



**UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA**

---

Escuela de Postgrado Víctor Alzamora Castro

**RELACIÓN ENTRE ACTITUDES HACIA LA  
SEXUALIDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO  
SOBRE FACTORES DE RIESGO DE  
DISCAPACIDAD PRENATAL EN  
ADOLESCENTES DEL CONO SUR DE LIMA**

**Tesis para optar el Grado de Magíster  
en Psicología Educativa**

**Ysabel Masías Ynocencio**

**Lima – Perú**

**2006**

## **Jurado de tesis**

**Dra. Norma Reátegui Colareta**

**Dra. Ana Aguilar Angeletti**

**Dra. Mery Claux Alfaro**

**ASESORA**

**Dra. Esther Velarde Consoli**

## **DEDICATORIA**

*A mis hijos Christian e Iván, por su amor, empeño y fuerzas para avanzar.*

*A mi hermana Nancy, por su colaboración permanente, comprensión y  
soporte emocional.*

*A mi Madre, por su amor, y presencia moral y espiritual*

*A Pascual, por su apoyo permanente en la realización de este trabajo.*

## **AGRADECIMIENTO**

Esta investigación es el resultado del esfuerzo y dedicación no solo de su autora, sino también del trabajo desinteresado de otras personas, quienes de uno u otro modo han contribuido con generosidad en su realización.

En primer lugar, debo agradecer a Dios, por haberme permitido la realización de esta investigación, la cual significa la concreción de una de mis metas personales.

Agradezco a mi asesora Dra. Esther Velarde Consoli por la asesoría permanente.

A la Dra. Norma Reátegui Colareta por el apoyo permanente, la motivación constante y haberme brindado las facilidades necesarias del caso.

Al Dr. Manuel Torres Valladares por su guía en el trabajo metodológico.

Al Dr. Hugo Salazar por sus orientaciones en el marco teórico de la sexualidad.

Al Dr. Alberto Coila de la Cruz por sus aportes en el marco teórico de la discapacidad prenatal.

A los Directores y Profesores de las Instituciones Educativas de San Juan de Miraflores, Villa El Salvador y Pachacamac por haberme brindado las facilidades para la recolección de la información requerida.

Y finalmente agradezco a los estudiantes de 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> año de Secundaria de las Instituciones Educativas respectivas.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	10
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	13
1. Identificación del problema .....	13
2. Justificación e importancia del problema .....	20
3. Limitaciones de la investigación .....	21
4. Objetivos de la investigación .....	22
4.1. Objetivo general .....	22
4.2. Objetivos específicos .....	22
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	23
1. Aspectos teóricos pertinentes .....	23
1.1. ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD .....	23
1.1.1. Definición de actitud .....	23
1.1.1.1. Componentes de la actitud .....	24
1.1.1.2. Dimensiones de la actitud .....	26
1.1.2. La adolescencia en el contexto de la salud sexual reproductiva.....	28
1.1.2.1. Definición de adolescencia .....	28
1.1.2.2. La sexualidad del adolescente .....	29
1.1.2.3. Teorías sobre el desarrollo de la sexualidad .....	32
1.1.2.4. Desarrollo psicosocial y psicosexual durante la adolescencia .....	33
1.1.2.5. Conducta sexual adolescente y factores de riesgo en la actividad	

sexual precoz .....	34
1.1.2.6. Educación sexual en el desarrollo de la sexualidad adolescente .....	38
1.2. FACTORES DE RIESGO DE DISCAPACIDAD PRENATAL .....	41
1.2.1. Identificación de los factores de riesgo biológico y ambiental .....	41
1.2.2. La discapacidad .....	44
1.2.2.1. Definición de la discapacidad .....	44
1.2.3. Etapa prenatal y factores de riesgo .....	46
1.2.3.1. Definición de la etapa prenatal .....	46
1.2.3.2. Ámbitos de estudio de la etapa prenatal .....	47
1.2.3.2.1. Salud sexual reproductiva .....	47
1.2.3.2.2. Ecología fetal y prevención de discapacidades .....	50
1.2.3.2.3. Atención y nutrición prenatal prevención de discapacidades .....	54
1.2.3.2.4. Parto sin peligro .....	56
1.2.3.3. Enfoque de la prevención prenatal de discapacidades .....	58
2. Estudios nacionales y extranjeros sobre el tema investigado .....	61
2.1. Estudios nacionales .....	61
2.2. Estudios extranjeros .....	63
3. Definiciones operacionales y de variables .....	65
3.1. Definiciones operacionales .....	65
3.2. Variables de estudio .....	66
4. Hipótesis .....	67
4.1. Hipótesis general .....	67
4.2. Hipótesis específicas .....	67
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .....</b>	<b>69</b>

1. Nivel y tipo de investigación .....	69
2. Diseño de la investigación .....	69
3. Población y naturaleza de la muestra .....	70
3.1. Características de la población .....	71
3.2. Muestra y método de muestreo .....	71
3.3. Descripción de la muestra .....	71
3.4. Criterios de inclusión .....	72
3.5. Criterios de exclusión .....	73
4. Instrumentos .....	73
4.1. Descripción general de los instrumentos .....	73
4.2. Descripción de la Escala de Actitudes hacia la sexualidad.....	76
4.2.1. Criterio de Validación de Jueces .....	76
4.2.2. Propiedad Psicométrica .....	77
4.3. Descripción de la encuesta de “Identificación de Riesgos y Peligros de Discapacidad .....	78
4.3.1. Validez y confiabilidad de la Escala de Salud Sexual-Reproductiva .....	80
4.3.2. Validez y confiabilidad de la Escala de Ecología Fetal .....	81
4.3.3. Validez y confiabilidad de la Escala de Atención y Nutrición Prenatal	83
4.4.4. Validez y confiabilidad de la Escala de Parto sin Peligro .....	85
5. Procedimiento de recolección de datos .....	86
6. Procedimiento de análisis de datos .....	87
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....</b>	<b>88</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN .....</b>	<b>104</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>113</b>

<b>RECOMENDACIONES</b> .....	116
<b>REFERENCIAS</b> .....	118
<b>ANEXOS</b> .....	125
1. Encuesta de “Identificación de Riesgos y Peligros de Discapacidad Prenatal” .....	
2. Escala de actitudes hacía la sexualidad .....	
3. Consideraciones éticas .....	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Distribución de los participantes según: edad, sexo, grado de estudios y lugar de procedencia. ....	72
Tabla 2:	Validez de Contenido por Criterio de Jueces de la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad .....	77
Tabla 3:	Análisis Psicométrico de la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad .....	78
Tabla 4:	Encuesta de “Identificación de Riesgos de Discapacidad Prenatal” .....	79
Tabla 5:	Validez de Constructo de la Escala Salud Sexual-Reproductiva a través del Análisis Factorial Exploratorio .....	80
Tabla 6:	Análisis Psicométrico de Ítems y Confiabilidad de la Escala Salud Sexual-Reproductiva .....	81
Tabla 7:	Análisis de la Validez de Constructo de la Escala Ecología Fetal a través del Análisis Factorial Exploratorio .....	82
Tabla 8:	Análisis Psicométrico de Ítems y Confiabilidad de la Escala Ecología Fetal .....	83
Tabla 9:	Análisis de la Validez de Constructo de la Escala Atención-Nutrición Prenatal a través del Análisis Factorial Exploratorio .....	84
Tabla 10:	Análisis Psicométrico de Ítems y Confiabilidad de la Escala Atención-Nutrición Prenatal .....	84
Tabla 11:	Análisis de la Validez de Constructo de la Escala Parto sin Peligro a través del Análisis Factorial Exploratorio .....	85
Tabla 12:	Análisis Psicométrico de Ítems y Confiabilidad de la Escala Parto Sin Peligro .....	86
Tabla 13:	Análisis Comparativo entre el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal y actitudes hacia la sexualidad según grupo de edad .....	95
Tabla 14:	Análisis Comparativo entre el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal y actitudes hacia la sexualidad según grupo de género .....	95
Tabla 15:	Análisis Comparativo entre el nivel de conocimientos sobre	

	factores de riesgo de discapacidad prenatal y actitudes hacia la sexualidad según grado de estudios .....	96
Tabla 16:	Análisis Comparativo entre el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal y actitudes hacia la sexualidad según la procedencia .....	97
Tabla 17:	Prueba de distribución Normal De Kolmogorov-Smirnov .....	98
Tabla 18:	Coefficiente de correlación entre Nivel de Conocimiento y Actitudes hacia la Sexualidad .....	99
Tabla 19:	Coefficiente de correlación entre nivel de conocimientos sobre: "Salud Sexual y Reproductiva" y Actitudes hacia la Sexualidad .....	100
Tabla 20:	Coefficiente de correlación entre Nivel de Conocimiento sobre "Ecología Fetal" y Actitudes hacia la Sexualidad .....	101
Tabla 21:	Coefficiente de correlación entre Nivel de Conocimiento sobre: "Atención y Nutrición Pre-Natal" y Actitudes hacia la Sexualidad .....	102
Tabla 22:	Coefficiente de correlación entre Nivel de Conocimiento sobre: "Parto sin peligro" y Actitudes hacia la Sexualidad .....	103

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Distribución de los resultados generales de la muestra total de las actitudes hacia la sexualidad .....	88
Gráfico N° 2: Distribución de los resultados generales de la muestra total del nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal .....	89
Gráfico N° 3: Distribución de los resultados generales nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal según ámbitos.....	90
Gráfico N° 4: Distribución de los resultados generales nivel de conocimientos sobre Salud Sexual Reproductiva según dimensiones .....	91
Gráfico N° 5: Distribución de los resultados generales nivel de conocimientos sobre sobre Ecología Fetal según dimensiones .....	92
Gráfico N° 6: Distribución de los resultados generales nivel de conocimientos sobre Atención y Nutrición Prenatal según dimensiones .....	93
Gráfico N° 7: Distribución de los Resultados Generales nivel de Conocimientos sobre Parto sin Peligro según dimensiones .....	94
Gráfico N° 8: Diagrama de dispersión entre Nivel de Conocimiento General y Actitud General hacia la Sexualidad .....	99
Gráfico N° 9: Diagrama de dispersión de los Puntajes de Conocimiento: Salud Sexual y Reproductiva con Actitud General hacia la Sexualidad .....	100
Gráfico N° 10: Diagrama de dispersión de los Puntajes de Conocimiento: Ecología Fetal con Actitud General hacia la Sexualidad .....	101
Gráfico N° 11: Diagrama de dispersión de los puntajes de Conocimiento: Atención y Nutrición Pre-Natal con Actitud General hacia la sexualidad.....	102
Gráfico N° 12: Diagrama de dispersión de los puntajes de Conocimiento: Parto sin Peligro con Actitud General hacia la Sexualidad.....	103

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objeto dar cuenta de los resultados de la investigación “Relación entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de discapacidad prenatal en adolescentes del cono sur de Lima”, tomando como muestra a alumnos del 4to y 5to año de educación secundaria de los distritos de San Juan de Miraflores, Villa El Salvador y Pachacamac. Así mismo, su realización fue ejecutada a partir del registro de información de los datos sobre las actitudes contraproducentes en adolescentes con respecto a su propia sexualidad, las cuales, de otra parte, resultan comunes en nuestro medio, claramente asociadas con un contexto de pobreza, explotación laboral, acoso y abuso sexual, violencia familiar y social, bajo rendimiento y fracaso escolares, ignorancia respecto a una sexualidad responsable (irresponsabilidad paterna, embarazo adolescente, alto riesgo de ITS), uso indebido de alcohol, tabaco y drogas, entre otros aspectos.

De hecho, el tema de la sexualidad ha adquirido gran interés en las últimas décadas. Dicha impronta tiene su origen en el reconocimiento de los riesgos que enfrenta hoy en día el adolescente, a partir de ignorar aspectos de su propia sexualidad, lo cual a su vez es motivado por la ausencia de programas educativos en el ámbito formal de la educación, así como por la falta de preparación de los padres y profesores en la respuesta a las inquietudes de los jóvenes. Ahora bien, en tanto que la sexualidad es un proceso vital humano que no se inicia en la adolescencia, sino que es un elemento inherente desde el

nacimiento hasta la muerte, ella constituye un todo con la vida misma, así como un elemento integrante fundamental de la personalidad. Así pues, la sexualidad resulta una función que no solo influye en el contexto sociocultural en que ésta se desarrolla, sino que también genera una serie de repercusiones sobre el mismo.

Atendiendo específicamente a la sexualidad adolescente, ésta se ve expresada a través de las relaciones que el adolescente establece con sus pares, su familia, su comunidad en general, así como consigo mismo. Particularmente, la sexualidad cobra gran importancia en la adolescencia debido a los múltiples y complejos cambios físicos, cognitivos y psicosociales que ocurren durante dicha etapa; tales cambios, pues, determinan significados y formas de expresión diferentes en la sexualidad. Como consecuencia, ésta influye significativamente en el modo de vida de los adolescentes y repercute en la problemática de salud que puede aparecer en ese momento o en las sucesivas etapas del ciclo vital humano.

En la actualidad, el Perú continúa arrastrando el problema de la morbi-mortalidad infantil y materna, muy asociado con la salud sexual y reproductiva de la población escolar, cuyas cifras resultan bastante significativas, en particular los índices de madres gestantes aumentan cada año. Así, de acuerdo con el informe presentado por ENDES el año 2000, el 13% de las adolescentes peruanas entre 15 y 19 años de edad ya eran madres; el 25% de las mujeres atendidas por abortos incompletos eran adolescentes; y el 15% de muertes en mujeres por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio eran también adolescentes. Por su parte, el estudio de Arana y Calle 2004 demuestra que las adolescentes son el grupo de población más expuesto a sufrir violencia física y sexual; mientras que, complementariamente, el Instituto de Medicina Legal informa en el año 2001 que el 60% de las agresiones sexuales fueron cometidas por adolescentes de sexo masculino menores de 18 años, y dentro del ámbito familiar.

No olvidemos, también que muchos de éstos bebés y niños producto de las madres adolescentes desprotegidas nacen con problemas físicos, mentales, emocionales y psicológicos, a consecuencia de no poseer una cultura de prevención en el conocimiento de los factores de riesgo de discapacidad prenatal las cuales pueden traer como consecuencia el nacimiento de bebés discapacitados (con sordera, ceguera, autismo, retardo mental, además de otros problemas de salud). Los datos por la OPS (2001) informan que existen en el mundo 600 millones de niños con discapacidad, 38 millones en América Latina y el Caribe, de los cuales el 40% de estos niños fueron afectados durante la etapa prenatal y al momento de su nacimiento, el 70% es atribuible a factores genéticos y problemas al nacer.

En efecto, esta es la cruda realidad en que se desenvuelven nuestros adolescentes de hoy, características que cobran especial énfasis en las zonas periféricas del cono sur de la capital de Lima, nuestro ámbito de estudio, donde los medios de comunicación social muestran cotidianamente la alta prevalencia de adolescentes que sufren abuso sexual, embarazos no deseados, no planificados, abortos provocados, intentos de suicidio muchas veces conducentes a la muerte y abandono de bebés recién nacidos.

El embarazo en adolescentes presenta un problema social debido a que no sólo afecta a las personas y familias involucradas sino también a la sociedad en su conjunto. Por ello, resulta impostergable considerar la sexualidad en el contexto de la salud integral de los adolescentes, incorporando como estrategia de intervención la educación temprana de la sexualidad, en el marco del enfoque de la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva en las instituciones educativas. Así mismo, dicho proceso debe revalorizar el espacio familiar como el primer agente formador y socializador que transmite actitudes, valores, conductas, conocimientos y tradiciones socioculturales en los adolescentes de hoy. Precisamente, es en dichas directrices que ha sido elaborada esta investigación.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

El Perú cuenta con una importante proporción de población joven, correspondiendo a los adolescentes el 22,3% de la población total. En el año 2003, los adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años alcanzaba los 7 millones 636 mil habitantes (28,1%), de los cuales el 10,4% vive en condiciones de extrema pobreza; desde luego, dichas condiciones de pobreza extrema implican la falta de oportunidades en el desarrollo personal y laboral, una pobre y deficiente comunicación familiar, desintegración familiar, así como la generación de conductas y/o comportamientos de riesgo (pertenencia a pandillas, práctica de la violencia, abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias, ejercicio irresponsable de la sexualidad, entre otros) (Cuba, 2004).

El estudio de la relación entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de discapacidad prenatal es, desde la perspectiva de la psicología educacional, algo muy importante, en tanto los jóvenes de hoy son muy activos sexualmente y, a pesar de conocer los riesgos, suelen mantener contactos sin la protección adecuada. Nuestro estudio tiene que ver con tales cuestiones, en el escenario geográfico de la población adolescente de las zonas periféricas del cono sur de Lima: los distritos de San Juan de Miraflores, Villa El Salvador y Pachacamac.

La experiencia profesional nos ha permitido conocer la diversa problemática de la sexualidad en el adolescente, donde se ha podido observar, en el entorno escolar y social, las actitudes y comportamientos de las chicas y chicos al momento de iniciar la actividad sexual en forma prematura e irresponsable frente al cuidado de su cuerpo y su salud integral, sin las precauciones debidas en el uso de los métodos anticonceptivos. Dichas conductas contraproducentes, pues, están asociados a los bajos niveles de conocimiento sobre los factores de riesgos y peligros en la salud sexual y salud reproductiva, en la ecología fetal, en la atención y nutrición prenatal y en el parto sin peligro, que pueden presentarse en la etapa prenatal en el caso de un embarazo.

En efecto, la adolescente gestante no cuenta con la edad ni madurez emocional ni psicológica suficiente para asumir la responsabilidad materna o paterna, lo cual se empeora con la poca o nula información que tiene los adolescentes sobre su sexualidad (relacionadas al comportamiento sexual, identidad sexual, roles de género, orientación sexual, al uso de métodos anticonceptivos, a la prevención de situaciones de riesgo y al desarrollo de la actividad sexual) mucho menos, sobre la precaución y previsión responsable que implica la espera de un bebé en el momento del parto para un nacimiento sin peligro.

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

Frente a esta alarmante situación, en el año 2002 el Ministerio de Salud aborda por primera vez el problema del adolescente, publicando, en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia para el período 2002-2010, un eje temático de Salud Sexual y Salud Reproductiva, dentro del Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas, a través de la Oficina de Tutoría y Prevención Integral, la responsable de llevar a cabo la acción preventiva promocional. La finalidad, entonces, es capacitar al personal de la salud de las DISAs, a los docentes de las instituciones educativas, a los asesores, tutores de los escolares para la orientación y formación de calidad de vida y salud, especialmente en el grupo de 12 a 19 años de edad (MINSAs, 2005).

Desde 1994, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo recomienda a las instituciones educativas, de salud, y población en general, tomar conciencia y realizar “acciones y esfuerzos especiales por promover actitudes favorables en la participación activa de los varones en la sexualidad, para desarrollar la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, la planificación de la familia; la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de las infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH; la prevención de los embarazos no deseados y de alto riesgo; la participación y la contribución al ingreso familiar, la educación de los hijos, la salud y la nutrición; y el reconocimiento y la promoción de que los hijos de ambos sexos tienen derecho a una vida saludable con calidad” (CIPD, 1994).

Sin embargo, a pesar de tales directivas, en 2003, se estimó que había 80 000 adultos (de 15 a 49 años) con el VIH- SIDA, de igual forma, es muy preocupante la alta prevalencia en grupos vulnerables que asumen con frecuencia conductas de riesgo y utilizan en forma limitada los preservativos, en particular en las zonas donde hay pocos servicios de información y asesoramiento. Así mismo, la tasa de fecundidad de las adolescentes no ha variado mucho; así, alrededor del 13% de las adolescentes están o han

estado embarazadas, este porcentaje aumenta al 21,7% en las zonas rurales y al 36,9% en las adolescentes con niveles educativos más bajos. De igual modo, entre 2000 y 2004, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos disminuyó del 50% al 47%, mientras que los abortos ilegales aumentaron de una cifra estimada de 350.000 a 410.000. En las zonas rurales, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos es solamente del 33%. (CIPD, 2003)

Otro de los problemas ocultos no mencionados ni difundidos en la comunidad es el problema de discapacidad, problema que solamente es visto después de haber ocurrido el daño en el bebé. La CIPD (1994), afirma que las madres adolescentes enfrenta un riesgo superior, al riesgo general de perder la vida debido al embarazo y el parto; sus hijos tienen niveles más altos de morbilidad y mortalidad. En el mismo informe manifiestan que las causas del embarazo adolescente están determinadas básicamente por factores socioculturales y también se cuenta los elementos psicológicos.

Así tenemos, específicamente en el caso del Perú, de acuerdo al Censo Nacional de 1981 señalaba que la población con discapacidad era de 26 560 personas, apenas el 0,02% de la población total censada. Sin embargo, para el año siguiente, en base a un estudio estadístico de la información contenida en sus propias historias clínicas, el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), obtuvo un registro que ascendía a 58,038 personas. Casi 10 años más tarde, el Censo de 1993 consignó 288 526 personas con discapacidad, lo cual representó el 1,3% de la población total censada. En 1996, el Instituto Nacional de Rehabilitación, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, realizó un estudio epidemiológico sobre la incidencia de la discapacidad en el país, donde las cifras arrojadas fueron considerablemente mayores: el 45,40 % de la población tenían deficiencias, el 31,28 % manifestaban discapacidad y el 13,08 % presentaban minusvalía.

Como puede notarse, la tendencia ha consistido en un aumento de los índices de discapacidad en el Perú.

Otra data importante, pero relativa a la paternidad responsable y el control de la natalidad, es la que nos viene del Instituto Nacional de Estadística e Informática publicada el año 2003, donde la situación de las condiciones para la maternidad y nacimientos con alto riesgo, se consigna en la tasa de mortalidad materna que fue de 185 por cada 100 mil nacidos vivos. Continuando con dicho informe, los departamentos de Puno y Amazonas tienen tasas más altas de 300 por cada 100 mil nacidos vivos; la tasa de mortalidad perinatal es de 23 defunciones por 1000 embarazos de 7 o más meses de duración con muertes neonatales tempranas; a su vez, Pasco y Cusco tienen tasas de 40 y 48 muertes perinatales por cada 1000 embarazos; el 41% de las mujeres alguna vez unidas ha sido empujada, golpeada o agredida físicamente por su esposo o compañero (el 83%, a veces; y un significativo 16%, frecuentemente), la cobertura de atención prenatal es de 77%; Lima, por su parte, cuenta con 96% de dicha atención, mientras que Amazonas con 61%, constituyendo ambos los casos más extremos (INEI, 2003).

Atendiendo específicamente a nuestro ámbito de estudio, los trabajos realizados por la organización no gubernamental (ONG) “Flora Tristán” el año 2002, también demuestra una cruda realidad en los distritos del cono sur de Lima. Así, se encontró que el 13% de adolescentes mujeres eran ya madres, o habían estado embarazadas alguna vez. De igual modo, existen aproximadamente 3 427 adolescentes que son madres, lo que representa el 11,27% del total de adolescentes de los distritos de Villa El Salvador, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Pachacamac. Así mismo, en promedio, de cada 10 mujeres adolescentes una ya es madre y el 41,7% de las madres adolescentes no estudia ni trabaja. Finalmente, dicho estudio arroja como dato que, cada año, 352 mil mujeres se

inducen un aborto en condiciones de clandestinidad, recurriendo a prácticas que ponen en riesgo su salud y sus vidas.

