

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo.
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS QUE TIENEN LAS
ADOLESCENTES ACERCA DEL EMBARAZO, EN EL DISTRITO ESCOLAR 01-03,
AZUA REPUBLICA DOMINICANA, ENERO-JUNIO 2015.



UNPHU
Universidad Nacional
Pedro Henríquez Ureña

Tesis de pos grado para optar por el título de especialista en Magister en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante:

Dra. Clara Sonia Fernández Veloz

Asesores:

Dra. Magalys Piña (Clínico)

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológica)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante

Distrito Nacional: 2016

CONTENIDO

Agradecimientos

Resumen

Abstract

I. Introducción...	1
I.1. Antecedentes.	4
I.2. Justificación.	7
II. Planteamiento del Problema.	9
III. Objetivos.	11
III.1. General.	11
III 2. Específicos.	11
IV. Marco Teórico.	12
IV.1. Adolescencia	12
IV.1.1. Etapas de la adolescencia.	12
IV.1.2. Cambios en la adolescencia.	13
IV.1.2.1. Cambios físicos y psicológicos.	13
IV.1.3. Búsqueda de la identidad.	14
IV.1.3.1. Intelectuales.	15
IV.1.3.2. Emociones.	15
IV.1.3.3. Sociales.	16
IV.1.4. Sexualidad en la adolescencia	16
IV.1.4.1. Actividad sexual.	18
IV.1.4.2. Factores que contribuyen al inicio de la sexualidad adolescente.	18
IV.1.4.3. Factores que contribuyen a menor probabilidad de inicio De las relaciones sexuales en adolescentes.	18
IV.2. Embarazo en adolescencia	19
IV.2.1. Actitud frente a la experiencia del embarazo.	19
IV.2.2. Prevalencia de embarazo en adolescentes.	20
IV.2.3. Salud y riesgos de la adolescente embarazada	21
IV.2.3.1. Riesgos biológicos.	21
IV.2.3.2. Riesgos obstétricos.	22

IV.2.4. Repetición intergeneracional del embarazo adolescente	23
IV.3. Conocimiento.	23
IV.3.1. Teoría del conocimiento.	24
IV.4. Actitud.	24
IV.4.1. Formación de las actitudes.	26
V. Operacionalización de las variables.	28
VI. Material y métodos	30
VI.1. Tipo de estudio	30
VI.2. Demarcación geográfica	30
VI.3. Universo y muestra.	30
VI.4. Criterios de inclusión.	31
VI.5. Criterios de exclusión.	31
VI.6. Procesamiento.	31
VI.7. Instrumento de recolección de datos.	31
VI.8. Aspectos éticos.	31
VII. Resultados.	32
VII. Discusión.	42
VIII. Conclusiones.	44
IX. Recomendaciones.	45
X. Referencias.	46
XI. Anexos.	51
XI.1. Cronograma	51
XI.2. Instrumento de recolección de datos.	52
XI.3. Costos y recursos	53
XI.4. Evaluación.	54

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por su gran amor y misericordia hacia mí por siempre acompañarme en lo buenos y malos momentos de mi vida y por nunca abandonarme.

A mi familia:

Por siempre estar para mí cuando los necesito, porque son parte importante de mi vida, porque son los que me inspiran a ser cada día mejor y seguir adelante a pesar de las adversidades. Gracias a cada uno por aportar un granito de arena para que yo lograra este objetivo.

RESUMEN

Es de tipo prospectivo, transversal y descriptivo con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los adolescentes acerca del embarazo, en el Distrito Escolar 01-03, Azua República Dominicana, enero-junio 2015. El 67.5 por ciento de las pacientes tenían una edad entre 10-13 años. El 87.5 por ciento de las pacientes eran de procedencia urbana. El 87.5 por ciento de las pacientes eran solteras. El 80.0 por ciento de las pacientes cursaban la primaria. El 100.0 por ciento de las pacientes eran estudiantes. El 100.0 por ciento de las pacientes han recibido información sobre prevención del embarazo. El 65.0 por ciento de las pacientes recibieron información mediante afiches y/o charlas. El 42.5 por ciento de las pacientes tenían un nivel de conocimiento alto. El 10.0 por ciento de las pacientes utilizan métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo.

Palabras claves: Conocimientos, actitudes, practicas, adolescente, embarazo.

ABSTRACT

It is prospective, transversal and descriptive in order to determine the knowledge, attitudes and practices of adolescents about pregnancy, in the 01-03 School District, Azua Dominican Republic, from January to June 2015. 67.5 percent of patients were aged between 10-13 years. 87.5 percent of the patients were from urban areas. 87.5 percent of patients were single. 80.0 percent of patients were enrolled in primary school. 100.0 percent of the patients were students. 100.0 percent of patients have received information about preventing pregnancy. 65.0 percent of patients received information through posters and / or presentations. 42.5 percent of patients had a high level of knowledge. 10.0 percent of patients using contraception to prevent pregnancy.

