo te sale mal lo vuelves a intentar?			

11. ¿De cuántos miembros está conformada su familia?

a.

12. ¿Cree usted que una familia entre más grande sea es mejor?

Si() No()

13. Por quienes está constituido su hogar. Marca con x

- ✓ () Padres
- ✓ () Hermanos
- ✓ () Abuelos
- ✓ () Tíos
- ✓ () Primos
- ✓ () Otros

Nro.	ITEMS	SI	A VECES	NO
14	Existe una buena armonía en su hogar			
15	Los miembros de tu familia solicitan ayuda el uno al otro.			
16	¿Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina?			
17	Tienes una buena relación con tus padres			

18. ¿Cuando hay decisiones en su hogar quienes intervienen?

- ✓ () Padres
- ✓ () Abuelos
- ✓ () Tíos
- ✓ () Primos
- ✓ () Otros

19. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad

Si () A veces () No ()

20. La unión familiar es muy importante

Si () A veces () No ()

CUESTIONARIO SOBRE FACTOR ECONOMICO

21. ¿Quiénes generan aporte económicamente en la familia? :

✓ () Madre

✓ () Padre

✓ () Hermano

✓ () Yo

✓ () Otros

22. ¿Tus padres te apoyan económicamente?

✓ () Si () No () A veces

23. Tus padres te compran los útiles escolares

Si () No () Otros ()

24. Quien proporciona los pasajes para ir al colegio

Mama () Papa () Yo () Otros ()

25. Tus padres te dan para el recreo

() Si () No () A veces

26. Cuando sales con amigos(as) quien te apoya económicamente

Mama () Papa () Yo () Otros ()

27. Quien proporciona la pensión para el colegio

Mama () Papa () Yo () Otros ()

28. Quien compra los uniformes escolares

Mama () Papa () Yo () Otros ()

29. ¿Cuándo deseas algo quien te apoya económicamente?

Mama () Papa () Yo () Otros ()

30. ¿Cuándo estas en las vacaciones quien te apoya económicamente?

Mama () Papa () Yo () Otros ()

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES DEL ADOLESCENTE

Enunciados	DA	NS	ED
1. La paternidad responsable tiene muy poca relación con los métodos anticonceptivos.			
2. La existencia de métodos anticonceptivos no es útil para el ejercicio de la paternidad responsable.			
3. Las relaciones sexuales precoces en la adolescencia es una manifestación de anormalidad.			
4. Cuando se asiste a fiestas con la enamorada(o), es conveniente buscar lugares apartados para estar solos con él /ella			
5. En la adolescencia, el amor se expresa solo con abrazos y besos			
6. Las relaciones sexuales, se tienen cuando la persona se sienta preparada física y emocionalmente.			
7. La relación sexual, con responsabilidad garantiza la prevención del embarazo no deseado.			
8. Vale la pena gastar dinero en métodos anticonceptivos.			
9. Planificar el tamaño familiar es indispensable			
10. Al asistir a discotecas se puede tener relaciones sexuales sin responsabilidad.			
11. Es imposible el embarazo durante la primera relación sexual.			
12. Siempre son necesarios los métodos			

anticonceptivos, para evitar un embarazo.			
13. Las relaciones sexuales sin responsabilidad, se tienen por imitación de la conducta sexual de los amigos.			
14. Tener relaciones sexuales, es una necesidad prioritaria en la adolescencia.			
15. Los embarazos no deseados pueden estar asociados a problemas familiares			
16. Es importante saber que es paternidad responsable.			
17. Es importante saber cuántos hijos se debe tener			
18. El no tener relaciones sexuales, ocasiona daños al organismo.			
19. El tener relaciones sexuales sin protección, no me causa ningún tipo de enfermedad o daño			
20. La llegada de un hijo, debe ser previamente planificada			
21. La paternidad responsable es un problema que tiene que ver principalmente con la desinformación de los métodos anticonceptivos.			
22. El protegerse durante las relaciones sexuales, es responsabilidad sólo de la mujer.			