Este es el marco sociocultural en el que se ha elaborado este estudio, específicamente, en la zona urbana de San Juan de Miraflores, zona urbano-marginal de Villa El Salvador, y zona rural de Pachacamac, donde los problemas en la conducta sexual del adolescente resultan sumamente preocupantes. El contexto aludido, nos impuso el reto de enfrentarnos a una sociedad con muchos conflictos, generadora de desórdenes sociales y, particularmente, desórdenes sexuales. De esta realidad no se salvan los adolescentes, quienes viven en hacinamiento, asisten a colegios de extrema pobreza, con frecuencia participan de fiestas nocturnas cuya diversión clandestina se hace sin el control de los padres de familia. De esta realidad no se salvan los mismos padres, debido a que ellos también forman parte del problema social económico, con problemas de desocupación, de marginación y desesperanza del entorno aludido.

Tomando como motivación el contexto señalado, este trabajo indaga conocer la existencia de la relación entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento de los factores de riesgo de discapacidad prenatal, considerando en los/las adolescentes el papel que en ello juega el género, la edad, el grado de estudios y lugar de procedencia. Así mismo, pretendemos corroborar, y subsanar en parte, el problema de la falta de información en nuestra sociedad sobre este tema, basado en el enfoque de la cultura de prevención y promoción de la salud en el área de la salud sexual y salud reproductiva, la salud mental y el desarrollo integral del adolescente, enmarcado dentro de la psicología educativa y la salud pública.

En respuesta a dicha problemática, partimos de formulamos la siguiente interrogante: **¿Qué relación existe entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de**

**conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal en adolescentes de 4<sup>to</sup>  
y 5<sup>to</sup> año de secundaria de tres instituciones educativas del Cono Sur de Lima?**

## **2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

Desde el punto de vista teórico científico, nuestra investigación resalta la importancia que tiene profundizar en el análisis de la sexualidad del adolescente en relación con sus actitudes, en tanto ello permite una mejor comprensión de la problemática constituida por actitudes, conductas, valores y comportamientos nocivos presentes frecuentemente en el mundo de la sexualidad adolescente. Así mismo, pretende promover el acrecentar el nivel de información y conocimiento que tienen los adolescentes de hoy acerca de los factores de riesgo y peligro que puede generar alguna discapacidad en la etapa prenatal de madres gestantes que precozmente puedan asumir conductas sexuales riesgosas. Más aun, se trata de estudiar tal problemática en zonas diferentes a las urbanas de Lima Metropolitana, en este caso: la zona urbana del distrito de San Juan de Miraflores, la zona urbano marginal del distrito de Villa El Salvador y, finalmente, la zona rural del distrito de Pachacamac; en conjunto, estos lugares cobran la denominación de zonas emergentes de la población Lima Metropolitana.

Así mismo, esta tesis está sustentada en la psicología educacional, en tanto que asume la sexualidad como parte fundamental de la salud sexual y reproductiva, lo cual involucra sensaciones, emociones, sentimientos y el mundo subjetivo, aspectos desde los cuales se toman decisiones, así como se condicionan los comportamientos y se desarrollan capacidades, habilidades y actitudes para asumir la vida. Resulta importante para el desarrollo integral del adolescente, formar, reorientar y retroalimentar conocimientos y actitudes, en las cuales se interioricen hábitos, valores, prácticas y se consolide la personalidad, por lo cual es importante el desarrollo y fortalecimiento de capacidades, habilidades y destrezas que los conduzcan a estilos de vida saludable.

Desde el punto de vista práctico, los resultados permiten conocer los factores de riesgo del comportamiento y la conducta sexual de los adolescentes, lo cual, de manera correlativa, puede servir para sugerir recomendaciones a los padres de familia, los educadores, tanto como a los profesionales del sector salud en este proceso de formación, orientación, prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Con todo, los principales beneficiados serán, desde luego, los propios adolescentes de los centros de educación secundaria de las tres Instituciones Educativas del cono sur de Lima que han sido contexto de nuestro trabajo.

### **3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

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

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

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo general**

Conocer la relación entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal en adolescentes de 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> año de secundaria de tres instituciones educativas del cono sur de Lima.

### **4.2. Objetivos Específicos**

1. Identificar la relación entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad en el ámbito de la salud sexual reproductiva.
2. Identificar la relación entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad en el ámbito de la ecología fetal.
3. Identificar la relación entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad en el ámbito de la atención y la nutrición prenatal.
4. Identificar la relación entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad en el ámbito del parto sin peligro.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1. ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES**

##### **1.1. ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD**

###### **1.1.1. Definición de actitud**

El estudio de las actitudes tradicionalmente ha ocupado un lugar muy importante en la psicología social. En el desarrollo de la cognición, por una parte, y en el trabajo por competencias en el terreno educativo, el estudio de las actitudes destacó importancia debido a que aporta valiosos elementos en la predicción de conductas. Las definiciones más coincidentes determinan cinco campos propios de las actitudes: a) poseen una orientación definida en el mundo de los valores; b) no son rutinarias ni obedecen a conductas automáticas; c) varían en intensidad; d) pueden predominar o pasar inadvertidas; y e) tienen relación con la experiencia personal de los sujetos.

Seguidamente, veamos un recuento de cómo se define la actitud desde la perspectiva de algunos teóricos. En primer término, Rodríguez (1993) define a las actitudes “como variables intercurrentes, directamente inferibles, observables y que constituyen una organización cognoscitiva duradera; incluyen un componente afectivo a favor o en contra de un determinado objeto y predisponen a la acción”. Debido a que nuestras evaluaciones

de los objetos de actitud pueden ser favorables, neutrales o desfavorables, se dice que las actitudes tienen una dirección positiva, neutral o negativa, y que, en la medida en que difieren de dirección, las actitudes también difieren en su intensidad, reflejando si su directriz es débil o fuerte.

Por su parte, para Smith y Mackie *et al.* (1997), las actitudes “son predisposiciones de un sujeto para aceptar o rechazar un determinado objeto, fenómeno, situación, u otro sujeto; y que puede ayudar a predecir la conducta que el sujeto tendrá frente al objeto actitudinal. Las actitudes son susceptibles de ser modificadas por ser relativamente estables”. Así mismo, finalmente, López y Fuertes (1999) definen la actitud “como una disposición a comportarnos de una determinada manera. Así, si valoramos alguna situación como negativa, lo más probable es que intentemos evitarla, lo contrario ocurriría con la valoración positiva”.

Haciendo un balance de los conceptos acabados de presentar, podemos decir que la actitud es la predisposición a actuar antes de ejecutar un comportamiento, el cual puede estar influenciado por algún tipo de componente del carácter personal; así, ella también se constituye como la predisposición positiva o negativa hacia algo o alguien. La actitud posee tres dimensiones: lo afectivo, lo cognitivo y lo conductual, en tanto que en ella se reconoce el grado de inclinación hacia un objeto social determinado, a partir de los sentimientos, pensamientos y comportamientos hacia el mismo por parte del sujeto.

#### **1.1.1.1. Componentes de las actitudes**

En función de lo que se ha dicho, puede notarse que toda actitud, posee tres componentes: el componente cognitivo, el afectivo y el conativo o conductual, los cuales caracterizamos seguidamente:

**a) Componente cognitivo.** Implica que los conocimientos que una persona posee de un objeto, o hecho social, pueden ser suficientes para sustentar una actitud firme respecto del mismo. Así, por ejemplo, si se pregunta a un adolescente de Villa El Salvador cuál es su posición respecto a la prevalencia de las (ITS) en adolescentes latinoamericanos, es probable que no nos dé respuesta alguna, por el hecho de no poseer una representación cognoscitiva del tema (conocimiento acerca del fenómeno); por consiguiente, el sujeto difícilmente tendrá una actitud hacia dicho problema. Pero si al mismo adolescente le preguntamos acerca de los portales *chat* para buscar pareja en el Internet, entonces éste tendrá una actitud hacia dicho fenómeno, de aceptación o rechazo (Rodríguez, 1993), en tanto que ello sí es algo que forma parte de su universo cognoscitivo. De igual forma, si estos conocimientos se apoyan en valores u opiniones consolidados en el sujeto, aquellos pueden verse notablemente reforzados, lo cual influirá en una actitud más firme y operativa. En general, las actitudes fundamentadas en el conocimiento objetivo o razonado de las cosas son muy susceptibles de modificación, tanto mediante nuevos datos, como de razonamientos.

**b) Componente afectivo.** Es la referida a los sentimientos y emociones del individuo frente al objeto. Suele ser considerado el aspecto fundamental, ya que numerosas actitudes se orientan en sentido afirmativo o negativo afectivo respecto de sus objetos. Por esto mismo, las actitudes son difíciles de modificar si es que sólo se emplean métodos racionales basados en el conocimiento objetivo de las cosas, ajenos de una carga emocional; por ello, un vínculo afectivo con el alumno (entendido dentro de los parámetros normales de la relación profesor/alumno) podría jugar en mucho en el proceso de modificación de una actitud negativa o pernicioso en el mismo (Rodríguez, 1993).

c) **Componente conativo.** Es la predisposición a la acción del individuo. Es una tendencia inconsciente a comportarse de una forma determinada, lo que le diferencia de la intención, que es un acto consciente, voluntario. Es aquel relacionado con el comportamiento guiado por la actitud. En tal sentido, el componente conativo puede ser muy importante en actitudes de negatividad o marginalidad social, tanto como generadoras potenciales de actitudes violentas; por ello, frenar el plano conativo de la actitud, estimulando el plano emocional, suele ser la técnica más usada para el tratamiento escolar en el caso de conductas sexuales perniciosas, en pro de conseguir así una modificación favorable. Modificado el plano emocional se tiene mejor acceso a los planos cognitivo y conativo (Rodríguez, 1993).

#### 1.1.1.2. Dimensiones de la actitud

Rodríguez (1993) menciona que las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de las conductas. Ahora bien, hasta qué punto una actitud determina una conducta es algo que se puede conocer a través de las llamadas “dimensiones”, que sirven precisamente para su medición. Tales dimensiones son: dirección e intensidad.

a) **Dirección de la actitud.** Marca el aspecto positivo o negativo de la misma; es decir, señala el modo de sentir, en pro o en contra del objeto actitudinal; sólo se registra neutralidad en los instrumentos, cuando no se ha desarrollado una actitud frente al objeto en cuestión. Como ejemplo, tomemos el fenómeno actitudinal del *currículo por competencias* en la enseñanza universitaria... Es fácil comprobar que hay muchos maestros que tienen actitudes de aceptación hacia éste, pero también hay quienes lo rechazan: si le preguntamos a un matemático si lo acepta o lo rechaza, es muy probable que conteste que no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, pues no sabe en que consiste; de igual modo, entre quienes lo acepten puede haber algunos que no lo conozcan a cabalidad y otros no saben

nada de competencias, es posible que entre sus detractores haya personas sólo basadas en ideas equivocadas acerca de él.

**b) Intensidad de la actitud.** No todo se acepta o se rechaza con igual fuerza: puede tenerse una actitud de rechazo hacia el robo; pero, probablemente, se rechace con mayor fuerza el asesinato o la violación. La intensidad, pues, es lo que da la fuerza a la dirección de la actitud, determina el punto de aceptación o rechazo. Para ello se elabora una escala cuya intensidad va gradualmente de “fuerte a débil”, tanto para el lado positivo como para el lado negativo. La intensidad está directamente relacionada con la emoción que origina la vivencia de la actitud. Así, si la intensidad es mayor, es porque la emoción que provoca el objeto actitudinal también lo es. A la inversa, si la intensidad es leve, es porque la reacción emocional ante el objeto actitudinal también lo era. Además, cuanto mayor es la intensidad, mayor disposición a la acción habrá en la persona.

## **1.1.2. La adolescencia en el contexto de la salud sexual y reproductiva**

### **1.1.2.1 Definición de adolescencia**

Santrock (2003) define la adolescencia “como el período evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta, que oscila entre los 10 y 12 años, hasta los 18 y 22 años de edad, implica cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales”. Los cambios biológicos implican los genes heredados por los padres, el desarrollo del cerebro, el aumento del peso y de estatura, las habilidades motoras, tanto como los cambios hormonales en la pubertad; por su parte, en los cambios cognitivos ubicamos el pensamiento, la inteligencia, la memoria y la imaginación; por último, en los cambios socioemocionales encontramos las relaciones de un individuo con otras personas, las emociones, la personalidad y el papel que desempeñan los contextos sociales en el desarrollo.

Por su parte, para Papalia y Olds (2001), la adolescencia “es la etapa de la vida comprendida entre la niñez y la edad adulta, período de transición que fluctúa entre los 12 y 19 años; se inicia con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto”. Las glándulas endocrinas son las responsables del crecimiento rápido, y uno de los principales efectos de la producción de hormonas gonadales es el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias en niños y niñas durante la pubertad. Estos cambios van desde el desarrollo de las funciones sexuales hasta el pensamiento abstracto y la conquista de la independencia; resulta un período de evaluación, toma de decisiones, asunción de compromisos y búsqueda de un lugar en el mundo. Así, el adolescente está en permanente lucha por su crecimiento personal, enfrentando prejuicios, estereotipos y ambivalencias internas, tanto como en una búsqueda activa de logros y reconocimiento social. El adolescente tiene que cumplir tareas de desarrollo, tales como la consolidación de una identidad personal, el sentido de

pertenencia, el logro de independencia, tanto como la definición de una vocación y una ocupación.

### **1.1.2.2. La sexualidad del adolescente**

En López y Fuertes (1999) define a la sexualidad “como la función de relación con los demás, caracterizada por la búsqueda de comunicación, afectividad y placer. Complementariamente puede implicar reproducción. Es una constante del ser humano desde el nacimiento hasta su muerte. Su estructuración es fundamentalmente social y cultural, más que biológica”. Los autores refieren que la sexualidad, pues, constituye una forma de expresión de nuestro ser y nuestros sentimientos más íntimos, es una forma y un proceso de comunicación. El ser humano es un todo cuyas partes interactúan, donde la sexualidad es una de ellas y, por eso, es necesario entenderla en un contexto global y como un aspecto inherente de la persona. La sexualidad es una construcción social, se percibe y aprende en interacción con los demás, lo que se constituye en el ambiente de un contexto sociocultural preciso, el cual puede fomentar la represión de la sexualidad, su exaltación, o el permiso de expresarse con naturalidad; estos aspectos coyunturales, por su puesto, influirán en la forma en que el adolescente perciba y vivencie su propia sexualidad.

Para Bandura (1979) la sexualidad es “el resultado de la interacción de la evolución biológica y del medio ambiente sociocultural, este último influye poderosamente sobre el funcionamiento psicológico del individuo. Además, es producto de la experiencia y el aprendizaje.” Estos factores dependen, a su vez, en gran medida, de la estructura social y la cultura a la que pertenece cada individuo, dado que los seres humanos adquieren buena parte de sus conocimientos al pertenecer a un grupo, por las enseñanzas directas o indirectas que reciben, o por la observación y/o imitación del comportamiento de los demás. Por eso, se considera que la conducta sexual es fruto de tres factores

interrelacionados: el aprendizaje, los procesos cognitivos y el medio ambiente en sentido social –compuesto por la familia, el entorno escolar, los medios de comunicación de masas, entre otros.

En ese sentido podemos resumir que la sexualidad es la expresión integral de los individuos como seres sexuales en una sociedad, cultura y tiempo determinado. Es el modo de comportarse, comunicarse, sentir, pensar, expresarse y relacionarse con los demás; de igual modo, la sexualidad es considerada como un elemento básico de la personalidad, producto del aprendizaje sociocultural y, por supuesto, también sujeta al cambio. La sexualidad debe ser vista desde una perspectiva integral. Tal como se sostiene en la OMS (1998): “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”.

Tradicionalmente, el tema de la sexualidad se ha analizado desde la perspectiva de la salud reproductiva y se ha limitado a una visión biológica y de organización de servicios (Cerruti, 1997). Sin embargo, en este momento, resulta necesaria la incorporación del concepto de *salud sexual* en el contexto de la promoción y prevención continua de la salud, en el marco de la salud integral del adolescente (CIPD, 2004). Por ello, es importante indagar sobre los elementos de la sexualidad en la adolescencia desde una perspectiva más amplia y preparada, a partir de los siguientes conceptos:

**a) Sexualidad humana.** Es una función normal del ser humano, que consiste en el modo de ser, de relacionarse y de vivir como hombre y como mujer (Cerruti, 1997). También es el elemento constitutivo de los seres humanos que posibilita una comunicación plena, total y trascendente (OPS,1997).

**b) Salud sexual.** Es la integración de los aspectos somáticos, emocionales e intelectuales del ser sexual que enriquezcan la personalidad, la comunicación y el amor

(OMS,1994).

**c) Salud reproductiva.** Es el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos vinculados con el sistema reproductivo, tanto como sus funciones y procesos. La salud sexual enfatiza los aspectos cualitativos para el ser humano, como son el desarrollo pleno en lo personal y en el vínculo con los otros, el valor de la afectividad, la comunicación y el placer es lo fundamental. La salud reproductiva hace referencia a aspectos pro creativos, poniendo énfasis en los derechos de mujeres y varones en este sentido, tanto como en la provisión y calidad de los servicios de concepción y anticoncepción (OMS,1994).

**d) Identidad sexual.** Tiene que ver con la identidad de las personas, lo cual les permite reconocerse, aceptarse, asumirse y actuar como ser sexuado y sexual. La identidad comienza a construirse desde el nacimiento, pero se define al final de la adolescencia, donde se delimitan la identidad personal, social y vocacional. Así mismo, contribuyen a su logro la convergencia de diferentes elementos, tales como el género, la orientación sexual, los valores y actitudes, la conducta sexual y el conocimiento sexual (Cerruti, 1997).

**e) Identidad de género.** Es la convicción íntima y profunda que tiene cada persona acerca de su pertenencia al sexo femenino y masculino, independientemente de sus características cromosómicas o somáticas.

**f) Rol sexual.** Es la expresión de feminidad o de masculinidad que presenta una persona, de acuerdo con las normas de su grupo y sociedad.

**g) Orientación sexual.** Es el sentimiento de atracción sexual y emocional hacia varones y/o mujeres. Aparece en forma espontánea durante la niñez y se hace evidente durante la adolescencia inicial. No es una decisión consciente, es el sentirse atraído o excitado por un hombre o mujer, lo que es provocado por los cambios hormonales puberales.

**h) Actitudes y valores.** Se construyen en base a nuestro comportamiento sexual, nuestro rol sexual y nuestra orientación sexual, ellos son aspectos de gran importancia en el desarrollo y la vivencia de nuestra sexualidad. Nuestras actitudes y valores están determinados por las expectativas de nuestras familias y la sociedad en la que estamos insertos. Existen innumerables mitos y tabúes sobre sexualidad, que los niños absorben desde muy temprana edad y que, ya en la adolescencia, están profundamente arraigados como actitudes y valores, los cuales se reflejan en la conducta sexual cotidiana. Santock, (2003)

**i) Actitudes hacia la sexualidad.** Son el conjunto organizado de creencias, opiniones, sentimientos y tendencias que evalúan y disponen de determinada forma al sujeto ante personas, objetos y situaciones, relacionadas al comportamiento sexual, identidad sexual, roles de género, orientación sexual, al uso de métodos anticonceptivos, a la prevención de situaciones de riesgo y al desarrollo de la actividad sexual. Cerruti, (1997)

**j) Conducta sexual.** No se refiere solamente a la relación sexual coital. Más bien, es una gama completa de comportamientos en sexualidad, compuesta por besos, caricias, masturbación e información acerca de la sexualidad. Es un componente determinante relativo al desarrollo de la sexualidad sana. (CIPD, 1994).

### **1.1.2.3. Teorías sobre el desarrollo de la sexualidad**

**a) Teoría del aprendizaje social.** Sostiene que la determinación del género está condicionada por los modelos personales y las influencias socioambientales a los que el niño se halla expuesto. Así, en los primeros años de vida, los modelos a observar e imitar son ante todo los padres; el niño aprende a “copiar” la conducta del progenitor del mismo sexo porque su imitación es recompensada. Además, es bien sabido que los padres tratan

de forma distinta a los niños y a las niñas desde el momento mismo del nacimiento, en función de la expectativa diferente con que se les contemplan. Se piensa que esta actitud, conocida como socialización diferencial, repercute tanto en la identidad como en el rol de género (Kagan,1976; Peterson,1980).

**b) Teoría cognitivo-evolutiva.** Según este punto de vista, el desarrollo del género corre paralelo al progreso intelectual del niño (Kohlberg,1966). Así, los niños de muy corta edad tienen una visión exageradamente simplificada del género, equivalente a una estimación no menos estereotipada del mundo en general, hasta los 4 y 5 años de edad, etapa en la que el niño no comprende que el género es una constante; posteriormente, el niño va desarrollando dicha conciencia.

**c) La interacción biosocial.** Muchos estudiosos contemplan el surgimiento de la incipiente identidad de género como una sucesión de influencias recíprocas entre los factores biológicos y los psicosociales. En otras palabras, la programación genética en la fase prenatal, los elementos psicológicos y las reglas sociales influyen a un mismo tiempo en las pautas futuras que el recién nacido desarrolla durante la niñez y la adolescencia. Money (Money: 1974, 1980) estima que los factores que más influyen en la formación del género no son de origen biológico, sino más bien fruto del aprendizaje cultural.

#### **1.1.2.4. Desarrollo psicosocial y psicosexual durante la adolescencia**

Según Lipsitz (1980), en el período de la adolescencia se pueden identificar tres etapas muy importantes desde el punto de vista psicosocial y psicosexual.

**a) Adolescencia inicial (10 a 12 años).** Se inicia el desarrollo con cambios puberales; aparece en el sujeto el dimorfismo sexual, la preocupación por su corporalidad, las dudas acerca de la normalidad, la adaptación a su nuevo cuerpo, el pensamiento concreto empieza a cambiar, se da inicio de la separación de la familia, se hacen grupos

del mismo sexo, aparecen frecuentes fantasías sexuales, se inicia la masturbación y es la edad de la etapa del amor platónico.

**b) Adolescencia media (13 a 16).** Se inician el desarrollo de un pensamiento hipotético-deductivo inestable, no se tiene capacidad de anticipar consecuencias en la conducta sexual, se completa el desarrollo púbera, comienza la menstruación, aparece sentimientos de invulnerabilidad, omnipotencia y egocentrismo, ya se inicia el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de amigos, donde comienzan a formarse grupos heterosociales y se da la importancia del amigo íntimo. Igualmente, pueden aparecer dudas respecto a su orientación sexual, relaciones de pareja iniciales, algunas fluctuaciones emocionales, cuestionamientos frecuentes que obedecen a la interrogante *¿quién soy?* Se da inicio de la conducta de riesgo sexual.

**c) Adolescencia tardía (17 a 21/22).** En esta etapa se desarrolla el pensamiento hipotético-deductivo adulto, se consolida la identidad personal y sexual, se consolida la capacidad de intimar con un auto imagen realista y madura, así como se da inicio a la relación de pareja estable.

#### **1.1.2.5. Conducta sexual del adolescente y factores de riesgo en la actividad sexual precoz**

Para Zubarew (2005), la conducta sexual de los adolescentes ha cambiado en forma significativa a lo largo de este último siglo. Actualmente, los adolescentes adquieren la maduración antes, pero se casan más tardíamente. Esto determina un largo período de tiempo en que los adolescentes ya han adquirido capacidad reproductiva y aún no logran el cumplimiento de las tareas psicosociales de la adolescencia, como son: el logro de una independencia afectiva y económica de su familia de origen. Durante este período los adolescentes están biológicamente preparados y culturalmente motivados para iniciar una

vida sexual activa, pero son incapaces de analizar las consecuencias de su conducta sexual y tomar decisiones en forma responsable, ya que no han logrado el nivel de desarrollo cognitivo y emocional necesario para establecer una conducta sexual responsable.