Key word: Knowledge, attitudes, practices, adolescent pregnancy.

I. INTRODUCCIÓN.

La adolescencia se ha definido como un período de transición entre la infancia y la adultez. Se considera que comienza alrededor de los 10 años, con la pubertad (proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad), y que termina aproximadamente a finales de los 19 años.¹

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, definen la adolescencia como el período entre los 10 y los 19 años de edad y la juventud como el período entre los 15 y los 24 años; utilizan el término personas adolescentes para referirse a ambos grupos.²

Los adolescentes conforman un segmento muy importante de la población. En América Latina y el Caribe constituyen el 20% de la población.³

En la adolescencia se dan grandes y rápidos cambios y se determina la forma en que los adolescentes vivirán su vida como adultos. Durante esta etapa, el cuerpo se desarrolla más rápidamente que en cualquier otro período de la vida, se alcanza la madurez sexual, se incrementa la autonomía, se conforma la identidad, aumenta la necesidad por la aceptación social y la toma de riesgos es una conducta frecuente (principalmente conductas sexuales precoces y sin protección, uso y abuso de sustancias tóxicas y violencia).⁴

Aunque hay características físicas, cognitivas y socioemocionales que definen esta etapa evolutiva, los adolescentes no pueden considerarse un grupo homogéneo.

Los adolescentes son influidos por el contexto social donde se desenvuelven, sus grupos de pertenencia, sus circunstancias económicas y culturales, su género y otras condiciones de su vida. Siendo así, se podría hablar de subgrupos de adolescentes, con sus propias características y necesidades.

Un problema que afecta a muchos adolescentes, es el embarazo no deseado o no planificado a esta edad tan temprana de la vida. Cuando se inicia la actividad sexual durante la adolescencia y sin una adecuada protección contra el embarazo y las infecciones por transmisión sexual o el HIV, se pone en peligro la salud del adolescente.³ Es así como los adolescentes pueden ser considerados un grupo de riesgo para el contagio de enfermedades por contacto sexual, como el VIH/SIDA y el

embarazo no deseado o no planificado, entre otros problemas también de importancia.

En lo que respecta al embarazo en la adolescencia, las cifras son bastante alarmantes. Según datos del informe de País del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (FNUAP, 1997), en América Latina y el Caribe, más de 100.000 niños nacen anualmente de madres con edades comprendidas entre quince y diecinueve años, una de cada cinco mujeres adolescentes ha sido madre antes de los 20 años y una de cada tres defunciones infantiles corresponde a hijos de madres adolescentes.

El embarazo en la adolescencia es más frecuente en aquellas adolescentes que viven en condiciones de pobreza y que tienen menos oportunidades de estudio.

Por otra parte, datos de la Memoria y Cuenta (año 2000) del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, revelan que de un total de 399.371 alumnos que han desertado en educación básica, más del 70% de los desertores son adolescentes.⁵

El nivel educativo es una variable muy asociada a la salud sexual y reproductiva. Diferentes estudios indican que un mayor nivel educativo está relacionado con un inicio más tardío de la actividad sexual, retraso de la edad del matrimonio y de la maternidad y menor número de hijos.³

Se puede considerar que el embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud pública, no sólo por sus altas cifras, sino por los riesgos de salud que conlleva. En América Latina, la principal causa de muerte para el grupo de edad entre los quince y diecinueve años continúa siendo la obstétrica directa, así como las complicaciones del aborto, especialmente el inducido y en condiciones inseguras.⁶

A pesar de que la adolescente embarazada pueda construir psicológicamente su embarazo como un evento positivo,⁷ son evidentes las consecuencias negativas que se arrojan sobre ella.

La experiencia europea sugiere la importancia de otros dos factores: educación sexual inadecuada y falta de acceso a servicios de planificación familiar.¹ Se discute que en países industrializados de Europa, en donde los índices de embarazo en la adolescencia son mucho más bajos que en los Estados Unidos, han dado desde hace mucho tiempo una amplia y más realista educación sexual. Los programas de educación sexual estimulan a los adolescentes a postergar el inicio de sus

relaciones, pero también tratan de mejorar el uso de los métodos anticonceptivos entre los adolescentes que son sexualmente activos, incluyen educación acerca de la sexualidad y la adquisición de destrezas para tomar decisiones responsables sobre la sexualidad y para la comunicación con la pareja, y suministran información acerca de los riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia, sobre métodos de control de la natalidad y acerca de los sitios donde se puede obtener ayuda médica y suministro de anticonceptivos.

Causas subyacentes a estos problemas tienen su origen en un pobre desarrollo psicosocial y en factores sociales y medioambientales inadecuados.³

La Organización Panamericana de la Salud propone que los problemas de los adolescentes, como el embarazo, deben abordarse bajo un marco conceptual que se aproxime a la salud sexual y el desarrollo de los adolescentes dentro de un enfoque más amplio de desarrollo humano y promoción de la salud.³ Este nuevo marco conceptual considera tanto factores individuales, como sociales y del medio ambiente, en la salud sexual y el desarrollo del adolescente. A nivel individual se consideran factores biológicos, cognitivos y psicosociales y a nivel social y medioambiental factores como la familia, los pares, la escuela y el nivel educativo, la sociedad y la cultura, el nivel socioeconómico, los derechos de equidad y el empoderamiento de los adolescentes.

En los colegios, la tendencia educativa se dirige con mayor énfasis hacia promoción de valores (respeto y dignidad) que hacia aspectos biológicos (ciclo menstrual o métodos anticonceptivos).⁵ Existe opiniones divididas en los padres acerca de la efectividad de los conocimientos de los cursos de educación sexual entregados en los colegios y de hecho algunos consideran que tal información promueve comportamientos de riesgo ("abren" la curiosidad).

De la misma manera, la percepción de los profesores es que los padres no promueven diálogos sobre la sexualidad con los jóvenes. Lo cierto es que aunque son los padres y los profesores las principales fuentes de información al respecto, la forma como mayormente se "socializa" (y se aplica) el conocimiento es a través de los pares.⁶

El papel de la familia, sin duda importante en la adquisición de habilidades de los adolescentes y por ende en el rol de protección o de riesgo,⁹ requiere ser identificado a través de “medidas” que permitan evaluar su participación. Por ello resulta importante analizar nuevas relaciones, lo cual constituye el objetivo esencial de esta investigación, la que pretende estimar las relaciones entre hogares nucleares completos e incompletos, hogares reconstituidos (estructura familiar) y la percepción del adolescente en cuanto a la funcionalidad (percepción de apoyo, afecto, participación, convivencia) con los conocimientos, actitudes y prácticas. La sociedad colombiana está viviendo un problema en torno a sus jóvenes: se trata del aumento de los embarazos no deseados (tasa de 90 por mil en el 2005) y de la incidencia de enfermedades de transmisión sexual (comportamientos) de sexualidad de la población escolar pública de la localidad de Suba mostrando de esta manera el rol familiar en la sexualidad juvenil.¹⁰

I.1. Antecedentes.

Moreno et al (2006)¹¹ realizaron un estudio con el objetivo de identificar componentes psicosociales para el diseño de una intervención educativa para la prevención del embarazo, en adolescentes escolarizados. Se muestran resultados sobre: conducta sexual; conocimientos sobre embarazo y sus medidas preventivas; y necesidades percibidas en materia de educación sexual.

Tomaron una muestra de 250 estudiantes de dos institutos educativos de la localidad de Táriba, en Venezuela. Se aplicaron cuestionarios con ítems tipo Likert y los datos fueron procesados y analizados mediante estadística descriptiva y pruebas para comparar grupos.

Los resultados indican que los adolescentes tienen poca experiencia sexual, manejan sólo conocimientos básicos y mantienen creencias erróneas en torno al uso de medidas de protección. Los adolescentes manifiestan la necesidad de recibir educación sexual que incluya, no sólo conocimientos específicos sobre sexualidad y salud reproductiva, sino también entrenamiento en habilidades sociales, relacionadas con la conducta asertiva, comunicación interpersonal y autoestima, aspectos que les permitirían manejar mejor sus relaciones de pareja.

Se concluye que es importante considerar las características, necesidades y preocupaciones de los adolescentes en materia de sexualidad y desarrollo personal, a fin de poder diseñar intervenciones educativas más efectivas.

Gonzales, Juan (2009)¹² realizó un estudio con el objetivo de estimar la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas (comportamientos) de riesgo en la sexualidad juvenil y la estructura y percepción de funcionalidad familiar. Se realizó un estudio observacional de corte trasversal entre 13 699 adolescentes (10 a 19 años de edad) de 12 colegios públicos de la localidad de Suba. Se aplicó una encuesta autodiligenciada donde se interrogó por conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales y la estructura y percepción del funcionamiento familiar.