De otra parte, Dryfoos (1990) analiza los factores asociados al inicio precoz de la actividad sexual y sus consecuencias, donde demuestra claramente que la conducta sexual temprana aumenta el riesgo de múltiples consecuencias nocivas para la salud integral del adolescente. La conducta sexual precoz y desprotegida en adolescentes trae consecuencias como el embarazo no deseado, la adquisición de enfermedades de transmisión sexual y/o SIDA, repercusiones ligadas al embarazo y parto (complicaciones obstétricas y perinatales), o ligadas a la crianza del niño (deserción escolar), disminución de las posibilidades laborales, matrimonios menos estables, menores ingresos económicos, mayor frecuencia de problemas emocionales, entre otras consecuencias posibles.

Según Cerruti (1997), la noción de derechos sexuales invoca la libertad sexual como la capacidad de expresar el deseo de disfrutar de una vida sexual placentera sin riesgos ni coacciones, con posibilidad de tomar decisiones y de ejercer opciones. En este sentido, se requiere de la planificación familiar, el control voluntario de la procreación, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la maternidad sin riesgos, la prevención de embarazos adolescentes y la presencia de servicios de salud pública para abortos seguros. Así mismo, la aplicación de los derechos sexuales compromete a los servicios educativos e informativos, los cuales tienen por misión formar, informar y asesorar sobre la problemática señalada.

Prosigue el autor diciendo, que el comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza, así mismo, por la autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer

y bienestar en el sujeto. Así, la persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño a terceros, por lo que se abstiene de la explotación, el acoso, la manipulación y la discriminación sexual. En efecto, la familia, la escuela y la comunidad en general deben fomentar los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, los recursos y defender los derechos que las personas necesitan para participar en dicha práctica. Por ejemplo, la expresión *relaciones seguras sin riesgo* se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH-SIDA.

El autor arriba mencionado enfatiza claramente que la actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal, donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. Así, la actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual. Por su parte, la actividad sexual precoz se asocia a otros comportamientos problemáticos como beber en exceso, abusar de las drogas, mostrar conductas delictivas, tener problemas escolares, bajos niveles de autoestima y mayores posibilidades de padecer depresión.

Al respecto, Florenzano (1997) manifiesta que los conflictos aludidos van a depender del tipo de actividad sexual y la madurez de los individuos involucrados. Idealmente, las relaciones sexuales deben ocurrir en el contexto de una relación de pareja estable, emocionalmente madura y con capacidad de intimar. Esta situación no se adquiere antes del final de la adolescencia (18-21 años). La percepción de los adolescentes respecto a este tema se manifiesta, por lo general, a partir de la presión de los pares, la curiosidad, el sentimiento de bienestar, atractivo propio y de aceptación y reconocimiento del entorno, las relaciones cercanas, el enamoramiento de la pareja, el deseo de querer tener un hijo, la falta de control de la situaciones, el sentirse mayor, y el nivel de independencia y autonomía, según manifiesta el autor.

Jessor (1991), explica por su parte sobre la influencia de los factores de riesgo en el inicio de la actividad sexual, el autor manifiesta que es producto de varios elementos, a saber: depende del desarrollo cognitivo y psicosocial de los propios adolescentes, la influencia de la familia, los factores individuales y los medios de comunicación. Para la mejor comprensión describimos cada uno de estos factores, a continuación:

**a) El desarrollo cognitivo y psicosocial.** Se refiere a los cambios que vive el adolescente, que lo colocan en una situación de alto riesgo de conducta sexual precoz, ya que durante las primeras etapas de la adolescencia su pensamiento hipotético-deductivo aún no se ha desarrollado completamente. De igual modo, el adolescente no ha completado el proceso de desarrollo de su identidad, no está en capacidad de intimar, se da en él la presencia de sentimientos de invulnerabilidad, omnipotencia y egocentrismo, propia de la etapa, donde el adolescente busca experiencias nuevas y la separación de su familia. En esta etapa es obvio que el sujeto aún no pueda prever las consecuencias de sus actos ni pueda anticiparse al resultado de sus conductas.

**b) El influjo de la familia.** La causa fundamental es la relación directamente proporcional entre la relación de disfunción familiar con escasa comunicación, y el embarazo precoz en adolescentes ha sido ampliamente demostrada. La calidad de interacción del adolescente con la familia es uno de los factores protectores más importantes en el inicio de una actividad sexual precoz, así como para salvaguardarlo de otras conductas de riesgo.

**c) Los factores individuales.** Implican aspectos negativos como las bajas expectativas académicas, la escasa autoestima, el nivel socioeconómico bajo, que son elementos asociados frecuentemente en el contexto del inicio de una actividad sexual precoz. La presión de pares es un elemento también a considerar en este rubro, donde de

acuerdo con las características del desarrollo del adolescente, el grupo cobra importancia como modelo de conducta.

**d) Los medios de comunicación.** Constituyen una fuente importante de información de conductas sexuales para los adolescentes, pero esta función socializadora no es nada positiva, lo contrario ocurre una difusión permanentemente con mensajes y modelos que los impulsan a asumir conductas de riesgo. Algunos de los mensajes entregados, por ejemplo, son del tipo: *el sexo es entretenido, la conducta sexual no tiene riesgo alguno, el sexo fuera del matrimonio es común*. Los medios de comunicación están cumpliendo su rol como debe ser, no se difunde algún tipo de preocupación sobre la anticoncepción, los riesgos de embarazo o las enfermedades de transmisión sexual, por lo tanto, enseñar a los/las adolescentes a descifrar aquellos mensajes reorientando para lograr una adecuada educación en la sexualidad, es función de la familia, del personal de salud y de la educación formal.

#### **1.1.2.6. Educación sexual en el desarrollo de la sexualidad adolescente**

Para Cerruti (1997), la educación de la sexualidad comprende “el proceso educativo continuo vinculado profundamente a la formación integral de niños y jóvenes que les aporte información científica y elementos de esclarecimiento y reflexión para incorporar la sexualidad de forma plena, enriquecedora y saludable en los distintos momentos y situaciones de la vida”. Así, mismo, el investigador plantea que los objetivos de todo programa de educación sexual deben ser:

- lograr el desarrollo de un pensamiento crítico que posibilite la adquisición de actitudes positivas hacia la sexualidad, entendida como elemento inherente al ser humano;
- favorecer el proceso a través del cual es posible reconocerse, identificarse y aceptarse como ser sexual y sexuado durante el transcurso de su vida, sin temores, angustias ni

sentimientos de culpa;

- favorecer un desarrollo de roles sexuales que propicie relaciones de respeto y equidad entre las personas, superando discriminaciones de género;
- revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos y en sus relaciones entre sí;
- favorecer un mayor conocimiento y relación con el propio cuerpo, como elemento de autoestima y de sustento de autocuidado de salud;
- favorecer el desarrollo de conductas sexuales conscientes y responsables hacia uno mismo y los demás; y
- propiciar la comunicación en la vida familiar, así como en la pareja, donde se deben promover criterios equitativos y conductas de responsabilidad compartida.

Prosigue el autor señalando que la educación en sexualidad debe comenzar lo más temprano posible, idealmente desde la concepción y continuar progresivamente a lo largo de toda la vida. La educación sexual informal, que se desarrolla a nivel de los mecanismos espontáneos de socialización, repercute significativamente en niños y adolescentes; esta se debe producir en forma continua en distintos niveles: la familia, los grupos de amigos, la comunidad y los medios de comunicación social. La educación formal se encuentra incorporada al currículo de los establecimientos educacionales y se basa principalmente en los aspectos biológicos reproductivos. Sin embargo, es necesario poner mayor énfasis en el desarrollo y formación de los adolescentes más allá de la proporción de información biológica, aportando elementos para favorecer su autoestima, elaboración de pensamiento crítico y la promoción de valores, como el respeto y la solidaridad entre los miembros de una sociedad.

Cabe señalar que, en nuestro medio, los programas curriculares diseñados por el Ministerio de Educación, adolecen de la carencia de una visión preventiva promocional en

el área de la salud sexual, especialmente en el conocimiento de los la prevención de factores de riesgo en el etapa prenatal. Más dicha institución ha enfocado la salud sexual desde el punto de vista de la salud sexual reproductiva. (Ministerio de Educación, 2005)

## **1.2. FACTORES DE RIESGO DE DISCAPACIDAD PRENATAL**

### **1.2.1. Identificación de los factores de riesgo biológico y ambiental**

Castelo, Naranjo y Guijarro (1993), explican que para comprender el origen de las deficiencias y discapacidades se tiene que partir de una dimensión multicausal. El tema de la prevención de discapacidades no es sólo un tema médico, sino también un tema social que involucra a individuos e instituciones. Por ello, identificar el rol protagónico que cumplen los servicios de salud y la educación, en la acción preventiva, resulta de suma importancia. Los autores revelan que la deficiencia no se hace visible sólo en el momento de nacer, sino que puede revelar su presencia después de algunos años.

Así, el informe de la Organización Panamericana de la Salud (2001), indica que el 7% de la población de los países en desarrollo puede tener discapacidad diagnosticada al momento de nacer. Para ello la OPS identifica tres causas importantes a considerar como indicadores que se relacionan con las causas de discapacidad, que a continuación describimos:

**a) Salud infantil.** En este rubro se encuentran niños que nacen con bajo peso, retardo en crecimiento intrauterino, prematuridad, estado cianótico e hipotónico, presentación en posición no encefálica, grupo y factor sanguíneo con la madre, sufrimiento fetal y líquido amniótico en exceso.

**b) Salud materna y familiar.** Problemas comunes pueden ser la anemia y desnutrición maternas, diabetes en mujeres de edad fértil, enfermedades hipertensivas, actividad laboral de riesgo, mujeres con antecedentes de embarazos con discapacidad o de patología de riesgo, mujeres en situación de violencia, adicción al alcohol o las drogas, infección materna, antecedentes de automedicación, cesáreas previas, consanguinidad,

ocultamiento o rechazo del embarazo, parejas con antecedentes familiares de discapacidad, edad paterna y control prenatal, entre otros.

c) **Contexto sociocultural.** En este rubro se encuentran la contaminación ambiental, el grado de accesibilidad a servicios de salud y educación, vulnerabilidad al contagio de ITS, acceso a servicios públicos y privados en la etapa gestante, grado de información sobre los medicamentos y alimentos indicados o contraindicados durante el embarazo, carencia de calidad y calidez en los servicios educativos y de salud, situaciones de mala práctica médica, nivel de ingreso y nivel de educación, entre otros.

La información científica presentada por la Organización Panamericana de la Salud (2001) revela que las discapacidades de nacimiento pueden ser causadas tanto por factores biológicos, como por factores ambientales, tal como describimos a continuación.

a) **Agresiones biológicas.** Comprenden posibles enfermedades en la gestante (como la diabetes), preeclampsia (HIE), factor Rh, agresiones mecánicas, anomalías por herencia multifactorial, entre otros.

b) **Agresiones ambientales.** Posibles infecciones de la madre (toxoplasmosis, paludismo, dengue, rubéola, herpes, sida, hepatitis, varicela, encefalitis y sífilis). Dentro de este rubro de agresiones ambientales encontramos todavía los siguientes factores:

- **Agresiones químicas.** Uso de fármacos, automedicación y vacunaciones.
- **Sustancias químicas de uso laboral.** Se encuentran el metilmercurio, plomo, plaguicidas, entre otras.
- **Agresiones físicas.** En este rubro están los rayos X, la exposición a las microondas, el ultrasonido, las radiofrecuencias, la hipertermia, entre otras.
- **Agresiones socioculturales.** Alude a la violencia intrafamiliar, agresiones psicológicas de tipo verbal, físico, psicológico, sexual, entre otras agresiones socioculturales.

- **Agresiones por drogas sociales.** Se encuentran la ingesta de alcohol, tabaco, cafeína, marihuana, cocaína, heroína, terocal, entre otras sustancias.

De acuerdo con lo sostenido por la Organización Panamericana de la Salud (1994), que refiere “*que la vida no comienza con el nacimiento, sino con el momento inicial de la fecundación*”. Al respecto muchos estudiosos investigaron partir de los años 60, distintos neurólogos empezaron a proporcionar pruebas fisiológicas de que el bebé intrauterino es un ser que oye, percibe y siente, y puede escuchar estímulos provenientes del exterior desde el quinto o sexto mes. Esto demuestra que fuertes impactos emocionales en la madre condicionan cambios en la composición química del medio interno y, por ello, una mujer embarazada sometida a intensos desequilibrios emocionales transmitirá de algún modo estas variaciones al bebé intrauterino, determinando en él distintos efectos como: aceleración del ritmo cardiaco, irritabilidad, hiperactividad e hipertonicidad, facilidad para el llanto, trastornos del sueño, dificultades de alimentación, trastornos gastrointestinales y bebés con bajo peso.

Para Barceló (1995), manifiesta que el desequilibrio mental de la madre es perjudicial para el bebé intrauterino, incluye en la disponibilidad de conductas de riesgo para el embarazo aspectos como: la mala alimentación, el uso de alcohol, drogas, medicamentos no indicados o tabaco, la falta de adecuada protección frente a accidentes y despreocupación para realizar controles médicos. El sentimiento de rechazo hacia el niño y la consecuente angustia, miedo o depresión suelen ser la causa de estas actitudes. Por otro lado, se ha determinado que el estrés materno determina mayor posibilidad de complicaciones durante la gestación.

El autor antes mencionado refiere que el estado emocional y mental de la madre influye de manera directa sobre el sistema inmunológico. Por eso, las relaciones en pareja y en familia, el ambiente de trabajo, las relaciones interpersonales, la aceptación o rechazo

del embarazo y, en general, todo aquello que constituye la vida psicoafectiva de la madre repercuten de manera positiva o negativa sobre los sistemas corporales de defensa del bebé intrauterino.

## **1.2.2. La Discapacidad**

### **1.2.2.1. Definición de la discapacidad**

El Real Patronato del Programa de Prevención de Atención a Personas con Discapacidad (PAPD, 1997) define la discapacidad desde el punto de vista médico y la califica como “enfermedad”, sustentada en la patología y el diagnóstico, dentro de un cuadro clínico determinado, acorde con los “signos” que presente el caso. Así, el fenómeno patológico se entiende desde la manifestación física o mental, sin relacionarla con la realidad de las personas concretas que afrontan la problemática ni con la sociedad en las que estos sujetos viven.

De igual manera, la discapacidad está también asociada a enfermedades según las zonas geográficas y de ciertos sectores sociales; de este modo, se instauraron las nociones de higiene, patología y salubridad; un ejemplo de discapacidad puede ser el Síndrome de Down, trastorno genético que ocasiona retraso mental y ciertas deformaciones físicas. En casos de este tipo, las acciones suelen orientarse inadecuadamente, de tal modo que se aísla, se sanciona moralmente, se oculta el mal y se establecen categorías negativas al referirlo, tales como *inválido*, *deforme*, *lisiado*, *minusválido*, *tullido*, *subnormal*, por mencionar algunas de ellas; de hecho, tales adjetivos, vienen insertas en un marco de desprecio, paternalismo, pena y/o recelo. Como respuesta a tales contraproducentes circunstancias, se plantea la rehabilitación, poniendo énfasis en la solución de la deficiencia e incapacidad específica.

La OMS en la Clasificación Internacional de Deficiencias y Discapacidades (2001), deslinda tres definiciones diferenciadas:

a) **La deficiencia:** *“es la pérdida, o anormalidad, de una estructura y función, tanto psicológica como fisiológica, que trae como consecuencia a desviación de alguna norma estadística en el funcionamiento físico y mental”.*

b) **La discapacidad:** se define como el aspecto que refleja las consecuencias de una deficiencia, *“es toda restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad considerada normal para un ser humano”*; es una limitación para el desempeño normal de un individuo en las actividades de la vida diaria.

c) **La minusvalía** refiere a la *“situación que limita el desempeño de un rol que se considera normal en el contexto sociocultural y generacional del individuo”*. Se asocia a la “desventaja social” que producen las deficiencias y discapacidades cuando el individuo enfrenta las barreras sociales y del entorno físico, las cuales le impiden el acceso a diferentes actividades limitando su participación en la vida comunitaria. (Cidem, 2001).

De lo anterior dicho, las discapacidades provocadas por la maternidad pueden perjudicar gravemente la calidad de vida, la fertilidad y la productividad de la mujer después del embarazo y el parto. El impacto sobre la salud del bebé está relacionado con el embarazo y el trabajo de parto; así mismo, representan también una amenaza para la salud y supervivencia de la madre. Por ejemplo, se estima que un trabajo de parto prolongado u obstruido causa la asfixia de un 3% de los recién nacidos, lo cual da como resultado la muerte de casi el 25%, mientras otro 25% sufre daño cerebral (Gratacos *et. al.*: 1995).

Además, las mujeres que padecen deficiencias nutritivas o infecciones durante el embarazo son más proclives a dar a luz bebés de bajo peso (menos de 2500 grs.). Los bebés de bajo peso son de 20 a 30 veces más proclives a morir durante la primera semana de vida, y aquellos que sobreviven tienen más tendencia a padecer discapacidades como

parálisis cerebral, convulsiones o problemas graves de aprendizaje. La discapacidad de una madre puede tener profundas consecuencias para su familia y para el entorno en general, debido al impacto que ésta puede llegar a tener en sus responsabilidades hogareñas y económicas. El costo del tratamiento médico de la madre puede cambiar los patrones de consumo del hogar y reducir los ahorros y las inversiones.

PreNatal Perú (2003) supera la concepción biomédica y plantea la redefinición de la “salud como ausencia de la enfermedad”. Así, esta institución cuestiona el enfoque de la discapacidad como ente patológico, porque limita la explicación y la prevención con acciones de dimensión física y biológica, que resultan reducidas. Entonces, se busca, más bien, la comprensión de este fenómeno desde un plano integral que toma en consideración las características biológicas, psicológicas y sociales del ser humano. En tal sentido se supera la visión tradicional de la discapacidad como patología, pues se plantea trabajar en su prevención prenatal desde el ámbito del derecho y de las responsabilidades que los ciudadanos tienen frente a esta situación.

### **1.2.3. Etapa prenatal y factores de riesgo**

#### **1.2.3.1. Definición de la etapa prenatal**

Para Moore (1999), la etapa prenatal “es el comienzo de la vida humana, es la unión del espermatozoide a un óvulo”. Desde la concepción, cada bebé es afectado por influencias hereditarias y ambientales, de manera más directa durante el periodo prenatal, esto ocurre de acuerdo con las instrucciones genéticas y va desde una simple célula hasta un organismo complejo. Esta etapa se produce antes del nacimiento, y se le denomina gestación, donde suceden tres estadios: etapa germinal, etapa embrionaria y etapa fetal.

### **1.2.3.2. Ámbitos de estudio en la etapa prenatal**

El conocimiento de la etapa prenatal comprende cuatro ámbitos: salud sexual y reproductiva; ecología fetal; atención y nutrición prenatal; y parto sin peligro. Tales ámbitos merecen un análisis y desarrollo, en el marco de la prevención de las discapacidades. A continuación, veamos un desarrollo detallado de tales aspectos.

#### **1.2.3.2.1. Salud sexual reproductiva y prevención de discapacidades**

La calidad de vida y la salud de las personas están, en gran medida, influenciadas por sus conductas y comportamientos en la esfera de la sexualidad, por lo tanto, en el marco de la Atención Integral de Salud, la salud sexual y salud reproductiva constituye un elemento clave para mejorar la calidad de vida de las personas.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, 1994), define a la salud reproductiva *“como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La Salud Reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria y para reproducirse, y la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo”*.

Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual. La salud sexual y reproductiva tiene un enfoque integral, que abarca todo el ciclo de vida de las personas (niñez, adolescencia, adultez y adultez mayor). Para alcanzarla y conservarla, se requiere de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación específicas, diferenciadas ellas para cada una de las etapas del ciclo de vida

de las personas, debido a que las necesidades en el área sexual y reproductiva son cambiantes según los contextos.

La sexualidad y la reproducción son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva. La sexualidad forma parte de la vida de las personas durante toda su existencia y se desarrolla a través de los años, sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social; así mismo, es una realidad con la que viven a diario todas las personas, donde trasciende lo físico (relaciones sexuales), pues se traduce en las diferentes conductas que tienen las personas para expresarse y relacionarse con su entorno social. De igual manera, la sexualidad constituye una de las fuentes más importantes de comunicación, bienestar, amor y placer tanto físico como mental, aunque también constituye uno de los ejes fundamentales sobre los que se construyen las desigualdades.

De otro lado, la salud sexual está muy relacionada con la salud reproductiva. Según la Asociación Mundial de Sexología, la sexualidad *“es una parte integral de la personalidad de todo ser humano y su desarrollo depende de la satisfacción de deseos básicos, como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer ternura y amor”*. Implica que cada mujer y hombre tiene derecho a la libertad, autonomía, privacidad, equidad, seguridad y placer en sus relaciones sexuales (WAS, Declaración de Derechos Sexuales, 1999).

Naranjo (2002) manifiesta que nadie puede existir o vivir al margen de la sexualidad. Por ello, se aborda el ciclo vital desde la perspectiva de la sexualidad como autoconocimiento y autocuidado. Esta perspectiva integra los elementos biológicos, físicos, emocionales, intelectuales, sociales y culturales del ser humano. Desarrolla en las personas aptitudes y habilidades para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, adecuándola a los criterios de nuestros valores humanos. Así mismo, entender la sexualidad de esta

manera, disminuye los temores, los sentimientos de vergüenza y culpabilidad en el sujeto, tanto como favorece la ausencia de trastornos orgánicos e infecciones como las enfermedades de transmisión sexual (ETS), que entorpecen la vida sexual y reproductiva. De igual modo, parte de una sexualidad saludable consiste en evitar el embarazo adolescente, en tanto que ello conlleva riesgos, incluso al grado de la muerte materna o del infante; de hecho, el embarazo adolescente se debe a la falta de educación sexual, apoyo familiar y de la comunidad, tanto como al poco acceso a la información sobre métodos anticonceptivos.

Pues bien, en el marco del estudio y análisis de la prevención de discapacidades, Naranjo (*op. cit.*) aborda la salud sexual y reproductiva a partir de tres aspectos importantes: el autoconocimiento, el autocuidado y la salud sexual y reproductiva (prevención de la discapacidad).

**a) Autoconocimiento.** El adolescente debe conocer sobre el:

- Ciclo de la fertilidad;
- Regulación de la fecundidad;
- Infecciones de transmisión sexual (ITS); y
- Planeación del embarazo, pensando en el bebé por nacer.
- Paternidad y maternidad responsable
- Planificación familias

**b) Autocuidado.** El adolescente debe cuidarse en lo relativo a:

- La toma de decisiones sobre el uso y protección de su cuerpo;
- A la fertilidad y el uso de métodos de planificación familiar;
- A la observación e identificación de los factores de riesgo que pueden afectar al futuro bebé que está esperando
- Identificar los signos y síntomas de peligro de discapacidad prenatal.

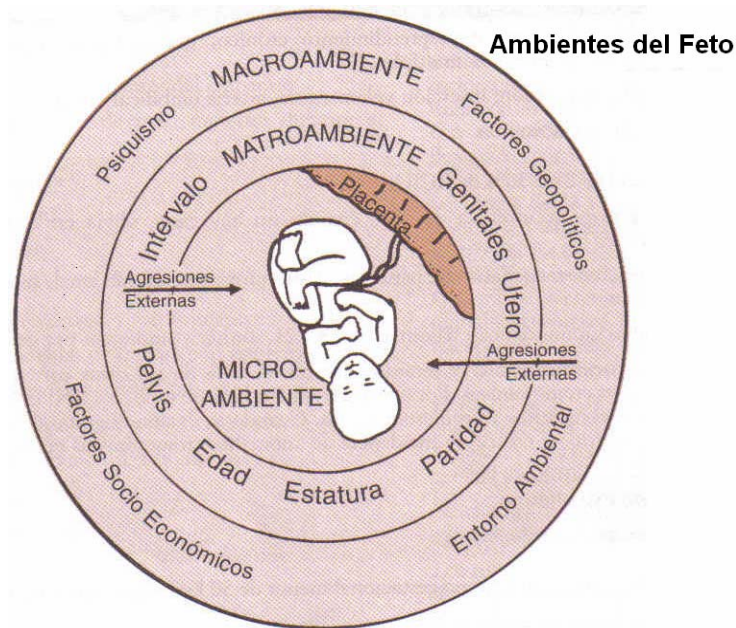
**c) Salud sexual y reproductiva:** el/la adolescente debe estar informado sobre:

- Las ITS;
- Acudir al médico si sospecha que una madre embarazada tiene una infección sexual;
- Tener conocimiento sobre la seguridad en la reproducción por ejemplo (tomar anticonceptivos, consumir medicamentos durante un retraso menstrual o durante el embarazo puede ser peligroso para el bebé); y
- Dar utilidad práctica a la educación sexual recibida en la escuela o centro de salud.

#### **1.2.3.2.2. Ecología fetal y prevención de discapacidades**

Para Barreno, Lascano y Mosqueira (1997), la ecología fetal *“es el entorno que acoge al bebé intrauterino desde que empieza como una célula, crece y se desarrolla hasta el momento de su llegada al mundo”*. La experiencia del embarazo es vivida por cada mujer y hombre de diferente manera, según sus circunstancias, dependiendo de sus condiciones físicas y emocionales, de su nivel socioeconómico, del contexto familiar y cultural en el que viven, la edad, entre otros factores.

Los autores mencionados señalan que el proceso de la gestación tiene lugar en tres ámbitos diferenciados: el microambiente fetal, el matroambiente fetal y el macroambiente fetal, cada uno de ellos son influenciados por los factores internos y externos a los que la madre gestante está expuesta:



Fuente: ONG Pre Natal Perú Módulo IV –Formación de Mediadores -2003

a) **Microambiente fetal.** Es el lugar donde se desarrolla, crece el embrión y el feto; así mismo, es el ambiente apropiado donde la placenta, el líquido amniótico y las membranas ovulares determinan la ecología fetal a través de la barrera separadora del ambiente materno periférico. En este medio acuático, el embrión se protege de las presiones externas, sobre todo su sistema nervioso que es muy vulnerable al inicio de su formación. En esta situación, el feto es capaz de sintetizar todas sus proteínas y participar en el engranaje materno fetal. Hay dos aspectos asociados con este ambiente que los/las adolescentes deben saber para prevenir la discapacidad:

- No ocultar el embarazo, sino una correcta exposición del embarazo
- Velar por el peso del bebé (menos de 2.5 kilos tiene riesgo de discapacidad).
- Las alteraciones del microambiente dependerá del diagnóstico oportuno del embarazo:
  - detectar los signos y síntomas del embarazo
  - realizar la consulta médica respectiva
  - observar los antecedentes de discapacidad en la familia

- el tipo de sangre, el factor RH
- la ingesta de medicinas sin receta médica durante el embarazo
- disminución del intercambio nutritivo y respiratorio pueden alterar el normal desarrollo del bebé intrauterino.

El útero desempeña un papel importante durante toda la gestación y aún antes de que ésta tenga lugar, es el centro de la actividad reproductora y el último responsable del bienestar fetal. El embrión está suspendido en el líquido amniótico por el cordón umbilical, flota en él libremente. A su vez, el líquido amniótico cumple importantes funciones: permite el crecimiento externo simétrico del embrión y el feto, actúa como barrera de infecciones probables, permite el desarrollo normal del pulmón fetal, protege al embrión y al feto contra lesiones también probables, ayuda a controlar la temperatura corporal del embrión y permite que el feto se mueva libremente.

La placenta, apoyada por el cordón umbilical, funciona como un sistema de transporte de sustancias entre la madre y el feto. Los nutrientes y el oxígeno pasan de la sangre materna a la fetal, mientras que los materiales de desecho y el dióxido de carbono pasan de la sangre fetal a la materna, a través de la membrana placentaria. La placenta es el órgano vital para la supervivencia y desarrollo del feto, y cumple las siguientes funciones principales: respiración, nutrición, excreción, protección y almacenamiento.

**b) Matroambiente fetal.** Consiste en las características intrínsecas que posee la madre en el momento de la gestación. Menkes y Suárez (2004) sostienen que los factores que influyen en el matroambiente pueden afectar el desarrollo y crecimiento normal del bebé, en este caso los/las adolescentes deben saber para prevenir la discapacidad:

- enfermedades maternas infecciosas (diabetes, rubéola);
- hábitos no saludables (consumo de cigarro, alcohol, drogas);
- edad, estatura y complexión de la madre (obesidad, desnutrición);

- intervalo entre los embarazos;
- embarazos múltiples;
- patología materna; y
- esterilidad previa.

Las condiciones de vida en este ambiente van a ser afectadas por los factores socioculturales y socioeconómicos que condicionan favorable o desfavorablemente la vida intrauterina del bebé así como la nutrición de la madre, la vivienda, el nivel de educación, la situación social y los problemas familiares. De otra parte, los malos hábitos que, practicados durante el proceso gestacional, desfavorecen el desarrollo del crecimiento del bebé, los ejercicios forzados, los viajes prolongados, el consumo de alcohol, drogas y la automedicación. También los factores emocionales como la labilidad psíquica y el embarazo no deseado influyen al decididamente en el normal desarrollo del bebé intrauterino.

**c) El macroambiente fetal.** Está constituido por los siguientes elementos externos:

- El entorno social, cultural y religioso en los que se desenvuelve la madre;
- Factores de riesgo como la altitud del medio, la zona urbana, urbano-marginal o la zona rural;
- La contaminación ambiental y el ruido;
- Factores geopolíticos que determinan el desarrollo económico, la migración, las costumbres, las modas; y
- Factores laborales, como el tipo de trabajo y la legislación laboral correspondiente.

Muchos padres de familia no siempre están preparados para recibir a un nuevo hijo. En el escenario más positivo, la noticia de un embarazo planeado o casual, puede ser motivo de alegría, solidaridad, apoyo en casa y en el trabajo, pero, en el escenario negativo, puede ser motivo de violencia, rechazo y abandono. Por lo general, la

responsabilidad de la planificación de los embarazos recae más sobre la mujer. Una gestación aceptada garantiza, en primer lugar, un proceso de involucramiento y autocuidado de la mujer gestante y, en segundo lugar, el involucramiento, la participación y el cuidado de su familia (Barreno, Lascano y Mosqueira: 1997).

Para Viteri (2002), la mujer en edad de tener hijos, y su pareja, deben ser motivadas a planear el embarazo y a realizar una consulta antes de la concepción. Esta consulta tiene gran valor porque es el espacio adecuado para informarse, conocer la importancia de comportamientos saludables y preventivos previos a la concepción, para tomar las medidas adecuadas que garanticen las mejores condiciones de salud de la madre y del padre, para aumentar las probabilidades de que el nuevo hijo nazca saludable.

Los futuros madre y padre responsables deben prever todos los elementos para el correcto desarrollo morfogénico del bebé, así como para proporcionarle un equilibrio emocional sostenido. Todo el medio ambiente, pareja, familia y grupo social, deben contribuir al mantenimiento de este balance, el mismo que de seguro redundará en beneficio de la nueva vida del recién nacido.

#### **1.2.3.2.3. Atención y nutrición prenatal: prevención de discapacidades**

Para Calle (2000), define a la *“atención prenatal es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, realizada por el profesional de salud en aras de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, y que en el proceso no haya ocurrido deterioro de la salud de la madre de ningún tipo”*. Para Calle todo embarazo es potencialmente riesgoso. El cuidado nutricional de la embarazada es otro aspecto fundamental que sirve para preservar la salud materna y apoyar el crecimiento fetal normal.

El binomio madre-hijo se considera vulnerable visto desde la nutrición, ya que gran parte del fundamento de la salud futura del bebé se encuentra en las 40 semanas de vida

intrauterina y en los primeros seis meses de vida, en los que el nuevo ser debe ser alimentado con leche materna. Para el autor, los aspectos relevantes que todo adolescente debe saber son:

**a) Control prenatal durante el embarazo.**

- Implica la asistencia a controles médicos durante el embarazo,
- Asistir a servicios de salud especializados para adolescentes embarazadas,
- Procurar asistir en el seguimiento de atención médica en caso de embarazo de alto riesgo,
- Pedir apoyo y orientación en la escuela y derivación de su caso al centro de salud,
- Procurar que exista una calidad y calidez en el control y atención a las gestantes adolescentes.
- Debe haber un permanente diálogo con los padres sobre la alumna gestante y coordinar los horarios de atención en centros de salud adecuado a sus necesidades.

**b) Consulta prenatal.** Es el diagnóstico, evaluación y manejo de la condición nutricional de la embarazada, la cual debe basarse en los parámetros de peso y talla de la misma.

**c) Alimentación adecuada.** La madre gestante debe consumir alimentos nutricionales del tipo hidratos de carbono (glucosa, maíz, papas, habas, frijoles, avena, yuca, fideos y pan); lípidos grasos (vitamina A, carnes, pescado, leche, queso y soya); proteínas (carne, huevos, leche y derivados, nueces y legumbres); así como algunas vitaminas liposolubles según recomendación médica.

#### **1.2.3.2.4. Parto sin peligro**

Para Marschall (1993), la maternidad sin riesgo y peligro *“es la preparación psicológica de la pareja y de la familia para esperar la llegada del bebé en condiciones favorables”*. *“La atención al parto es el conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madre y recién nacido en buenas condiciones de salud”*.

De acuerdo con los parámetros enunciados por la Federación Internacional de Sociedades de Ginecología y Obstetricia y la OMS (2000) define al parto *“como el proceso del nacimiento durante el cual se exteriorizan feto, placenta y membranas fetales desde el aparato reproductor de la madre”*. En términos de normalidad, el parto se presenta cuando el feto ha cumplido de manera integral el ciclo de vida dentro del útero materno y la madre ha llegado al término del embarazo entre las 37 y 42 semanas completas a partir del último periodo menstrual.

Para este período, el bebé ha completado su proceso de maduración, antes de su llegada al mundo exterior; así mismo, es una etapa difícil físicamente para la madre, en tanto que su salud y condición psicobiosocial necesitan estar en un óptimo estado para así completar con éxito la gestación y preparación para el momento del parto. En esta etapa, de igual modo, la madre deberá estar lista para finalizar la acogida que ha brindado a su hijo durante nueve meses al interior de su cuerpo, en tanto éste iniciará una nueva fase, en un medio muy diferente y la relación de ambos cambiará drásticamente e intervendrán otros actores del entorno familiar, cultural, social, educativo, religioso, entre otros.

Esta última etapa es fundamental en la prevención de discapacidades, donde se tiene que hacer una serie de prevenciones y previsiones para la espera del bebé, las mismas todo adolescente sea hombre o mujer debe saber y conocer lo que puede ocurrir en el tercer trimestre denominado emergencias obstétricas:

- El hinchazón de los pies y manos

- Asistir al médico si hay sangrado en los últimos tres meses del embarazo.
- Asistir al médico cuando hay dolores fuertes intensos de la pelvis y abdomen.
- Acudir al médico frente a la ruptura de la fuente antes de la fecha estimada para el parto.
- Una embarazada que se pasa las dos semanas de la fecha prevista para el parto requiere atención médica inmediata.

Las condiciones que se requieren para garantizar nacimientos sin peligro tienen que ver con los compromisos y actitudes personales, institucionales y comunitarios; de igual modo, con la finalidad de contribuir a establecer las condiciones que permitan que la experiencia del parto se viva en la dimensión humana que le es inherente, y para que el nacimiento sin peligro sea una responsabilidad compartida por la familia, los servicios y las comunidades en general.

Las emergencias obstétricas son situaciones que afectan la situación reproductiva de la mujer, con riesgo inminente de complicaciones, como secuelas de diferente índole, o, incluso, la muerte de la madre, el feto o el recién nacido. Este hecho se produce, por lo general, cuando la madre no ha recibido atención prenatal oportuna ni adecuada.

La obtención de un feto maduro, sano y físicamente íntegro requiere de evaluación constante y diagnóstico precoz, así como de la neutralización de todos los factores de riesgo, ya sean estos de tipo biológico, médico, social o propiamente obstétricos, los cuales pueden estar presentes durante el embarazo, en aras de contribuir a un parto adecuado.

Maine (1997) explica que las mujeres adultas o adolescentes pueden sentir una profunda angustia ante la posibilidad de una concepción no deseada. Si no hubo una consulta preconcepcional y preparación para el embarazo, probablemente, la aceptación del mismo sea el primer paso para iniciar un proceso de prevención de discapacidades. Si el embarazo se esconde, se niega o se oculta, a veces hasta pasadas las primeras 20 semanas,

la atención prenatal habrá llegado muy tarde y podrá traer serias consecuencias para el bebé, tanto como para la madre.

Por eso, los servicios de salud y los cuidados obstétricos son esenciales y básicos para el parto, tanto durante el mismo, como durante la atención del recién nacido por los profesionales competentes. Este y otros servicios, como la cirugía, la anestesia, la transfusión sanguínea, el manejo de protocolos médicos de hospitalización, los procedimientos manuales y cuidados neonatales, deben ser informados y dispuestos al conocimiento de las futuras madres gestantes y del padre.

#### **1.3.3.3. Enfoque de la prevención prenatal de discapacidades**

PreNatal Perú (2003) plantea la necesidad de un enfoque donde se tenga en cuenta derechos, género y diversidad cultural; la intención es tomar acciones para crear una cultura de prevención que haga uso de estas herramientas en la explicación de las situaciones de discapacidades que viven las diferentes culturas de nuestro país.

La prevención se apoya en el criterio de que muchos factores son aprehendidos a temprana edad, de manera que los patrones de pensamiento y sus consiguientes actividades son parte de la vida cotidiana de las personas, se deben tomar acciones de prevención en cada contexto que permitan reducir los riesgos en los niños, adolescentes, jóvenes y adultos, de manera coordinada y sostenida, así como el logro de internalizar conductas que fomenten una vida saludable.

El Manual para la Prevención de Discapacidades CIDEM (2001) explica que una cultura de prevención se construye sobre comportamientos y actitudes que haga interactiva en la sociedad la información necesaria, provoquen discernimientos y generen criterios para impedir nuevas situaciones discapacitantes. En tal sentido, la prevención de discapacidades es una respuesta a un problema de salud pública que tiene un severo

impacto en todo el mundo, que debe actuar más temprano y rápido frente a la presencia de un problema. Significa, así mismo, la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales.

La prevención prenatal de discapacidades exige la acción de mujeres, hombres y educadores de los servicios de salud y de las organizaciones comunitarias. Éstos deberán estar insertos en los contextos sociales más diversos; en ese sentido, los sectores de salud, educación y de desarrollo comunitario deben posicionarse, insertarse e irradiar la construcción de la cultura de prevención prenatal de discapacidades en la sociedad.

Sin duda, las mejores acciones preventivas son aquellas que fortalecen las capacidades de los adolescentes para propiciar su desarrollo en condiciones de una adecuada socialización, con una autoestima suficiente, sentido de responsabilidad, con un proyecto de vida, plena inserción social, con una práctica de comunicación adecuada con sus padres y con los demás.

Por su parte, Silber (1992) manifiesta que, junto con prevenir el primer embarazo no deseado o no planificado, también es necesario buscar estrategias para la prevención de un nuevo embarazo, en el caso de adolescentes que han pasado por esta experiencia, y que tendrá las mismas características que el primero. El autor, además, recomienda que los profesionales de la salud debieran estimular a los adolescentes a que pospongan la actividad sexual, y que los médicos tengan un rol más influyente en aconsejar la abstinencia.

De igual modo, el autor prosigue que en todo control de supervisión de salud del adolescente se debe realizar consejería en sexualidad, con contenidos acordes a la etapa de desarrollo del joven. Esta educación debe ser integral, fomentando valores, con énfasis en el desarrollo de actitudes y habilidades que promuevan la postergación de la vida sexual activa y el logro de la abstinencia. Sin embargo, frente a adolescentes sexualmente activos

se debe entregar información de los distintos métodos anticonceptivos existentes, su eficacia, sus ventajas y desventajas, cómo obtenerlos, así como cuáles son las precauciones en su uso. Es imprescindible que sea el adolescente quien (idealmente, junto su pareja, familiar, u otro adulto acompañante) tome la decisión de usar o no algún método anticonceptivo.

## **2. ESTUDIOS NACIONALES Y EXTRANJEROS SOBRE EL TEMA INVESTIGADO**

Hallamos algunos trabajos de investigación nacionales y extranjeros que están relacionados de una u otra forma con la presente investigación. A continuación, hacemos una breve descripción de tales estudios.

### **2.1. Estudios nacionales**

En primer lugar, consideramos el estudio realizado por Cuba (2004), que trata sobre los conocimientos, actitudes y conductas de los adolescentes con relación a las infecciones de transmisión sexual y al VIH-SIDA. En una muestra de 382 adolescentes entre 12 y 19 años de edad, provenientes de colegios estatales y particulares del distrito de Lince en Lima, demostró que los adolescentes tienen un nivel de conocimiento bajo o insuficiente; por su parte, sus actitudes son neutrales; mientras que sus conductas son orientadas a la responsabilidad respecto de su sexualidad y frente a las ETS/VIH/SIDA, las que afrontan con actitudes de responsabilidad, apertura y solidaridad.

Otra trabajo realizado es el que nos viene de Villavicencio *et. al.* (2003). Dicho estudio trata sobre las variables asociadas a las actitudes frente a los métodos anticonceptivos, en estudiantes de 5<sup>to</sup> año de secundaria de 15 a 20 años de edad, de centros educativos estatales de Comas y Carabaillo; esta tesis demostró que los adolescentes reflejan actitudes homogéneas de tipo semiliberal frente a los métodos anticonceptivos; así mismo, no existe asociación entre las actitudes frente a los métodos anticonceptivos con respecto a las siguientes variables: género, grado de instrucción,

estado civil de los padres, entorno personal de confianza, medio de comunicación confiable.

De otro lado, tenemos un trabajo muy importante realizado por Sebastiani y Segil (1999) acerca de qué hacen, piensan y sienten los adolescentes limeños respecto de la salud sexual y reproductiva. La muestra está compuesta por 1524 adolescentes de Lima Metropolitana y dio como resultado que el 40% de los adolescentes tiene pareja, mientras que un 25% del total de jóvenes tiene actualmente relaciones sexuales, siendo la edad promedio de inicio los 15 años, donde el varón es el que ocupa el mayor porcentaje. De igual forma, se tiene que la mayoría de mujeres se ha preocupado en algún momento por una sospecha de embarazo no deseado. El 75% de las mujeres que se han embarazado ha abortado, de las cuales un 47% lo hizo en un proceso de pérdida espontánea, un 12% por aborto voluntario, y un 16% por aborto obligado. Así mismo, el 16% de las mujeres está embarazada actualmente, el 6% tiene un hijo vivo y el 3% lo dio en adopción. También se señalan que uno de los principales problemas en la salud sexual reproductiva radica en que los adolescentes se sienten desprotegidos, calculándose que el 24% de adolescentes se halla en riesgo por no contar con fuentes de apoyo directo, especialmente por el papel que juega la familia en la problemática de este grupo erario.

El trabajo realizado por Raguz (1999), sobre el riesgo sexual y reproductivo en una muestra de 234 adolescentes de 14 a 19 años en centros educativos estatales nocturnos y diurnos de Lima, halló que el 45% de desertores del turno nocturno se había iniciado sexualmente, y que un tercio del turno diurno también lo había hecho. Así mismo, en el caso de las mujeres, se obtuvo que el 14% de escolares del turno diurno ya se había iniciado sexualmente, en contraste con una población del 40% del turno nocturno. La iniciación sexual del total de la población estudiada había sido a los 16 años, donde para un 19% fue por violación.

Por último, el trabajo realizado por La Rosa Huertas (1995) sobre la iniciación sexual de alumnos de 3<sup>ro</sup> a 5<sup>to</sup> de secundaria de colegios nacionales del Cono Sur de Lima, en una muestra de 1740 estudiantes, demuestra que el 23% de la población total ya se había iniciado sexualmente. De igual modo, se halló una asociación estadística entre iniciación sexual y tipo de colegio segregado en comparación al mixto, considerando que estudiar en un colegio mixto es un factor protector que retrasa la iniciación sexual. Pero, el hecho de asistir al turno de la tarde, la convivencia en una familia desestructurada, con relaciones conflictivas o en ausencia de alguno de los padres, y el escaso soporte afectivo, constituyen riesgos para la iniciación sexual precoz. Finalmente, tal investigación no encontró asociación alguna entre el tamaño del colegio y la iniciación sexual, en relación con el nivel de conocimiento sobre sexualidad en las mujeres.

## **2.2. Estudios extranjeros**

En España, encontramos los trabajos realizados por Diéguez *et. al.* (2003), sobre actitudes sexuales y su relación con la edad, género, ocupación, grado de religiosidad, orientación política y consumo de drogas, en la juventud del medio rural gallego. Los resultados fueron que a menor grado de práctica religiosa y mayor orientación política de izquierda, la juventud es más liberal en su práctica sexual. De igual modo, se establece también la proporción de que a mayor consumo de sustancias tóxicas (alcohol y otras sustancias psicoactivas), también se presentan actitudes sexuales más liberales hacia la sexualidad.

En otras latitudes, tenemos el trabajo de Samaniego (2003), realizado en México, acerca de qué piensan los adolescentes estudiantes de 4<sup>to</sup> año de educación secundaria y 2<sup>do</sup> año de Bachillerato de una institución de enseñanza superior sobre la sexualidad. Los resultados fueron que, los amigos y las amigas de los adolescentes constituían la mayor

fuentes de información sobre la sexualidad, que los chicos “saben más” que las chicas sobre sexualidad, y que la finalidad fundamental de la sexualidad es el disfrute con la pareja, así como la satisfacción del deseo sexual. Las expresiones más representativas de la sexualidad para los adolescentes son el coito vaginal, las caricias mutuas y el beso.

En Estados Unidos hallamos el trabajo realizado por Cook *et. al.* (2001), el cual trata los problemas de la salud sexual reproductiva y la muerte entre adolescentes activas sexualmente y mujeres entre 20 a 34 años de edad en la ciudad de Chicago. En este estudio, fisiológica y socialmente, las adolescentes resultaron más vulnerables a la mortalidad materna e infantil, a las ETS, a la violencia y abuso sexual, así como al aborto en condiciones de riesgo. Los factores de riesgo están relacionados con el contexto social: la marginación, la discriminación generacional y de género. Así, una adolescente que tiene una vida sexual activa es propensa a tener un mayor número de gestaciones, embarazos no planeado o no deseado, así como la posible de intento o recurrencia al aborto.

El estudio de Castelo *et. al.* (1993) realizado en Ecuador constituye otra investigación de relevancia. Dicha investigación trata sobre los factores de riesgo y consecuencias sociales del embarazo en adolescentes de Quito; los resultados fueron que las normas de control social sobre el ejercicio de la sexualidad en adolescentes y jóvenes, tradicionalmente asignadas a la familia, han sido desplazadas a las instituciones educativas. Así mismo, la maduración sexual en lo físico, la pubertad y sus cambios biológicos se presentan a edades cada vez más tempranas. También los medios de comunicación han dirigido en forma preferente sus esfuerzos mercantilistas hacia los jóvenes, induciéndolos a prácticas de erotismo y de consumo. En muchos casos, además, la televisión y otros medios electrónicos, como la Internet, se han convertido en los principales educadores sexuales.

### 3. DEFINICIONES OPERACIONALES Y DE VARIABLES

#### 3.1. Definiciones operacionales

- a) **Actitudes hacia la sexualidad.** Es el conjunto organizado de creencias, opiniones, sentimientos y tendencias que evalúan y disponen de determinada forma al sujeto ante personas, objetos y situaciones, relacionadas con el comportamiento y la identidad sexuales, los roles de género, la orientación sexual, al uso de métodos anticonceptivos, a la prevención de situaciones de riesgo y con el desarrollo de la actividad sexual.
- b) **Salud Reproductiva.** “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos vinculados con el sistema reproductivo y sus funciones o procesos.” (OMS, 1994).
- c) **Salud Sexual.** “Integración de los aspectos somáticos, emocionales e intelectuales del ser sexual que enriquezca la personalidad, la comunicación y el amor.” (OMS, 1994).
- d) **Factores de riesgo en la etapa prenatal.** Es toda característica asociada a una mayor probabilidad de sufrir un daño en el tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento (PreNatal Perú, 2003).
- e) **Deficiencia.** Representa toda pérdida o anomalía de una estructura y función psicológica, por consecuencia es la desviación de alguna norma estadística en el funcionamiento físico y mental.

- f) **Discapacidad:** Es una limitación del desempeño normal de un individuo en las actividades de la vida diaria.
- g) **Minusvalía.** Situación que limita el desempeño de un rol que se considera normal en el contexto sociocultural.
- h) **Prevención.** Proceso activo de implementación de un conjunto de acciones e iniciativas basadas en factores de riesgos y peligros, tendentes a modificar y mejorar la formación y el desarrollo integral, así como la calidad de vida de los individuos.

### 3.2. Variables de estudio

#### a) Actitudes hacia la sexualidad:

- Regulación de la fecundidad
- Sobre la fertilidad
- Métodos anticonceptivos
- Rol sexual
- Paternidad y maternidad responsable
- género.
- Orientación sexual

#### b) Nivel de Conocimiento sobre Factores de Riesgo de Discapacidad Prenatal:

- Factores biológicos y
- Factores ambientales, que pueden provocar alguna discapacidad en los ámbitos:
  - ✓ Salud sexual reproductiva

- ✓ Ecología fetal
- ✓ Atención y nutrición prenatal; y
- ✓ Parto sin peligro.

**c) Variables sociodemográficas:**

- Edad: de 14 a 19 años de edad;
- Sexo: mujer y hombre;
- Grado de estudios: de 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> año de secundaria;
- Zona de procedencia: urbana de San Juan de Miraflores, urbano marginal de Villa El Salvador y rural de Pachacamac.

## **4. HIPÓTESIS**

### **4.1. Hipótesis General**

Existe relación significativa entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal en los adolescentes de 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> de año de secundaria.

### **4.2. Hipótesis Específicas**

1. Existen relaciones significativas entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad en el ámbito de salud sexual reproductiva.

2. Existen relaciones significativas entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad en el ámbito de ecología fetal.
3. Existen relaciones significativas entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad en el ámbito de atención y nutrición prenatal.
4. Existen relaciones significativas entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad en el ámbito de parto sin peligro.

# CAPÍTULO III

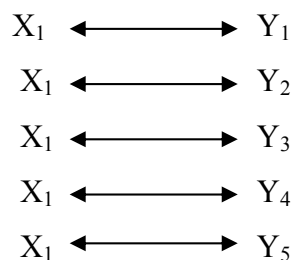
## METODOLOGÍA

### 1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

Con la finalidad de medir la relación entre las variables investigadas, las actitudes hacia la sexualidad, y el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de discapacidad prenatal, se realizó un estudio de nivel descriptivo no experimental de tipo transversal (Hernández *et. al.*, 2003).

### 2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño es correlacional, debido a que éste permite identificar la relación existente entre las dos variables estudiadas (Hernández *et. al.*, 2003). Gráficamente, se expresa de la siguiente manera:



### **3. POBLACIÓN Y NATURALEZA DE LA MUESTRA**

#### **3.1. Características de la población**

El ámbito geográfico de la investigación está compuesto por los distritos de San Juan de Miraflores, Villa El Salvador y Pachacamac, en el Departamento de Lima (Perú). Estas poblaciones se caracterizan por ser de clase media y baja, no es homogénea, y estar conformadas por 757 436 habitantes en total, de los cuales el 20,5% constituye una población entre 12 y 19 años. (INEI, 1993 con proyección al 2005).

En conjunto, presentan zonas urbanas, urbano-marginales y rurales. La zona urbana concentra la mayor cantidad de población, allí se ubican los centros comerciales, las zonas industriales, las sedes de gobierno, así como de las instituciones públicas y privadas; en general, la zona urbana posee los principales servicios básicos y, por tanto, sus habitantes suelen tener mejores oportunidades de vida y educación. Por su parte, las zonas urbano-marginales están constituidas por asentamientos humanos, donde se vive en condiciones de hacinamiento y con gran demanda de servicios básicos. Por último, las zonas rurales son áreas donde se realiza la actividad agropecuaria; ellas se concentran fuera de las ciudades, carecen de servicios básicos y son habitadas básicamente por campesinos (Gómez, 1990).

Actualmente, los tres distritos cuentan con 209 centros educativos de educación secundaria regular de menores, de los cuales 81 pertenecen a la categoría de Colegios de Gestión Estatal y 218 son Colegios de Gestión No Estatal (de gestión privada). El total de la población estudiantil de los tres distritos para el año escolar 2005 eran de 36 562 estudiantes matriculados (MED, 2005).

### **3.2. Muestra y método de muestreo**

El marco muestral se ha definido considerando como unidad de selección a la institución educativa del nivel de educación secundaria de menores, de turno mañana (diurno). El muestreo en la primera etapa fue no probabilístico por conveniencia; es decir, la elección se ha hecho de forma intencional, considerando a la población de mayor riesgo por las condiciones socioeconómicas, educativas, sociales y culturales de extrema pobreza. En la segunda etapa fue probabilística, donde el proceso de selección de la muestra fue al azar, en proceso aleatorio simple (Sánchez y Reyes, 1987). Los centros educativos seleccionados aceptaron voluntariamente la aplicación de la encuesta, del mismo modo, ningún estudiante se negó a participar de la encuesta.

El tamaño de la muestra se obtuvo a través del programa estadístico EPIDAT, considerando el nivel de exactitud en la estimación, tratando de establecer el mínimo de error de muestreo aceptable (5%), con un nivel de confianza aceptable al 95%.

La población la conformó 1009 alumnos y la varianza poblacional se consideró de 0,25 (varianza máxima) considerándose el tamaño de muestra final a 224 alumnos (entre hombres y mujeres) para ser encuestados.

Así mismo, se trabajó con adolescentes de 14 a 19 años de edad, que cursaban el 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> año de secundaria de ambos sexos, de tres centros e educación secundaria de menores (uno privado y dos estatales) de los tres distritos, San Juan de Miraflores, Villa El salvador y Pachacamac, en la provincia de Lima, departamento de Lima (Perú).

### **3.3. Descripción de la muestra**

Se encuestó a un total de 224 adolescentes de tres instituciones educativas, dos de gestión estatal y una de gestión privada, como se ha dicho, de los cuales 162 adolescentes tenían entre 14 a 16 años (grupo 1) y 62 tenían entre 17 a 19 años (grupo 2), ambos grupos

divididos en 120 mujeres y 104 hombres. Con relación al grado de estudios, se encuestó a 115 alumnos en 4to año y 109 alumnos en 5to año de educación secundaria. Con respecto a los adolescentes, según la procedencia, tenemos que 49 proceden de San Juan de Miraflores, 111 de Villa El Salvador y 64 de Pachacamac. A continuación, veamos la Tabla 1, que resume estos datos:

**Tabla 1: Distribución de los participantes según: edad, sexo, grado de estudios y lugar de procedencia.**

<b>DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR EDADES</b>	
Edad de 14-16 años	162
Edad de 17-19 años	62
<b>DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO</b>	
MUJERES	120
HOMBRES	104
<b>DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR AÑO DE ESTUDIO</b>	
4to año	115
5to año	109
<b>DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR LUGAR DE PROCEDENCIA</b>	
S J. Miraflores	49
Villa El salvador	111
Pachacamac	64
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>

### 3.4. Criterios de inclusión

A la muestra también corresponden los adolescentes, hombres y mujeres, entre los 14 a 19 años de edad, matriculados para el año 2005 que cursaban el 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> año de educación secundaria diurna regular de menores, de dos centros educativos estatales y uno privado, ubicados en zonas urbana, urbano-marginal y rural.

### **3.5. Criterios de exclusión**

No participan alumnos/as menores de 14 ni mayores de 19 años, tampoco aquellos/as que pueden tener alguna discapacidad o minusvalía por ejemplo, alumnos/as con sordera, ceguera, con problemas motores y/o minusválidos.

## **4. INSTRUMENTOS**

### **4.1. Descripción general de los instrumentos**

Con la finalidad de obtener información sobre la muestra de estudio, se han utilizado dos instrumentos de medición: el primero es para medir las actitudes hacia la sexualidad, el segundo es para recoger información sobre riesgos y peligros de discapacidad prenatal en los conocimientos y comportamientos de los adolescentes.

Para medir la actitud del adolescente acerca de la sexualidad mediante el uso de preguntas que midan los indicadores, se elaboró una Escala de Actitudes en base a la revisión bibliográfica citada, así como con la participación de profesionales en este campo del trabajo. Así, fue posible identificar cómo algunos adolescentes asimilaban, comprendían y hacían uso de la información relacionada a temas de la sexualidad. Para medir la confiabilidad, se han utilizado el Alpha de Cronbach, para medir el coeficiente de consistencia interna, y el Criterio de Validación de Jueces.

Para recoger la información sobre la Identificación de Riesgos y Peligros de Discapacidad Prenatal, se ha solicitado autorización a la Fundación de Waal (FDW) de Pre Natal Perú para el uso de la prueba estandarizada a nivel nacional. Para medir el grado de confiabilidad, de otro lado, también se ha utilizado el método Alpha de Cronbach y la Correlación Ítem – Test Corregido ( $r_{itc}$ ).

La **validez** constituye el grado en el que los ítems de la prueba son una muestra representativa del universo de contenido que se estudia, es decir, mide lo que realmente deben medir las variables de la investigación, lo cual –a su vez– se determinó mediante el Criterio de Jueces o Expertos, usando la V de Aiken.

A su vez, el **Criterio de Validación de Jueces** se realiza mediante la aprobación o desaprobación de un ítem del test por parte de jueces o expertos. Dicha evaluación de los ítems se cuantifica para así medir la significación estadística por medio de un índice acuerdo entre jueces, el coeficiente de validez **V de Aiken**. Para la Escala de Actitudes se elaboraron 25 ítems, a los mismos que se le otorgó validez mediante la evaluación de diez jueces o expertos en el tema, a saber: seis (6) psicólogos (entre educacionales, clínicos y sociales); un (1) médico salubrista; una (1) obstetriz; y dos (2) educadores. En este proceso, se asignó el valor de 1 si el juez está de acuerdo, y 0 si no lo está. Se aceptaron 20 ítems, que alcanzaron valores superiores a 0,8; de otro lado, se eliminaron 5 ítems, que no alcanzaron al puntaje mínimo esperado de 0,7, por lo que se les consideró poco pertinentes (Burga, 2003).

Ahora bien, la **confiabilidad** se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento de medición al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados, ésta se determinó mediante el método de coeficiente Alpha de Cronbach.

El coeficiente **Alpha de Cronbach**, o **Coeficiente de Consistencia Interna**, describe las estimaciones de confiabilidad basadas en la correlación promedio entre reactivos dentro de una prueba (Burga, 2003); así, el valor de un coeficiente de confiabilidad dependerá del uso de los resultados, considerándose objetivo un coeficiente mayor a 85 (Burga, 2003); del mismo modo, Hernández *et. al.* (2003) señalan que un coeficiente de confiabilidad será más significativo mientras más se acerque el coeficiente a uno (1), lo cual significará un menor error de medición. La medición va de 0 a 1, tal como se muestra a continuación: 0

representa un nivel de confiabilidad muy bajo; ,25 uno bajo; ,50 tiene un nivel regular; por su parte, ,75 es aceptable; y, finalmente, 1 significa el más elevado nivel de confiabilidad (equivalente a un 100%). Por último, se utilizó la *Correlación Ítem – Test Corregido* ( $r_{ite}$ ) para determinar la capacidad de discriminación del ítem en la Escala de Actitudes. El índice de discriminación refiere al poder discriminativo de los ítems, debiéndose obtener un puntaje igual o superior a ,20 (Burga, 2001).

**Forma de aplicación de los dos instrumentos.** Se entregó a cada participante las dos encuestas, brindando información general sobre el porqué de su aplicación, y especificando las normas para responderlas anónimamente.

**Forma de Calificación.** La Escala de Actitudes hacia la sexualidad se calificó al estilo Lickert, en base a frecuencias y porcentajes, según la dirección e intensidad de las actitudes. El Nivel de Conocimiento de Riesgos y Peligros de Discapacidad Prenatal fue evaluado mediante ítems dicotómicos, siendo Sí = 0 y No/No sabe = 1. Se enfatiza el hecho de que esta encuesta mide el **desconocimiento** de identificación de factores de riesgo frente a discapacidad prenatal, cuyo conocimiento y comportamiento de la población meta va ser procesada con el más alto porcentaje. (Fundación de Waal (FDW) de Pre Natal Perú - Cartilla de calificación Prenatal – Módulo II- 2003)

## **4.2. Descripción de la Escala de Actitudes hacia la sexualidad**

Se midieron las actitudes de los/as adolescentes frente a la salud sexual y reproductiva a través de una Escala tipo Lichert, en donde sus alternativas de respuesta indican el grado de acuerdo o desacuerdo con una afirmación correspondiente. La escala consta de las alternativas: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo y Totalmente de acuerdo. Debiendo elegir la que más se acerca a lo que ellos pensaban. Constan de 20 ítems que exploran las actitudes frente a la fertilidad, fecundidad, métodos anticonceptivos, orientación sexual, conducta sexual, rol sexual y género.

La calificación se hizo de dos formas: para 16 ítems, la calificación de las afirmaciones fue positiva, es decir, se asignaron los siguientes valores: (5) Totalmente de acuerdo, (4) De acuerdo, (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (1) Totalmente en desacuerdo. Mientras que, para los 5 ítems restantes, la calificación fue negativa, calificándose de manera contraria a las afirmaciones positivas antes expuestas (Hernández, Fernández y Batista, 2003).

### **4.2.1. Criterio de Validación de Jueces**

Originalmente, para esta sección se elaboró un cuestionario con 25 ítems, obteniendo valores superiores a ,89 al ser procesados con la V de Aiken, siendo 20 ítems significativos, eliminándose 5 ítems –ya que sus valores no obtuvieron un valor mínimo de ,80, lo que constituye una muestra representativa del universo de contenido–, por lo cual concluimos que los ítems presentan validez de contenido, tal como se observa en la siguiente tabla.

**Tabla 2: Validez de Contenido por Criterio de Jueces de la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad**

ÍTEM	JUECES										ACIERTOS	V de Aiken
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.90
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
5	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	8	0.80
6	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	0.90
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
8	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	0.90
9	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	0.90
10	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.90
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
13	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	0.90
14	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	0.90
15	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	0.90
16	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.90
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
20	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	0.90

**V de Aiken = Total de Aciertos/ total de Jueces**

#### 4.2.2. Propiedad Psicométrica

**La Confiabilidad:** Se le otorgó consistencia interna por medio de la Correlación Ítem-Test-Corregido, el cual permite apreciar que se obtuvieron correlaciones que son estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ), las cuales superan el criterio de  $r > 0,20$  propuesto por Kline (1995), por lo cual se puede afirmar que todos los ítems son relevantes para conformar la escala. La revisión de la confiabilidad por consistencia interna, calculada a través del coeficiente Alfa de Cronbach, indica que se obtiene un valor de 0,79 coeficiente regular aceptable, por lo que se puede concluir que la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad presenta confiabilidad.

**Tabla 3: Análisis Psicométrico de la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad**

Ítem	Media	D. E.	rite
Ítem 1	4.41	0.85	0.47 *
Ítem 2	3.03	1.18	0.55 *
Ítem 3	4.42	1.00	0.46 *
Ítem 4	3.01	0.96	0.57 *
Ítem 5	2,70	1.30	0.47 *
Ítem 6	3.20	1.35	0.56 *
Ítem 7	3.95	1.09	0.66 *
Ítem 8	3.76	1.11	0.56 *
Ítem 9	3.35	1.16	0.47 *
Ítem 10	2.60	1.40	0.47 *
Ítem 11	3.83	1.21	0.44 *
Ítem 12	3.40	1.11	0.34 *
Ítem 13	3.56	1.06	0.44 *
Ítem14	4.11	1.07	0.37 *
Ítem 15	3.45	1.11	0.47 *
Ítem 16	3.93	1.16	0.35 *
Ítem 17	2.96	1.28	0.47 *
Ítem18	2.77	1.23	0.35 *
Ítem 19	2.00	1.20	0.48 *
Ítem 20	2.02	1.32	0.39 *
<b>Coefficiente Alfa de Cronbach = 0.79 *</b>			

\* p < .05 N = 224

#### **4.3. Descripción de la encuesta de “Identificación de Riesgos y Peligros de Discapacidad Prenatal”**

La encuesta busca identificar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre los riesgos y peligros frente a discapacidad prenatal, e identificar qué nivel de conocimiento tiene sobre los factores de riesgo en salud sexual reproductiva, en ecología fetal, en atención y nutrición prenatal y en el parto sin peligro.

**Estructura:** a fin de identificar aspectos inmersos en la variable conocimiento, esta sección se evaluó mediante 58 ítems, los cuales dividimos en cuatro áreas, siendo:

- **Escala 1. Conocimientos sobre los factores de riesgo en Salud Sexual Reproductiva:** comprende 18 ítems (del ítem 3.1 al 3.36),

- **Escala 2. Conocimientos sobre los factores de riesgo en Ecología Fetal:** 22 ítems (4.1. al 4.20 y del 4.25 al 4.48),
- **Escala 3. Conocimientos sobre los factores de riesgo en Atención y Nutrición Prenatal:** 12 ítems (el 5.1; del 5.9 al 5.26 y del 5.29 al 5.32)
- **Escala 4. Conocimientos sobre los factores de riesgo en Parto Sin Peligro:** 6 ítems (del 6.1 al 6.8; el 6.3-6.4; y 6.23-6.24). El resto de los ítems no es aplicable para los adolescentes sino para las madres gestantes. Fundación De Waal, (2003).  
A continuación, presentamos de la matriz del instrumento.

**Tabla 4: Encuesta de “Identificación de Riesgos de Discapacidad Prenatal”**

ESCALAS	VARIABLES	INDICADORES Y NÚMEROS DE ÍTEMS
3. Salud sexual y reproductiva	3.1. Autoconocimiento	• Ciclo fértil: (3.1al 3.4)
		• Regulación de la fecundidad: (3.5 y 3.6)
		• Enfermedades de transmisión sexual ETS: (3.7 al 3.12)
		• Planeación de embarazo pensando en el bebé por nacer: (3.13 y 3.14)
	3.2. Autocuidado	• Autocuidado: (3.15 al 3.20)
	3.3. SSR y Prevención de discapacidad	• ETS y prevención de discapacidades: (3.21 al 3.26)
		• Seguridad en la reproducción: (3.27 al 3.36)
4. Ecología fetal y gestación	4.1. Microambiente	• Diagnóstico oportuno del embarazo: (4.1 al 4.6)
	4.2. Matroambiente	• Riesgos de discapacidad: (4.7 al 4.20)
		• Enfermedades maternas infecciosas: (4.21 al 4.34 )
4.3. Macroambiente	• Hábitos saludables: (4.35 al 4.44)	
5. Atención y nutrición prenatal	5.1. Atención prenatal	• Sustancias tóxicas: (4.45 al 4.48)
	5.2. Nutrición prenatal	• Control prenatal: (5.1 al 5.30)
6. Nacimiento sin peligro.	6.1. Atención prenatal del 3 <sup>er</sup> Trimestre y Parto	• Estado nutricional: (5.31 al 5.50)
		• Emergencias obstétricas 3 <sup>er</sup> Trimestre: (6.1 al 6.8)
		• Parto y atención al parto: (6.9 al 6.24)

Fuente: Fundación De Waal ONG Prenatal Perú – 2003-

#### 4.3.1. Validez y confiabilidad de la Escala de Salud Sexual-Reproductiva

Se obtuvo a través del Análisis Factorial Exploratorio. Indica que la determinante de la matriz de correlaciones es igual a 0,0792. La medida de adecuación del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin alcanza un valor de 0,89, que puede considerarse como un nivel adecuado de potencial explicativo de las variables, mientras que el Test de Esfericidad de Bartlett presenta un valor que es significativo, lo que nos indica que los coeficientes de correlación entre las escalas son lo suficientemente elevados como para continuar con el análisis factorial. Los hallazgos indican que existe un factor relevante que permite explicar el 51,56 de la varianza total. Los resultados permiten concluir que la escala presenta Validez de Constructo.

**Tabla 5: Validez de Constructo de la Escala Salud Sexual-Reproductiva a través del Análisis Factorial Exploratorio**

Ítem	M	D. E.	Factor 1
Ítem 1	2.14	1.04	0.82
Ítem 2	1.79	0.94	0.79
Ítem 3	1.56	0.50	0.69
Ítem 4	1.76	0.43	0.73
Ítem 5	1.79	0.41	0.76
Ítem 6	1.04	0.21	0.69
Ítem 7	1.64	0.83	0.66
Ítem 8	1.88	0.36	0.74
Ítem 9	2.43	0.72	0.67
Ítem 10	1.79	0.43	0.78
Ítem 11	1.92	1.02	0.64
Ítem 12	2.71	0.60	0.61
Ítem 13	2.08	0.41	0.63
Ítem14	1.42	0.77	0.78
Ítem 15	2.13	0.65	0.75
Ítem 16	1.13	0.39	0.69
Ítem 17	1.56	0.52	0.77
Ítem 18	1.58	0.79	0.68
<b>Varianza Explicada</b>			51.56 %
<b>Determinante de la matriz de correlaciones = 0.0792</b> <b>Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. = 0.89</b> <b>Prueba de esfericidad de Bartlett Chi-cuadrado = 159.16 G. L. = 231 p = .0001</b>			
* p < .05		N = 224	

**La confiabilidad:** El nivel de confiabilidad que se obtuvo a través de las Correlaciones Ítem-Test Corregido son mayor a 0,41, lo cual permite superar el criterio

propuesto por Kline (1995), esto nos indica que todos los ítems son consistentes entre sí y, por lo tanto, pueden conformar la escala. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna, a través del coeficiente Alfa de Cronbach, asciende a 0,72 el cual es significativo.

**Tabla 6: Confiabilidad de la Escala de Conocimientos Salud Sexual-Reproductiva**

Ítem	M	D. E.	r <sub>itc</sub>
Ítem 1	2.14	1.04	0.59 *
Ítem 2	1.79	0.94	0.57 *
Ítem 3	1.56	0.50	0.56 *
Ítem 4	1.76	0.43	0.41 *
Ítem 5	1.79	0.41	0.51 *
Ítem 6	1.04	0.21	0.44 *
Ítem 7	1.64	0.83	0.56 *
Ítem 8	1.88	0.36	0.69 *
Ítem 9	2.43	0.72	0.71 *
Ítem 10	1.79	0.43	0.62 *
Ítem 11	1.92	1.02	0.57 *
Ítem 12	2.71	0.60	0.48 *
Ítem 13	2.08	0.41	0.48 *
Ítem 14	1.42	0.77	0.41 *
Ítem 15	2.13	0.65	0.42 *
Ítem 16	1.13	0.39	0.47 *
Ítem 17	1.56	0.52	0.48 *
Ítem 18	1.58	0.79	0.48 *
<b>Alfa de Cronbach = 0.72*</b>			

\* p < .05

N = 224

#### 4.3.2. Validez y confiabilidad de la Escala de Ecología fetal

Se obtuvo a través de la matriz de correlaciones, y es igual a 0,0152. La medida de adecuación del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin alcanza un valor de 0,86, el cual puede considerarse como un nivel óptimo del potencial explicativo de las variables, mientras que el Test de Esfericidad de Bartlett presenta un valor que es significativo, lo que nos indica que los coeficientes de correlación entre las escalas son lo suficiente elevados como para continuar con el análisis factorial. Los hallazgos indican que existe un factor relevante que permite explicar el 43,32 % de la varianza total, por lo cual se puede concluir que la escala presenta Validez de Constructo.

**Tabla 7: Análisis de la Validez de Constructo de la Escala Ecología Fetal a través del Análisis Factorial Exploratorio**

Ítem	M	D. E.	Factor 1
Ítem 1	1.31	0.66	0.63
Ítem 2	1.28	0.62	0.72
Ítem 3	1.05	0.30	0.68
Ítem 4	1.78	0.84	0.61
Ítem 5	1.84	0.38	0.65
Ítem 6	1.87	0.68	0.69
Ítem 7	1.75	0.84	0.62
Ítem 8	1.16	0.52	0.61
Ítem 9	1.63	0.79	0.60
Ítem 10	2.15	0.92	0.77
Ítem 11	2.25	0.91	0.80
Ítem 12	1.69	0.89	0.75
Ítem 13	1.68	0.80	0.52
Ítem14	1.33	0.67	0.77
Ítem 15	1.62	0.73	0.69
Ítem 16	1.25	0.58	0.67
Ítem 17	1.10	0.41	0.63
Ítem18	1.33	0.69	0.66
Ítem 19	1.07	0.35	0.60
Ítem 20	1.09	0.39	0.62
Ítem 21	1.24	0.61	0.49
Ítem22	2.11	0.51	0.60
<b>Varianza Explicada</b>			43.32 %
<b>Determinante de la matriz de correlaciones = 0.0152</b> <b>Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. = 0.86</b> <b>Prueba de Esfericidad de Bartlett Chi-cuadrado = 597.16 G. L. = 231 p = .0001</b>			
* p < .05		N = 224	

**Confiabilidad:** Se obtuvo mediante las Correlaciones Ítem-Test Corregido son superiores a 0,35, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna, a través del coeficiente Alfa de Cronbach, asciende a 0,79, el cual resulta significativo.

**Tabla 8: Análisis Psicométrico de Ítems y Confiabilidad de la Escala Ecología Fetal**

Ítem	M	D. E.	r <sub>ite</sub>
Ítem 1	1.31	0.66	0.36 *
Ítem 2	1.28	0.62	0.46 *
Ítem 3	1.05	0.30	0.56 *
Ítem 4	1.78	0.84	0.61 *
Ítem 5	1.84	0.38	0.74 *
Ítem 6	1.87	0.68	0.57 *
Ítem 7	1.75	0.84	0.44 *
Ítem 8	1.16	0.52	0.39 *
Ítem 9	1.63	0.79	0.40 *
Ítem 10	2.15	0.92	0.52 *
Ítem 11	2.25	0.91	0.68 *
Ítem 12	1.69	0.89	0.71 *
Ítem 13	1.68	0.80	0.56 *
Ítem 14	1.33	0.67	0.49 *
Ítem 15	1.62	0.73	0.48 *
Ítem 16	1.25	0.58	0.41 *
Ítem 17	1.10	0.41	0.46 *
Ítem 18	1.33	0.69	0.43 *
Ítem 19	1.07	0.35	0.53 *
Ítem 20	1.09	0.39	0.55 *
Ítem 21	1.24	0.61	0.56 *
Ítem 22	2.11	0.51	0.59 *
<b>Alfa de Cronbach = 0.79 *</b>			

\* p < .05

N = 224

#### 4.3.3. Validez y confiabilidad de la Escala de Atención y Nutrición Prenatal

Se obtuvo a través de la correlación, que es igual a 0,0086. La medida de adecuación del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin alcanza un valor de 0,87, que puede considerarse como un nivel adecuado de potencial explicativo de las variables, mientras que el Test de Esfericidad de Bartlett presenta un valor que es significativo, lo que nos indica que los coeficientes de correlación entre las escalas son lo suficientemente elevados como para continuar con el análisis factorial. Los hallazgos indican que existe un factor relevante que permite explicar el 42,33 % de la varianza total.

**Tabla 9: Análisis de la Validez de Constructo de la Escala Atención-Nutrición Prenatal a través del Análisis Factorial Exploratorio**

Ítem	M	D. E.	Factor 1
Ítem 1	1.39	0.69	0.60
Ítem 2	1.79	0.41	0.65
Ítem 3	1.86	0.35	0.62
Ítem 4	1.88	0.35	0.71
Ítem 5	1.71	0.47	0.58
Ítem 6	1.77	0.43	0.59
Ítem 7	1.87	0.35	0.61
Ítem 8	1.80	0.40	0.61
Ítem 9	2.03	0.74	0.68
Ítem 10	2.06	0.81	0.64
Ítem 11	1.88	0.72	0.44
<b>Varianza Explicada</b>			42.33 %
<b>Determinante de la matriz de correlaciones = 0.0086</b> <b>Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. = 0.87</b> <b>Prueba de esfericidad de Bartlett Chi-cuadrado = 332.94 G. L. = 66 p = .0001</b>			

\* p < .05

N = 224

**Confiabilidad:** Las Correlaciones Ítem-Test Corregidas, superan el valor de 0,40, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí y, por lo tanto, pueden ser incluidos en el instrumento. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna, a través del coeficiente Alfa de Cronbach, asciende a 0,79, el cual es significativo.

**Tabla 10: Análisis Psicométrico de Ítems y Confiabilidad de la Escala Atención-Nutrición Prenatal**

Ítem	M	D. E.	r <sub>ite</sub>
Ítem 1	1.39	0.69	0.56 *
Ítem 2	1.79	0.41	0.44 *
Ítem 3	1.86	0.35	0.69 *
Ítem 4	1.88	0.35	0.65 *
Ítem 5	1.71	0.47	0.54 *
Ítem 6	1.77	0.43	0.60 *
Ítem 7	1.87	0.35	0.42 *
Ítem 8	1.80	0.40	0.57 *
Ítem 9	2.03	0.74	0.66 *
Ítem 10	2.06	0.81	0.41 *
Ítem 11	1.88	0.72	0.50 *
Ítem 12	1.13	0.40	0.76 *
<b>Alfa de Cronbach = 0.79 *</b>			

\* p < .05

N = 224

#### 4.3.4. La Validez de Constructo de la Escala Parto Sin Peligro

Se obtuvo a través de la correlación, que es igual a 0,0833. La medida de adecuación del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin alcanza un valor de 0,89, que puede considerarse como un nivel adecuado del potencial explicativo de las variables, mientras que el Test de Esfericidad de Bartlett presenta un valor que es significativo, lo que nos indica que los coeficientes de correlación entre las escalas son lo suficientemente elevados como para continuar con el análisis factorial. Los hallazgos indican que existe un factor relevante que permite explicar el 60,12 % de la varianza total.

**Tabla 11: Análisis de la Validez de Constructo de la Escala Parto sin Peligro a través del Análisis Factorial Exploratorio**

Ítem	M	D. E.	Factor 1
Ítem 1	1.28	0.63	0.72
Ítem 2	1.24	0.60	0.74
Ítem 3	1.17	0.48	0.78
Ítem 4	1.31	0.69	0.77
Ítem 5	1.27	0.64	0.74
Ítem 6	1.91	0.76	0.89
<b>Varianza Explicada</b>			60.12 %
<b>Determinante de la matriz de correlaciones = 0.0833</b> <b>Medida de adecuación muestral de Káiser-Meyer-Olkin. = 0.89</b> <b>Prueba de esfericidad de Bartlett Chi-cuadrado = 215.88 G. L. = 15 p = .0001</b>			

\* p < .05

N = 224

**Confiabilidad:** Se obtienen mediante las Correlaciones Ítem-Test Corregido. Son superiores al criterio de 0,20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí y, por lo tanto, pueden ser incluidos en el instrumento. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna, a través del coeficiente Alfa de Cronbach, asciende a 0,75 el cual es significativo.

**Tabla 12: Análisis Psicométrico de Ítems y Confiabilidad de la Escala Parto Sin Peligro**

Ítem	M	D. E.	r <sub>ite</sub>
Ítem 1	1.28	0.63	0.51 *
Ítem 2	1.24	0.60	0.59 *
Ítem 3	1.17	0.48	0.64 *
Ítem 4	1.31	0.69	0.58 *
Ítem 5	1.27	0.64	0.49 *
Ítem 6	1.91	0.76	0.48 *
<b>Alfa de Cronbach = 0.75 *</b>			

\* p < .05

N = 224

## 5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se hizo una pesquisa de fuentes de información bibliográfica.
- Se gestionó la autorización de la ONG PreNatal Perú para el uso del instrumento de Encuesta de Identificación sobre Riesgos de Discapacidad Prenatal.
- Se elaboró el instrumento de medición de la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad.
- Se validó el cuestionario mediante el Criterio de Jueces, determinándose el nivel de validez de cada ítem.
- Se coordinó con los directores y docentes de los colegios seleccionados, solicitándoles autorización para la aplicación de las encuestas, en días y horas específicas (agosto del 2005).
- Se procedió a la aplicación de cuestionarios, contando con la ayuda de dos colegas de la especialidad (setiembre y octubre del 2005).
- Se procedió a realizar el vaciado de información en el programa estadístico SPSS *Statistical Package for Social Sciences* versión 11.0 (de noviembre 2005 a marzo del 2006).
- Se realizó el análisis y la redacción del informe final de la Tesis (de marzo a agosto del 2006).

## **6. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS**

Se utilizó la estadística inferencial, con el propósito de identificar la relación entre las variables de estudio. Para ello, dadas las distribuciones de frecuencias de las variables que no seguían una distribución normal, se optó por utilizar el Coeficiente de Correlación de Spearman.

## CAPÍTULO IV

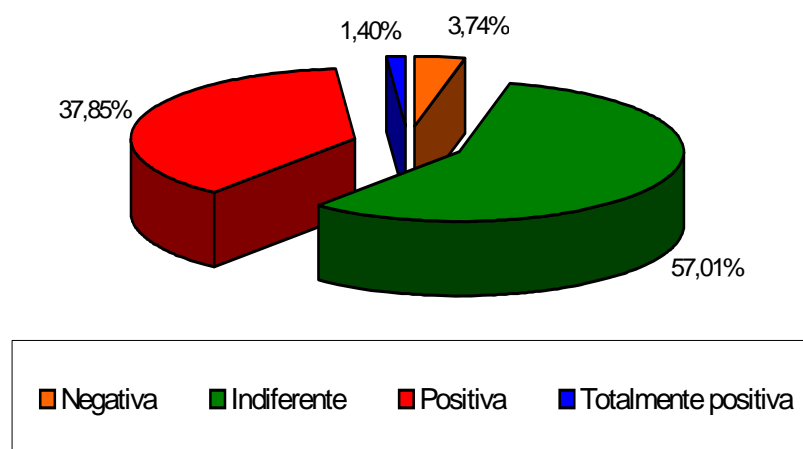
### RESULTADOS

Los resultados obtenidos han sido organizados de manera que se observe, en primer lugar, el gráfico del análisis descriptivo, en segundo lugar, están las tablas del análisis comparativo y en tercer lugar, el gráfico de dispersión de los datos con el fin de poder apreciar la forma de la posible correlación entre las variables analizadas. Posteriormente, se presentan los resultados del análisis estadístico, el cual se puede observar en las tablas en donde se indica el coeficiente de correlación de Spearman.

#### 4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

##### 4.1.1. Variable: Actitudes hacia la Sexualidad

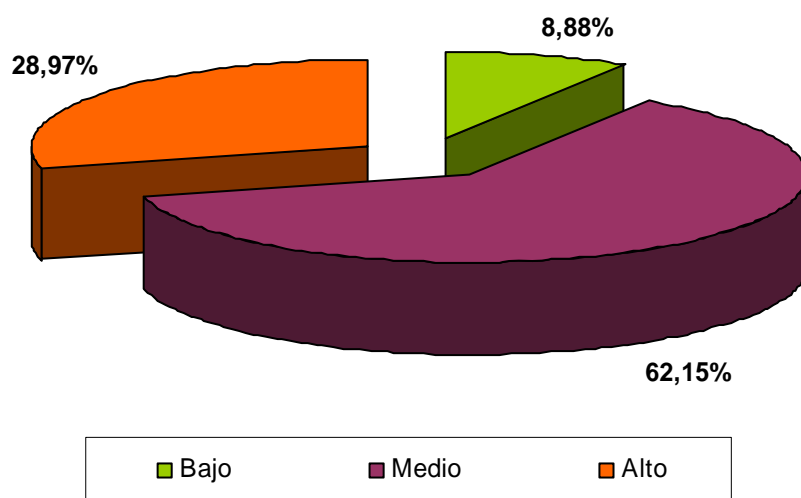
**Gráfico N° 1: Distribución de los Resultados Generales de la Muestra Total de las Actitudes hacia la Sexualidad**



El Gráfico N° 1, demuestra los resultados generales de las Actitudes hacia la Sexualidad de los y las adolescentes, donde se aprecia que el 57,01% manifiestan una actitud indiferente hacia la sexualidad, el 37,85% presentan una actitud positiva, el 3,74% manifiestan una actitud negativa y el 1,40% tienen una actitud totalmente positiva hacia la sexualidad y no existen actitudes totalmente negativas 0%.

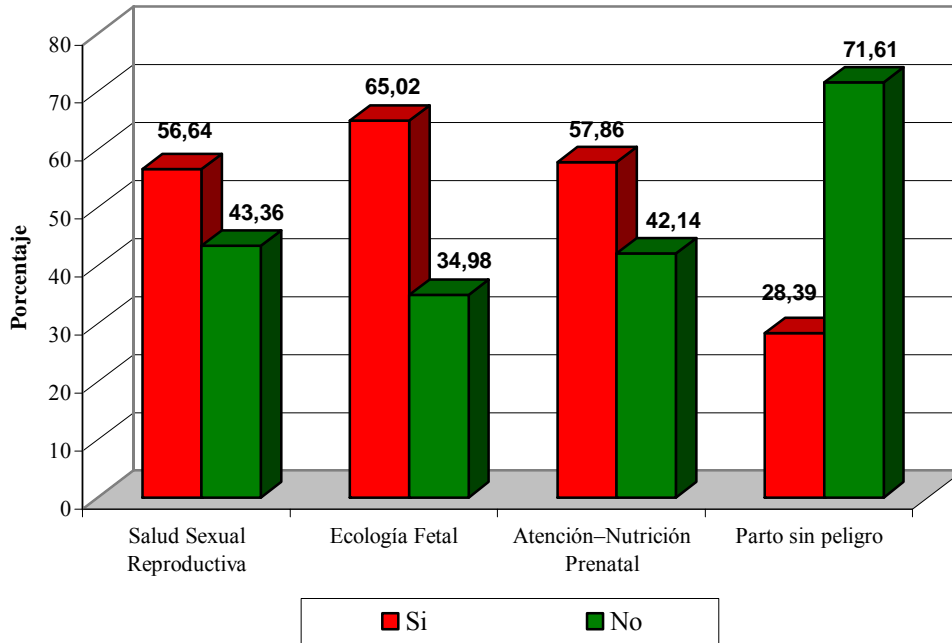
### 3.2. Variable de Nivel de Conocimiento sobre Factores de Riesgo Prenatal para la Prevención de la Discapacidad

**Gráfico N° 2: Distribución de los Resultados Generales de la Muestra Total del Nivel de Conocimiento sobre Factores de Riesgos de Discapacidad Pre-Natal**



El Gráfico N° 2, demuestra los resultados generales de la muestra total del nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de discapacidad prenatal, donde apreciamos que el 62.15% presentan un conocimiento de nivel medio, el 28.97% un conocimiento de nivel alto y el 8.88% un conocimiento de nivel bajo.

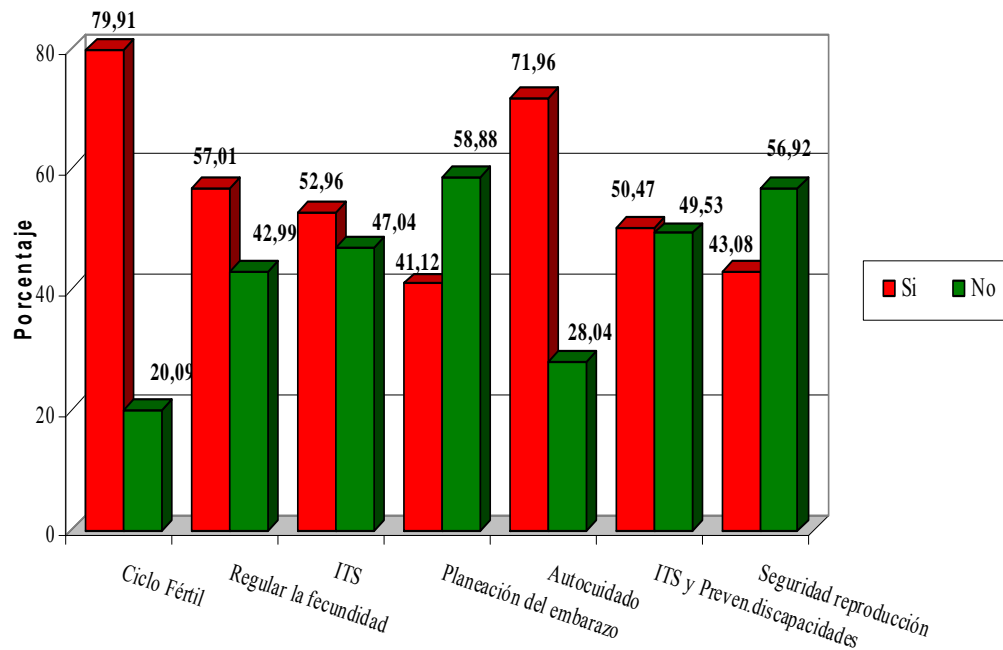
**Gráfico N° 3: Distribución de los Resultados Generales Nivel de Conocimiento sobre factores de riesgo de Discapacidad Prenatal según ámbitos**



De acuerdo al Gráfico N° 3, los resultados demuestran que el 65,02% de la muestra total de los adolescentes tienen conocimiento sobre los factores de riesgo en ecología fetal, el 57,86% en atención y nutrición prenatal, el 56,64% en salud sexual reproductiva y el 28,39% sobre el parto sin peligro.

Sin embargo existe un 71,61%, de los adolescentes desconocen los riesgos y peligros en el parto sin peligro, el 43,36% en salud sexual reproductiva, el 42,14% en atención y nutrición prenatal y el 34,98% en ecología fetal.

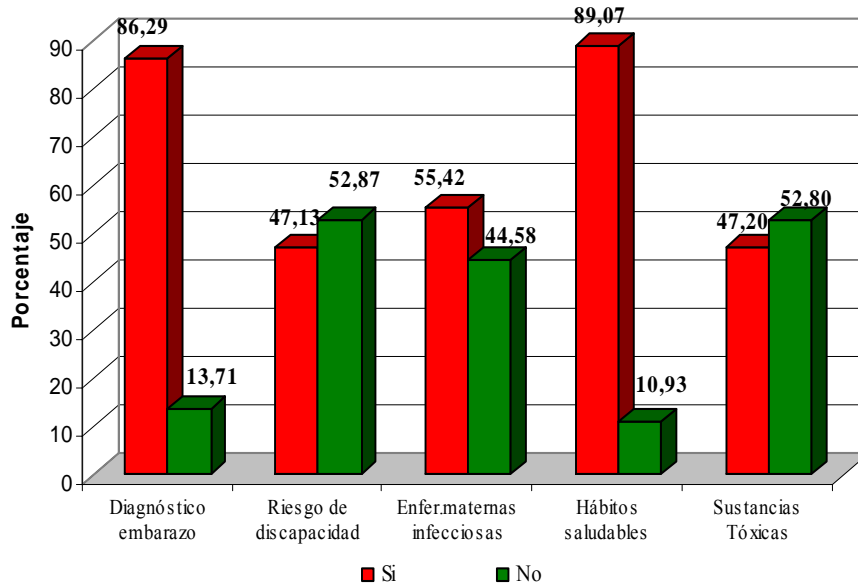
**Gráfico N° 4: Distribución de los Resultados Generales de Conocimiento sobre Salud Sexual Reproductiva según Dimensiones**



El gráfico N° 4, demuestra que el 79,91% de los/las adolescentes de la muestra total conocen su ciclo fértil, el 71,96% saben sobre el autocuidado y protección de su cuerpo, el 57,01% saben sobre los métodos anticonceptivos para la regulación de la fecundidad, el 52,96% saben sobre las ITS, el 50,47% sobre la prevención de las ITS.

Sin embargo, existen todavía el 58,88% de los/las adolescentes que desconocen sobre la planeación del embarazo, el 56,02% no saben sobre la seguridad reproductiva; el 49,53 y el 47,04% de los adolescentes desconocen sobre las ETS y la prevención de discapacidades.

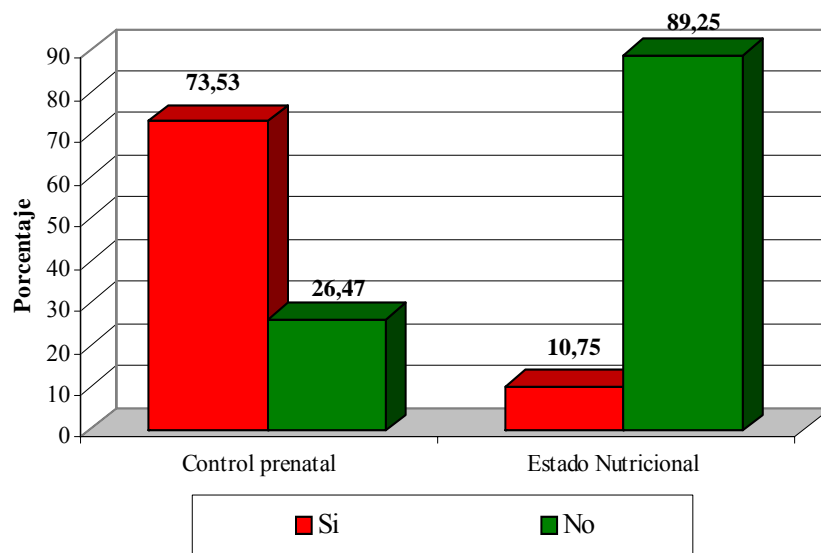
**Gráfico N° 5: Distribución de los Resultados Generales de Conocimiento sobre Ecología Fetal según Dimensiones**



De acuerdo al Gráfico N° 5, los resultados evidencian que el 89,07% de los/las adolescentes tienen conocimiento sobre los hábitos saludables, el 86,29% tienen conocimiento sobre el diagnóstico del embarazo y el 55,42% sobre las enfermedades materna infecciosas que pueden afectar al bebé intrauterino.

Sin embargo, el 52,87% desconocen sobre los riesgos de discapacidad y el 52,80% de los/las adolescentes desconocen sobre la exposición ante las sustancias tóxicas que pueden generar o provocar alguna discapacidad en el bebé por nacer durante el proceso de la gestación.

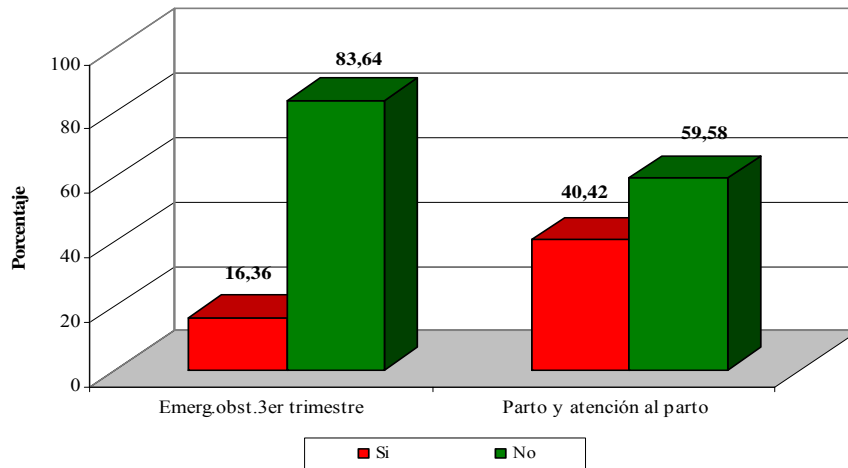
**Gráfico N° 6: Distribución de los Resultados Generales de Conocimiento sobre Atención-Nutrición Prenatal según Dimensiones**



El Gráfico N° 6, demuestra que el 73,53% de los/las adolescentes conocen sobre la importancia del control y atención prenatal durante el embarazo y el 26,47% desconocen sobre ello.

El 89,25% desconocen sobre la importancia y el valor nutricional que debe tener en cuenta la madre adolescente durante el embarazo y sólo el 10,75% tienen conciencia sobre la temática.

**Gráfico N° 7: Distribución de los Resultados Generales de Conocimiento sobre Parto sin Peligro según Dimensiones**



El Gráfico N° 7, demuestra que sólo el 16,36% conocen sobre las emergencias del tercer trimestre del embarazo y el 83,64% de los/las adolescentes desconocen sobre los riesgos y peligros que pueden generarse situaciones de discapacidad en el bebé por nacer en este tercer trimestre del embarazo. Mientras que el 40,42% de los/las adolescentes tienen conocimientos sobre el parto y atención al parto y el 59,58% desconocen sobre el parto y su atención durante el alumbramiento.

#### 4.2. ANÁLISIS COMPARATIVO

**Tabla N° 13: Análisis Comparativo entre Nivel de Conocimiento sobre Factores de Riesgo de Discapacidad Prenatal y Actitudes hacia la sexualidad según Grupo de Edad.**

	EDAD: 14-16		EDAD: 17-19	
	PROMEDIO	D.S.	PROMEDIO	D.S.
Nivel de Conocimientos	94.44	9.23	95.27	10.80
Conocimiento: Salud Sexual Reproductiva	31.84	3.20	31.37	3.68
Conocimiento: Ecología Fetal	33.32	5.42	34.39	5.66
Conocimiento: Atención y Nutrición Pre-Natal	21.16	2.63	21.19	2.73
Conocimiento: Parto sin peligro	8.12	2.07	8.32	2.68
Actitud General hacia la sexualidad	66.43	6.39	65.29	5.67

De acuerdo a la Tabla N° 13, Observamos los promedios por grupo de edades que no existen diferencias en ninguna de las variables estudiadas, son tan pequeñas que las estadísticas mostraron que no son reales, probablemente se deba al azar.

**Tabla N° 14: Análisis Comparativo entre Nivel de Conocimiento sobre Factores de Riesgo de Discapacidad Prenatal y Actitudes hacia la Sexualidad según el Género.**

	MUJERES		HOMBRES	
	PROMEDIO	D.S	PROMEDIO	D.S
Nivel de Conocimientos**	93,42	9,38	96,12	9,83
Conocimiento: Salud Sexual Reproductiva	31,95	3,25	31,43	3,437
Conocimiento: Ecología Fetal**	32,32	5,15	35,11	5,53
Conocimiento: Atención y Nutrición Pre-Natal	21,41	2,55	20,89	2,75
Conocimiento: Parto sin peligro**	7,73	2,04	8,68	2,37
Actitud General hacia la sexualidad**	67,61	5,68	64,39	6,37

\*\*  $p < 0.01$  (U de Mann-Whitney)

De acuerdo a la Tabla N<sup>a</sup> 14, el análisis exploratorio de los datos ha permitido encontrar que algunas diferencias estadísticamente significativas que podrían ameritar realizar investigaciones que profundicen estos hallazgos.

Se muestra los promedios en las variables mencionadas entre hombres y mujeres, encontrándose que existen diferencias significativas en el nivel conocimiento general, en ecología fetal, en parto sin peligro y actitud general hacia la sexualidad.

No se encontró diferencias en la salud sexual y reproductiva como tampoco en la atención y nutrición prenatal.

**Tabla N° 15: Análisis Comparativo entre Nivel de Conocimientos sobre Factores de Riesgo de Discapacidad Prenatal y Actitudes hacia la sexualidad según grado de estudios.**

	4to AÑO		5to AÑO	
	PROMEDIO	D.S.	PROMEDIO	D.S.
Nivel de Conocimientos	95,46	9,98	93,83	9,31
Conocimiento: Salud Sexual Reproductiva**	32,35	3,04	31,04	3,52
Conocimiento ámbito 4	33,69	5,88	33,54	5,09
Conocimiento ámbito 5	21,40	2,81	20,93	2,46
Conocimiento ámbito 6	8,03	2,00	8,33	2,48
Actitudes hacia la sexualidad	66,60	6,07	65,61	6,34

\*\* p<0.01 (U de Mann-Whitney)

Según la Tabla N<sup>a</sup> 15, el análisis exploratorio de los datos ha permitido encontrar algunas diferencias significativas estadísticamente en la escala de salud sexual reproductiva. En el resto de las escalas no existen diferencias.

**Tabla N° 16: Análisis Comparativo entre Nivel de Conocimientos sobre Factores de Riesgo de Discapacidad Prenatal y Actitudes hacia la sexualidad según la procedencia.**

	Sj. De					
	Miraflores		Villa El salvador		Pachacamac	
	PROMED	D.S	PROMED	D.S	PROME	D.S
	IO	D.S	IO	D.S	DIO	D.S
Nivel de Conocimientos*	92,06	9,13	95,27	10,15	95,63	8,97
Conocimiento ámbito 3	31,35	3,21	32,12	3,58	31,28	2,95
Conocimiento ámbito 4	32,02	5,31	33,64	5,06	34,80	6,11
Conocimiento ámbito 5	21,02	2,49	21,04	2,78	21,52	2,55
Conocimiento ámbito 6	7,67	1,75	8,48	2,46	8,03	2,15
Actitudes hacia la sexualidad	67,90	6,09	66,23	6,74	64,55	4,89

\*  $p \leq 0.05$  (Kruskal Wallis Test)

De acuerdo a la Tabla N° 16, los promedios por lugar de procedencia en las variables enunciadas anteriormente, encontrándose las diferencias significativas solamente en el nivel de conocimiento general, en el resto de las variables no existen diferencias.

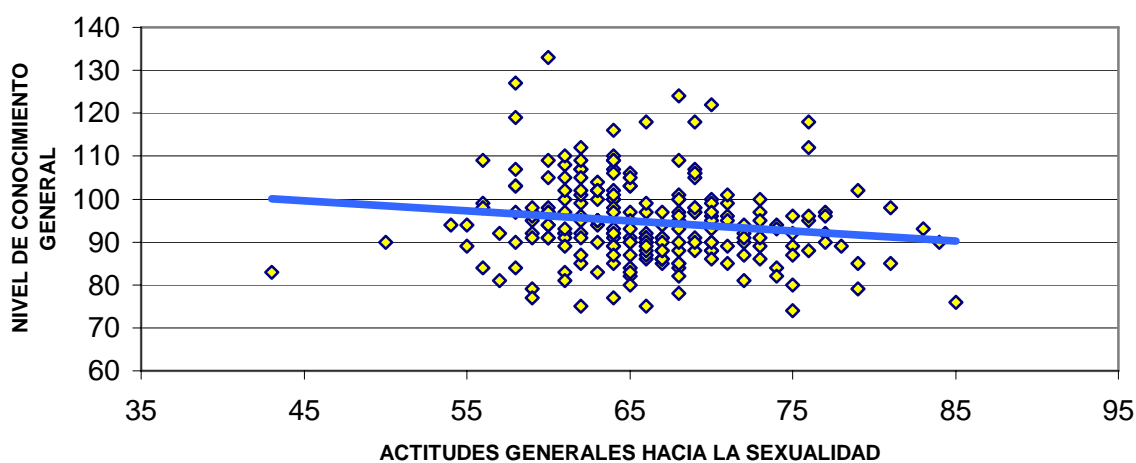
### 4.3. ANÁLISIS INFERENCIAL

**Tabla N° 17: Prueba de distribución Normal De Kolmogorov-Smirnov**

	CONOCIMIENTO	ACTITUDES
Kolmogorov-Smirnov Z	1,381	1,068
Asymp. Sig. (2-tailed)	,044	,205

En la Tabla N° 17, se puede observar el resultado del análisis de normalidad para la distribución de las variables de estudio. La distribución de los puntajes de la variable “Nivel General de Conocimiento sobre los Factores de Riesgo de Discapacidad Prenatal” difiere significativamente ( $p < 0.05$ ) de la distribución normal. Con respecto a la distribución de puntajes de la variable Actitud General hacia la Sexualidad, esta sí es normal; Por lo tanto, debido a que se requiere distribución normal de ambas variables para poder utilizar pruebas estadísticas paramétricas, se optó por utilizar estadística no paramétrica, con el Coeficiente de Correlación de Spearman.

**Gráfico N° 8: Diagrama de dispersión entre Nivel de Conocimiento General y Actitud General hacia la Sexualidad**

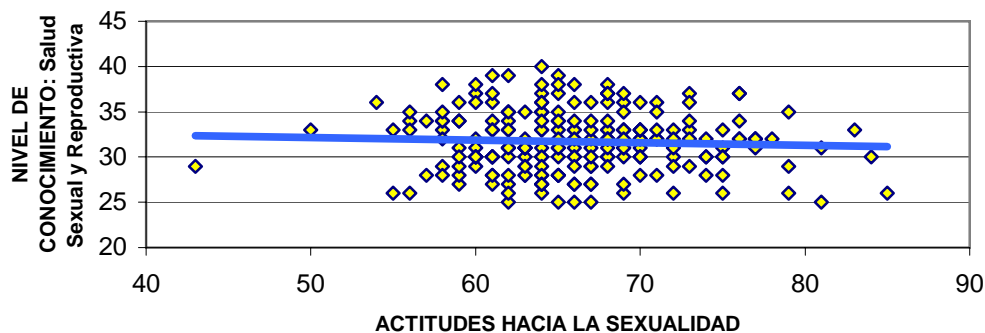


**Tabla N° 18: Coeficiente de correlación entre Nivel de Conocimiento y Actitudes hacia la Sexualidad**

Coeficiente de correlación de Spearman	-0,174
Nivel de significancia	,009

La Tabla N° 18, muestra que existe una correlación significativa entre el Nivel de Conocimiento sobre los Factores de Riesgo de Discapacidad Prenatal y Actitudes hacia la Sexualidad, ya que el coeficiente de correlación obtenido es de -0.174. La dirección de la correlación estaría evidenciando que, a medida que el nivel de desconocimiento disminuye, se puede observar un incremento en las actitudes positivas hacia la sexualidad. Sin embargo, la fuerza de la correlación entre ambas variables es débil, pues ella no alcanza el valor de 0.35; con todo, es posible afirmar que esta correlación aunque débil es significativa a un valor  $p < 0.05$ .

**Gráfico N° 9: Diagrama de dispersión de los puntajes de Conocimiento: Salud Sexual y Reproductiva con Actitud General hacia la Sexualidad**

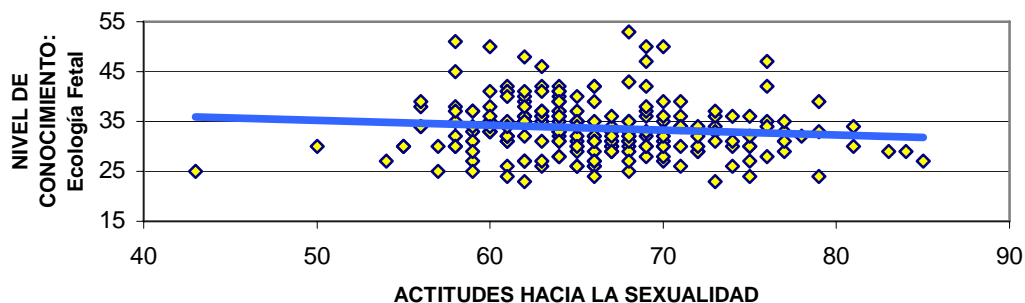


**Tabla N° 19: Coeficiente de correlación entre Nivel de Conocimientos sobre: “Salud Sexual y Reproductiva” y Actitudes hacia la Sexualidad**

Coeficiente de correlación de Spearman	-0.026
Nivel de significancia	,704

En la Tabla N° 19, los resultados demuestran que no existe correlación entre estas dos variables, ya que el coeficiente de correlación es -0.026, lo cual estaría indicando que hay una correlación muy débil. Esto revela que a medida que los/las adolescentes presentan bajos puntajes de desconocimiento sobre los factores de riesgo en salud sexual reproductiva presentan mayor actitud positiva hacia la sexualidad. El nivel de significancia de ,704 que nos dice que esa relación no existe realmente, sino que probablemente se deba al azar.

**Gráfico N° 10: Diagrama de dispersión de los puntajes de Conocimiento: Ecología Fetal con Actitud General hacia la Sexualidad**

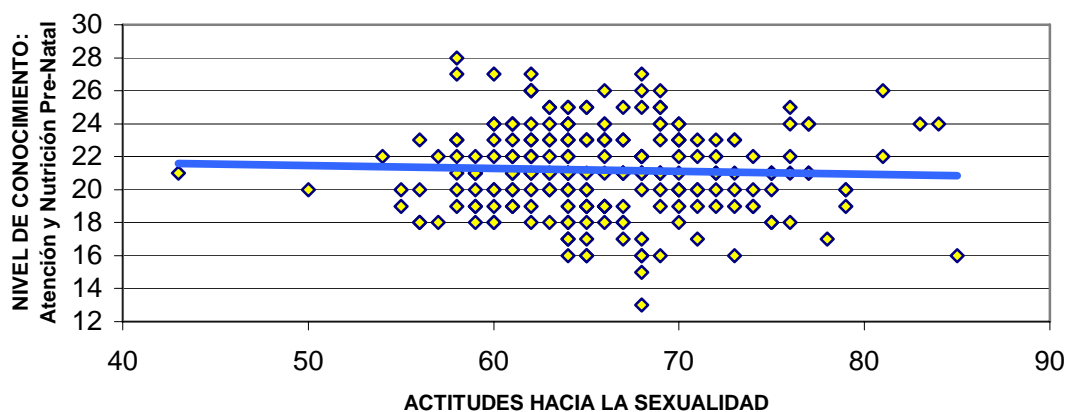


**Tabla N° 20: Coeficiente de correlación entre Nivel de Conocimiento sobre “Ecología Fetal” y Actitudes hacia la Sexualidad**

Coeficiente de correlación de Spearman	-0.156
Nivel de significancia	,019

En la Tabla N° 20, los resultados demuestran que existe una correlación significativa entre las dos variables estudiadas, siendo el coeficiente de correlación de -0.156, pues no llega a superar el valor de 0.35. Esto revela que a bajos puntajes de desconocimiento de los factores de riesgo en ecología fetal presentan actitudes más positivas hacia la sexualidad. Sin embargo, el nivel de significancia es ,019 nos dice que esta correlación aunque pequeña es poco probable que se deba al azar. En otras palabras, la correlación sí existe con una alta probabilidad entre las dos variables estudiadas.

**Gráfico N° 11 Diagrama de dispersión de los puntajes de Conocimiento: Atención y Nutrición Pre-Natal con Actitud General hacia la sexualidad**

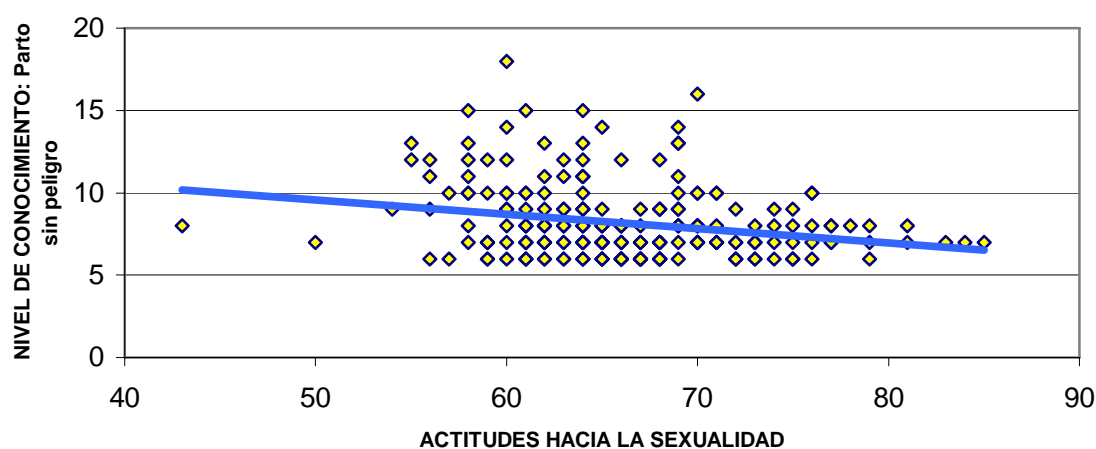


**Tabla N° 21: Coeficiente de correlación entre Nivel de Conocimiento sobre: "Atención y Nutrición Pre-Natal" y Actitudes hacia la Sexualidad**

Coeficiente de correlación de Spearman	-0.038
Nivel de significancia	,573

De acuerdo con la Tabla N° 21, observamos que los resultados demuestran que no existe una correlación significativa entre las dos variables, siendo el coeficiente de correlación es -0.038. Esto revela que a puntajes bajos de desconocimiento sobre los factores de riesgo en atención y nutrición prenatal presentan mayor actitud positiva hacia la sexualidad. Sin embargo, el nivel de significancia de ,573 nos dice que esa relación no existe realmente sino que probablemente se deba al azar.

**Gráfico N°12: Diagrama de dispersión de los puntajes de Conocimiento: Parto sin peligro con Actitud General hacia la Sexualidad**



**Tabla N° 22: Coeficiente de correlación entre Nivel de Conocimiento sobre: “Parto sin peligro” y Actitudes hacia la Sexualidad**

Coeficiente de correlación de Spearman	-0.223
Nivel de significancia	,001

En la Tabla N° 22, nos revelan que existe una correlación significativa entre el conocimiento sobre el parto sin peligro y la actitud hacia la sexualidad, ya que la pendiente es más pronunciada y el coeficiente de correlación es -0.223. Esto nos dice que a medida que los adolescentes presentan bajos puntajes de desconocimiento de los factores de riesgo en parto sin peligro, se da una actitud más positiva hacia la sexualidad. El nivel de significancia obtenido es de ,001, lo cual nos indica que es poco probable que esa relación se deba al azar, siendo altamente probable una correlación verdadera.

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

En general, podemos decir que la educación de la salud sexual representa en el momento actual un tema de gran importancia en la educación formal de los adolescentes, en tanto que sus implicancias en el proceso formativo del alumno no es suficiente, siendo la formación y atención sólo desde el punto de vista biológico en el área de la salud reproductiva, descuidándose el aspecto afectivo, psicológico, emocional y conductual de los mismos como formación integral de los adolescentes. Precisamente, ésta ha sido la dirección en que se ha conducido el presente trabajo, de donde hemos obtenido los siguientes resultados para su análisis correspondiente:

**CON RESPECTO AL OBJETIVO GENERAL.** Conocer la relación entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal en adolescentes de 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> año de secundaria de tres instituciones educativas del cono sur de Lima, podemos decir que a partir de los resultados obtenidos en la Tabla N° 14, se encontró que existe una correlación estadísticamente significativa entre la variable conocimiento y las actitudes hacia la sexualidad, siendo el coeficiente de correlación de  $r_p = -0.174$ , con un nivel de significancia de ,009 siendo ésta una correlación débil, con ello se estaría aceptando la hipótesis general de la investigación.

Esta correlación permite apreciar que a medida que el nivel de desconocimiento disminuye se incrementa las actitudes positivas hacia su sexualidad. Los datos descriptivos corrobora

a este análisis, donde encontramos a nivel de actitud general, que el 57,01% de los/las adolescentes presentan una actitud indiferente hacia la sexualidad y un 37,85% una actitud positiva, y a nivel de conocimiento general se halló que el 62.15% presentan un conocimiento de nivel medio, el 28.97% un conocimiento de nivel alto y el 8.88% un conocimiento de nivel bajo.

Estos resultados demuestran que esta influencia positiva o negativa de la actitud, alto o bajo nivel de desconocimiento sobre los factores podrían deberse quizá a otras variables que estarían condicionando por algún tipo de componente de carácter personal en las actitudes de los/as adolescentes, como por ejemplo los valores, la religión, la cultura, el conocimiento científico sobre la salud sexual, entre otros. Como dice la CIPD (El Cairo 1994) *“el análisis sobre el embarazo adolescente apuntan a que este fenómeno disminuiría si existieran los tres siguientes elementos: educación sexual, servicios de salud sexual y reproductiva, y oportunidades vitales para las/los adolescentes”*

En la actualidad los temas antes mencionados se encuentran ausentes o vacíos en la formación del adolescente como afirman los estudiosos en la materia Cerruti (1997), Dryfoos (1999), Jessor (1991), que la conducta sexual temprana aumenta el riesgo de múltiples consecuencias nocivas para la salud integral de los/las adolescentes. En ese sentido la conducta sexual precoz desprotegida trae consecuencias como por ejemplo: embarazos no deseados, ni planificados, ITS, mayor número de parejas, consecuencias ligadas al embarazo y al parto, problemas en la crianza del niño y con frecuencia trae problemas emocionales y psicológicas, por falta de acceso adecuado a la información. El estudio realizado por los españoles Diéguez *et. al.* (2003), demuestran que la conducta sexual liberal de los/las adolescentes se debe a otras variables que condicionan como la práctica religiosa, la orientación política, el consumo de sustancias tóxicas entre otros, entre tanto Cuba (2004) también demostró que los adolescentes tienen un nivel de

conocimiento bajo o insuficiente sobre las ITS/VIH/SIDA, sus actitudes son neutrales y sus conductas son responsables hacia las ITS.

**CON RESPECTO AL OBJETIVO ESPECÍFICO 1.** Identificar la relación entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad en el ámbito de salud sexual reproductiva. Los resultados obtenidos en la tabla N° 15, demuestran que no existe correlación entre las dos variables estudiadas, rechazándose la primera hipótesis específica.

El dato descriptivo corrobora a este análisis, donde encontramos que el 56,64% de los/las adolescentes tienen conocimiento sobre los factores de riesgo de discapacidad prenatal en salud sexual reproductiva y el 43,36% desconocen sobre ello. Más específicamente tenemos los datos por dimensiones: el 79,91% de los/las adolescentes de la muestra total conocen su ciclo fértil, el 71,96% saben sobre el autocuidado y protección de su cuerpo, el 57,01% saben sobre los métodos anticonceptivos para la regulación de la fecundidad, el 52,96% saben sobre las ITS, el 50,47% sobre la prevención de las ITS. Sin embargo, existen todavía el 58,88% de los/las adolescentes que desconocen sobre la planeación del embarazo, el 56,02% no saben sobre la seguridad reproductiva; el 49,53 y el 47,04% de los adolescentes desconocen sobre las ETS y la prevención de discapacidades.

Podría deberse a que el componente cognitivo de la fuente de información recibida sobre la salud sexual y reproductiva no es de conocimiento científico en los adolescentes más bien puede deberse a los prejuicios, a la cultura, tradiciones y costumbres que influyen de manera directa o indirecta en la transmisión del conocimiento, por eso la actitud es indiferente hacia la sexualidad, es decir que no está afectando al componente afectivo y conductual de la persona para mover la conciencia en la comprensión y la importancia que merece tener el aprendizaje significativo sobre la salud sexual reproductiva. En este caso

será importante trabajar desde el plano afectivo de los/las adolescentes, ya que es la puerta de acceso a los planos cognitivo y conativo para modificar la actitud de los adolescentes frente a su sexualidad.

En ese sentido, la escuela, la familia, el contexto, los medios masivos de comunicación social no están desempeñando su verdadero rol protagónico en la formación de los adolescentes en materia de la sexualidad. Como dice la CIPD (2004), *por lo general, los/las adolescentes carecen de información objetiva acerca de los medios que existen para protegerse de los embarazos no deseados, las ITS y el VIH-SIDA, debido a que en la escuela y en los servicios de salud no siempre se les da la información respecto a la sexualidad, ésta se ventila sólo con amigos y amigas.*

Por lo tanto, se requiere con urgencia un trabajo multidisciplinario a nivel de municipalidades ingresando fuertemente con la sensibilización, capacitación y movilización de la conducta y comportamiento de la propia comunidad en general, cuya gestión y ejecución sería parte de la decisión política de cada gobierno local, bajo la dirección y conducción de los Ministerios de Salud y de Educación. Justamente en base al Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia que el Ministerio de Salud ha preparado en materia de la Salud Sexual y Reproductiva, dichos programas y proyectos nacionales, deben ser ejecutados y abordados urgentemente. Como dice Rodríguez, (1993), *si los adolescentes no reciben los conocimientos suficientes y significativos en materia de la salud sexual y reproductiva entonces su comportamiento va a ser indiferente a los hechos y situaciones que se presenten en su realidad, ya que sus emociones y sentimientos no están orientando a tener una buena autoestima de su imagen corporal.*

En ese sentido, Naranjo (2002), recomienda que es importante trabajar en los aspectos del *autoconocimiento y autocuidado de su sexualidad en los/las adolescentes, donde debe promoverse, fomentarse adquirir aptitudes y habilidades que vayan dirigidos para el*

*disfrute de la actividad sexual basado en valores humanos, sin temores ni sentimientos de vergüenza o culpabilidad.* En este caso, nuestros adolescentes requieren tener conocimiento con profundidad sobre el ciclo fértil, regulación de la fecundidad, ITS, planificación y paternidad responsable, pero fundamentalmente deben practicar el autocuidado en la estima, respeto, y protección de su cuerpo.

**CON RESPECTO AL OBJETIVO ESPECÍFICO 2.** Identificar la relación entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad en el ámbito de ecología fetal. Los resultados demuestran de acuerdo a la Tabla N° 16, que existe una correlación significativa entre las dos variables estudiadas aceptando la segunda hipótesis específica.

Los datos descriptivos corrobora este análisis donde el 65,02% de la muestra total de los adolescentes tienen conocimiento sobre los factores de riesgo en ecología fetal y el 34,98% desconocen sobre ecología fetal. Los resultados por dimensiones específicas evidencian que el 89,07% de los/las adolescentes tienen conocimiento sobre los hábitos saludables, el 86,29% tienen conocimiento sobre el diagnóstico del embarazo y el 55,42% saben sobre las enfermedades materna infecciosas que pueden afectar al bebé intrauterino. Sin embargo, el 52,87% desconocen sobre los riesgos de discapacidad y el 52,80% desconocen sobre la exposición ante las sustancias tóxicas que pueden generar o provocar alguna discapacidad en el bebé por nacer durante el proceso de la gestación.

Estos datos revelan que a mayor conocimiento sobre los factores de riesgo en ecología fetal mayores actitudes positivas hacia la sexualidad. Es decir, el saber cómo funciona y en qué condiciones se desarrolla el bebé en la vientre de la madre, la actitud del o de la adolescente es asumido desde el punto de vista del componente afectivo y comportamental,

por que le compromete más a su imagen corporal y físico fundamentalmente en la adolescente.

Por lo tanto es más fácilmente influenciable en sentido positivo o negativo para que asuman su responsabilidad frente a los riesgos, peligros y agresiones que puede afectar su integridad física, mental psicológica y emocional. Como dice Barreno *et al.* (1997), La ecología fetal “*es el entorno que acoge al bebé intrauterino desde que empieza como una célula, crece y se desarrolla hasta el momento de su llegada al mundo*”, y la experiencia del embarazo es vivida por cada mujer y hombre de diferente manera, según sus circunstancias, dependiendo de sus condiciones físicas y emocionales, de su nivel socioeconómico, del contexto familiar y cultural en el que viven y de su edad, entre otros factores.

Cook *et al.* (2001) enfatiza que los y las adolescentes están expuestos a muchos riesgos, fundamentalmente la mujer que fisiológica y socialmente son más vulnerables a la mortalidad materna e infantil, a las ITS, violencia y abuso sexual y aborto en condiciones de riesgo, los mismos que están relacionados con el contexto social: la marginación, la discriminación generacional y de género.

En ese sentido, MenKes y Suárez (2004), sostienen que los factores que influyen en el matroambiente fetal, que pueden afectar el desarrollo y crecimiento del bebé intrauterino son las enfermedades maternas infecciosas, malos hábitos, embarazos múltiples, patología materna, antecedentes familiares de discapacidad, esterilidad previa y problemas psicológicos. Por eso que Viteri (2001), recomienda que toda mujer en edad de tener hijos y su pareja deban planear el embarazo y realizar una consulta antes de la concepción para prevenir la discapacidad.

**CON RESPECTO AL OBJETIVO ESPECÍFICO 3.** Identificar la relación entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad en el ámbito de atención y nutrición prenatal. Los resultados demuestran según la Tabla N°. 17, que no existen una correlación significativa entre las dos variables estudiadas, rechazándose la tercera hipótesis específica. Esto revela que a menor desconocimiento de los factores de riesgo en la atención y control prenatal y en la nutrición en el proceso de la gestación presentan mayor actitud positiva hacia la sexualidad.

Corroborar los datos descriptivos a ello cuando hallamos que el 57,86% de los/las adolescentes tienen conocimiento sobre la atención y nutrición prenatal y el 42,14% desconocen sobre la atención y nutrición prenatal. Más específicamente tenemos datos por dimensiones que revelan crudamente la realidad de los adolescentes de nuestro estudio, que el 73,53% de los/las adolescentes conocen sobre la importancia del control y atención prenatal durante el embarazo y el 26,47% desconocen sobre ello. Pero el 89,25% desconocen sobre la importancia y el valor nutricional que debe tener en cuenta la madre adolescente durante el embarazo y sólo el 10,75% tienen conciencia sobre la temática.

Esto quiere decir que cuando no está relacionada o no afecta directamente a su cuerpo a su mente, a su aspecto psicológico de la adolescente, sino más bien cuando el bebé ha nacido con alguna deficiencia como consecuencia del desconocimiento de la importancia de la alimentación durante la gestación, es que recién toman conciencia y se lamentan. Mientras tanto no les interesa cuidarse, protegerse menos buscar información al respecto.

Como dice Calle (2000), todo embarazo es potencialmente riesgoso y para ello, toda atención prenatal debe ser vigilada, evaluada en forma integral de la gestante y el feto bajo la responsabilidad del profesional de la salud. Así mismo el cuidado nutricional de la embarazada es fundamental para preservar la salud materna y apoyar el crecimiento fetal del niño, donde el binomio madre-hijo se considera vulnerable visto desde la nutrición, ya

que gran parte del fundamento de la salud futura del bebé se encuentra en las 40 semanas de vida intrauterina, y en los primeros seis meses de vida, en los que debe ser alimentado con leche materna.

El estudio realizado por Sebastiani y Segil (1999), corrobora nuestros hallazgos descriptivos, que por falta de conocimiento sobre los controles prenatales, que por falta de conocimiento sobre la importancia de la alimentación durante el embarazo salen estos resultados que revelan, que el 40% de las adolescentes tienen pareja, el 75% de las mujeres que se han embarazado y han abortado, de los cuales el 12% han abortado por pérdida espontánea, el 16% voluntariamente y el 24%, por aborto obligado.

**EN RELACIÓN AL OBJETIVO ESPECÍFICO 4.** Identificar la relación entre las actitudes hacia la sexualidad y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad en el ámbito de parto sin peligro. Los resultados de la Tabla N° 18 han puesto en evidencia que existe una correlación significativa entre las dos variables estudiadas, aceptándose la cuarta hipótesis específica.

Los datos descriptivos corroboran a este análisis donde sólo el 28,39% de los/las adolescentes conocen sobre el parto sin peligro y el 71,61%, desconocen los riesgos y peligros en la llegada del bebé. Específicamente aquí tenemos datos por dimensiones que nos revelan crudamente que sólo el 16,36% conocen sobre las emergencias obstétricas del tercer trimestre del embarazo y el 83,64% de los/las adolescentes desconocen sobre los riesgos y peligros que pueden generarse situaciones de discapacidad en el bebé por nacer en este tercer trimestre del embarazo. Mientras que el 40,42% de los/las adolescentes tienen conocimientos sobre el parto y atención al parto y el 59,58% desconocen sobre el parto y su atención durante el alumbramiento.

Esta es un problema de salud pública que evidencia la existencia de tantos niños con retardo mental, niños con síndrome de Down, niños sordos, niños ciegos, niños que presentan autismo, niños que tienen problemas emocionales, psicológicos y problemas de aprendizaje, que muchas se encuentran en el anonimato sin revelar su existencia por que no encuentran acceso ni oportunidad para la atención médica ni en la atención educativa y se convierten un problema social para la familia y para la sociedad.

Al respecto, Marschall (1993) dice que *“las condiciones que se requieren para garantizar nacimientos sin peligro tienen que ver con los compromisos y actitudes personales, institucionales y comunitarias”*, es cierto, que toda institución pública o privada debe asumir el compromiso con responsabilidad de promover la educación, formación y cuidados a la madre gestante trabajadora, prever las condiciones laborales favorables para que esa madre gestante puede llegar a un término feliz trayendo un bebé sano y saludable. Para ello las autoridades del sector salud y del sector educación deben educar a la familia a los niños, adolescentes y jóvenes en materia de la prevención de la discapacidad, en la preparación para ser futuras madres y padres responsables.

Tiene razón cuando Maine (1997) recomienda que es importante la *“consulta preconcepcional para la prevención prenatal de discapacidades”*, mientras tanto Naranjo (2002), enfatiza que la prevención primaria es muy importante en la prevención de la discapacidad ya que constituye un gran desafío para los adolescentes, educadores y la sociedad en general, para evitar que los adolescentes se embaracen en forma no planificada. El autor recomienda que los esfuerzos deben estar orientados a la prevención primaria, y en ese sentido existe razonable consenso en que la promoción en la postergación de la vida sexual activa es un asunto central de la atención integral de los/las adolescentes.

## CONCLUSIONES

1. Existe una correlación significativa entre el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal y actitud general hacia la sexualidad.
2. No existe correlación significativa entre el conocimiento sobre salud sexual reproductiva y actitud general hacia la sexualidad.
3. Existe una correlación significativa entre el conocimiento sobre la ecología fetal y la actitud general hacia la sexualidad.
4. No existe correlación significativa entre el conocimiento sobre atención y nutrición prenatal y actitud general hacia la sexualidad.
5. Existe una correlación significativa entre el conocimiento sobre parto sin peligro y actitud general hacia la sexualidad.
6. La investigación alcanza los hallazgos comparativos valiosos según grupo de género (hombres y mujeres) que existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento general, en ecología fetal, en parto sin peligro y actitud general hacia la sexualidad. No existen diferencias significativas en la salud sexual y reproductiva ni tampoco en la atención y nutrición prenatal.

7. Por grupo de edades (14-16, 17-17), no existen diferencias en ninguna de las variables estudiadas.
8. Por grupo de años de estudio (4to y 5to de secundaria) se ha encontrado diferencias significativas sólo en salud sexual y reproductiva, en el resto de las variables no existen diferencias.
9. Por lugar de procedencia existe diferencia significativa sólo en el nivel de conocimiento general, en el resto de las variables no existe diferencias.
10. La investigación aporta datos con respecto a los resultados generales sobre las actitudes los/las adolescentes hacia la sexualidad, encontrándose que el 57,01% de los adolescentes de la muestra total presentan una actitud indiferente hacia la sexualidad. El 37,85% manifiesta una actitud positiva. Y el 3,74% presenta una actitud negativa. Estos datos serán de utilidad para investigaciones posteriores con mucha más profundidad.
11. La investigación alcanza datos exploratorios con respecto a los resultados generales del conocimiento sobre los factores de riesgo de discapacidad prenatal, hallándose que el 62.15% de los/las adolescentes presentan conocimiento de nivel medio. El 28.97% de conocimiento de nivel alto. Y el 8.88% de conocimiento de nivel bajo. Esta información servirán para la toma de decisiones en el programa de intervención educativa en el área de promoción y prevención de la salud sexual y salud reproductiva de los/las adolescentes.

12. Alcanzamos datos específicos del conocimiento sobre factores de riesgo en la etapa prenatal por ámbitos: el 65,02% de la muestra total de los/las adolescentes tienen conocimiento sobre los factores de riesgo en ecología fetal. El 57,86% en atención y nutrición prenatal. El 56,64% en salud sexual reproductiva. Y el 28,39% sobre el parto sin peligro. Pero un grupo considerable, el 71,61%, de los/las adolescentes desconocen los riesgos y peligros en el parto sin peligro. El 43,36% en salud sexual reproductiva. El 42,14% en atención y nutrición prenatal. Y el 34,98% en ecología fetal.

## **RECOMENDACIONES**

1. Los gobiernos regionales y locales deben promover, fomentar y desarrollar comportamientos sexuales responsables, proporcionando información, recursos y derechos que los ciudadanos requieren para participar en la formación de la salud sexual. Para ello, es necesario que participen en la ejecución de los programas de prevención y promoción de la salud integral de los/las adolescentes conjuntamente con los profesionales competentes en la temática en forma multidisciplinaria (psicólogos, médicos, obstetras, nutricionistas, entre otros).
2. Crear conciencia a nivel de las autoridades del sector educativo y del sector salud, en la sensibilización y capacitación a los profesores y padres de familia sobre la prevención en la etapa prenatal.
3. Lograr cambios actitudinales positivas en la población estudiantil, a través de talleres educativos sobre salud sexual y salud reproductiva involucrando fundamentalmente los componentes afectivos y comportamentales.
4. Promover las actitudes positivas hacia la sexualidad, mediante información y adquisición de conocimientos científicos sobre los factores de riesgos, peligros y agresiones que puede sufrir el bebé intrauterino en la Ecología Fetal.

5. Crear conciencia en los agentes educativos con respecto a la importancia de la cultura nutricional para que los/las adolescentes y madres gestantes adolescentes puedan traer bebés saludables y sanos al mundo.
6. Fomentar campañas de salud sexual a nivel de la comunidad en general sobre el conocimiento respecto a los factores de riesgo en el proceso del parto, para favorecer actitudes positivas hacia la sexualidad.

## REFERENCIAS

Arana, MT., Calle, MC. & Arana, M. (2004). *Haciendo realidad el derecho a la salud Promoción y cuidado de la salud del adolescente y jóvenes*. Perú: OPS-GTZ.

Asociación Mundial para la Salud Sexual. (2005, Julio 17). Publicado en la Declaración de Montreal "*Salud sexual para el milenio*" XVII Congreso Mundial de Sexología. Montreal. Canadá.

Asociación Mundial de Sexología. (1999). Publicado en el XIV Congreso Mundial de Sexología. "*Declaración de los Derechos Sexuales*". Hong Kong .

Bandura, A. y Walters, R. (1979). *Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.

Barceló, C. (1995). *Riesgos ambientales*. Ecuador: Inhem.

Barreno, G., Lezcano, Y, y Mosqueira, L. (1997). *Comparación del Crecimiento intrauterino entre recién nacidos a término de madres adolescentes y adultas*. Quito: Universidad Central de Ecuador.

Burga, M. (2003). *Materiales de Informática, Módulos de Cálculos Psicométricos*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Calle, A. (2000). *Nutrición durante el Embarazo (1era ed.)*. Quito: Publicaciones Médicas.

Castelo, G., Naranjo, P. y Guijarro, S. (1993). *Factores de riesgo y consecuencias sociales del embarazo en adolescentes* (Vol. 1 y 2). Quito: Pediátrica Baca Ortiz.

Centro de Comunicación Popular y Promoción del Desarrollo de Villa El Salvador. (2002-19 Nov.). Publicado en *Informe de Villa El Salvador: 26 años de Historia*. Lima, Perú.

Cerruti, S. (1997). *Educación de la sexualidad en el contexto de la salud integral en la adolescencia*. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W. K. Kellogg. Montevideo: OPS-OMS

*Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* (CIPD), (1994). El Cairo:

*Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* CIPD. (2004). Celebrada en Santiago de Chile.

Cook, T. D., Hunt, H. D. y Murphy, R. F. (2001). *Comer's school development program in Chicago: A theory-based evaluation*. (Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis).

Cuba, O. L. (2004). *Conocimiento, actitudes y conductas de los adolescentes de un Distrito de Lima Metropolitana frente a las ETS y el VIH-SIDA*. (Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Diéguez, J. L., Diz, M. C., Sueiro, E. y Chas M. D. (2003). *Actitudes hacia la sexualidad del adolescente que reside en el medio rural Gallego*. (Tesis de Maestría, Univerisidadde Salamanca- España).

Dryfoos, J. G. (1990). *Adolescents at risk: Prevalence and prevention*. New York: Oxford University Press.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2004). *Periodo del Programa de Asistencia Económica*, 13 de mayo

Florenzano, R. (1997). *El Adolescente y sus Conductas de Riesgo*. Santiago de Chile, Ediciones Universidad Católica de Chile, pp.139-152.

Gómez, O. (1990). *Las poblaciones Marginales en el Perú*. Lima, 1a Edición, EF. Gómez e hijos editores S.R.L. p. 198.

Gratacos, E., Torres, P. y Vidal, J. (1995). *Parvovirus Humano B19. La infección durante el embarazo y su impacto en el bebé por nacer*. J. Infection Dis., pp. 171:1360-1363

Hernández, R., Fernández, C. y Batista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México, Mc.Graw Hill Interamerica, (3a Edición).

Instituto Nacional de Estadística e informática. (1993). Censo de Población y Vivienda. *Compendio Estadístico*. Lima,, pp. 237 Lima - Perú

Instituto Nacional de Estadística e informática. (2003). Censo de Población y Vivienda. *Compendio Estadístico*. Lima: pp. 237.

Instituto Nacional de Estadística e informática. (2005). Censo de Población y Vivienda. *Compendio Estadístico*. Lima, Perú, pp. 237 Lima - Perú

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2000). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*; Adolescentes Madres ENDES 1994 - 2004. Lima.

Jessor, R. (1991). "Risk behavior in adolescence. A psychosocial framework for understanding and action". En *Journal of adolescent Health*, 12, 597-605.

Kagan, B. O. (1976). "Tipificación sexual". En *desarrollo de la personalidad del niño*. México. Trillas. pp.332-337.

Kohlberg, L. (1966). «A cognitive developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes» en Maccoby (ed.) *Development of sex differences*. Stanford: California University Press.

Kline, P. (1995). *The handbook of psychological testing*. London: Routledge.

La Rosa Huertas, L. (inédito). *La iniciación sexual de los adolescentes de 3ero y 5to año de secundaria de los colegios nacionales del cono sur de Lima*. (Tesis de Maestría, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1995).

López, F. y Fuertes, A. (1999). *Para comprender la sexualidad*. Navarra: EVD.

Marshall, C. (1993). *Maternidad sin riesgos: Una Guía Prenatal para parejas*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Maine, D. P. (1997). *Programas de reducción de la mortalidad materna. Opciones y planteamientos*. NewYork: Columbia University.

Manrique, N. E. (inédito). *Actitud sobre los métodos anticonceptivos en pacientes de puerperio*. (Tesis de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2003).

Menkes, C. y Suárez, L. (2004). *Embarazo y fecundidad adolescente en México*. Lozano Ascencio, F. (coord). *El amanecer del siglo y la población mexicana VI Reunión Nacional de investigación demográfica en México* 1: 109-29.

Ministerio de Educación. (2005). *Centro de Informática y Estadística – UGEL 01 – San Juan de Miraflores- Lima – Perú*.

Ministerio de Educación. (2005). *Guía de educación familiar y sexual para docentes y padres de familia*: Lima Perú- UNFPA.

Ministerio de Salud del Perú. (2005). *Salud Sexual y reproductiva en el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas*. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud.

Ministerio de Salud del Perú. (2005). *Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia para el Período 2002-2010*. Ministerio de la Mujer y Promoción Humano- Lima Perú.

Money, J. y Ehrhardt, A. (1982) *Desarrollo de la sexualidad humana (diferenciación y dimorfismo de la identidad de género)*. Madrid: Morata.

Moore, K. (1999). *Embriología clínica*. México D. F.: Mc Graw Hill - Interamericana.

Muñiz, J. (2000). *Teoría clásica de los test*. Madrid: Pirámide.

Naranjo, J. (2002). *Atención integral a la adolescente*. Quito: Hospital Gineco Obstétrico Isidro Oroya.

Organización No Gubernamental Flora Tristán. (2002). *Informe sobre madres adolescentes en el cono sur de Lima*. Perú:

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Prevención de discapacidades y rehabilitación. Guía para fortalecer el programa básico de estudios de enfermería*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Acción para el siglo XXI. Salud y derechos reproductivos para todos*. New York: Family Care International.

Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Informe de la situación de salud en América, indicadores básicos de salud*. Colombia

Papalia, D. y Olds, S. W. (2001). *Desarrollo humano* (3era ed.). Madrid: Mc.Graw Hill – Interamerica.

Pre Natal Perú, Fundación De Waal. (2003): *Formación de mediadores para los profesionales de salud y educación*. Lima Perú.

Raguz, M. (1999). *Riesgo sexual y reproductivo en adolescentes desde una perspectiva de género*. Lima: Carlos Cáceres Redes Jóvenes.

Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Discapacidad. (1997). *Informe de clasificación de deficiencias, actividades y participación*. Madrid, Ciddm-2, p.23-27, (cit: CONADES, módulo 1), CONADES.

Rodríguez, A. (1993). *Psicología social* (4ta ed.). México D. F.: Trillas.

Samaniego, G. E. (2003). *¿Qué piensan los adolescentes sobre la sexualidad?* México D. F.: Universidad Nacional Autónoma de México.

Sánchez, C. H. y Reyes, M. C. (1987). *Métodos y diseños de la investigación científica*. Lima.

Santrock, W. J. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia* (9na ed.). México: McGraw Hill - Interamericana.

Sebastiani, A. y Segil, E. (1999). “*¿Qué hacen, qué piensan, qué sienten los y las adolescentes de Lima respecto a la Salud Sexual y Reproductiva*. Tesis Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú

Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M., Suárez, O. et.al. (eds) (1992). *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Serie Paltex N°20”. Organización Panamericana de la Salud. pp. 78-88, 473-518.

Smith, E. R. y Mackie D. M. (1997). *Psicología social*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Viteri, M. (2002). *Etapas susceptibles del desarrollo intrauterino*. Conferencia sobre Discapacidades, Portoviejo, Ecuador. Corporación Prenatal, Junio 18.

Zubarew, T. (2004). *Salud y desarrollo del adolescente: sexualidad del adolescente*. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.