La edad media de los adolescentes 13,5 años. Prevalencia de relaciones sexuales de 17 %. El 8 % de los hogares presentan disfunción severa y 39 % son nucleares incompletos. Las mujeres tienen menos relaciones sexuales que los hombres (OR 0.53; IC 95 %; 0.47-0.59). Se presenta más relaciones sexuales cuando los adolescentes perciben de manera disfuncional a su familia (OR 2.06; IC 95 %; 1.72-2.48).

Es más importante la percepción de función familiar que la estructura como factor de riesgo en la sexualidad de los jóvenes.

Flores Tejeda, Edith (2012)¹³ realizó un estudio con el objetivo de determinar si existe relación entre el nivel de Conocimientos, Actitudes hacia la Sexualidad y Prácticas sexuales Responsables con el riesgo de embarazo precoz de los Adolescentes de 3ro, 4to y 5to de secundaria del Colegio Julio C. Tello.

El estudio, es de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacionar, transversal, de nivel aplicativo, a la vez, No probabilística de tipo intencional, escogiendo de esa manera a los participantes correspondientes de la muestra, siendo 180 alumnos y el instrumento que se utilizó fue a través de un cuestionario con 10 preguntas para el nivel de conocimientos, 3 preguntas sobre prácticas sexuales, la escala de Likert para medir las Actitudes con 19 preguntas, y 1 pregunta abierta sobre el significado de tener un hijo a temprana edad, siendo los datos procesados para obtener los resultados correspondientes.

El nivel de Conocimientos de los Adolescentes es de nivel regular. Las actitudes de los Adolescentes en mayor porcentaje son indecisas, con Pensamientos Favorables hacia su sexualidad y el menor porcentaje de alumnos Conductas Indecisas 38.9%. La gran mayoría de los Adolescentes, aún no tienen relaciones y un 30% ya las tiene, siendo el promedio de edad entre 15-16 años, donde predomina el sexo masculino. Los Adolescentes que tienen un nivel de Conocimiento de medio a bajo, tienen mayores prácticas sexuales. El sexo femenino en mayor porcentaje no se protege. El mayor porcentaje de Alumnos, refirieron que tener un hijo a temprana edad en primer lugar significa Tener más responsabilidad y madurez en esa nueva etapa de su vida.

Rengifo, *et al* (2012),¹⁴ realizaron un estudio con el objetivo de identificar los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes del municipio de Miranda - Cauca en Colombia. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 406 adolescentes. Se exploraron variables en tres áreas o categorías: sociodemográficas, de conocimiento y de prácticas.

Se presentaron conocimientos en niveles altos y muy alto, donde 90,5 % de adolescentes habían recibido información sobre sexo y embarazo. La mayor fuente de información proviene de parte de los padres (67,5 %). Para el 26,7 % (107) de los adolescentes el sexo seguro significa solo usar preservativo. En cuanto a las practicas en sexualidad: 42 % expresaron haber tenido relaciones sexuales, con edad de inicio promedio de 13 años. El condón se presenta como el mecanismo de protección más utilizado. El uso de sustancias psicoactivas o licor para intensificar las experiencias sexuales fue afirmativo en 12,5 % . 87,7 % afirman que en caso de tener una infección de transmisión sexual (ITS) buscarían consejo o tratamiento en el hospital o centro de salud sin acudir a sus padres.

Concluyeron que los adolescentes presentan conocimientos en niveles altos, más éste conocimiento no es suficiente para impedir que inicien su vida sexual :empranamente y/o aumenten la probabilidad de usar condón o anticonceptivos cuando empiezan sus relaciones sexuales.

Díaz-Franco EC y col. (2013)¹⁵ realizaron un estudio con el objetivo de explorar algunos de los conocimientos, creencias y actitudes acerca de la sexualidad en adolescentes embarazadas menores de 17 años. Pacientes y método: estudio exploratorio, observacional, transversal y retrospectivo con diseño no experimental de una sola muestra consistente en la aplicación de un cuestionario con las siguientes preguntas: ¿a qué edad tuviste tu primer novio?, ¿a qué edad tuviste tu primera relación sexual?, ¿recibiste información acerca de la sexualidad?, ¿crees que la información que recibiste de sexualidad fue buena, regular o mala?, ¿la información que recibiste te preparó para el inicio de tu vida sexual?, ¿cómo fue tu primera relación sexual?, ¿cuáles fueron los motivos para iniciar la actividad sexual?, ¿dónde tuviste tu primera relación sexual? Participaron en la muestra 158 adolescentes con edad promedio de 15.6 años y escolaridad de 8.8 años. La menarquía sucedió a los 11.5 años, un año después tuvieron novio y dos años posteriores la primera relación sexual. El 59.6% tenía el antecedente de que su madre también se embarazó siendo adolescente. El 94.3% recibió información acerca de la sexualidad; 58.2% la consideraron buena y 38.6% regular. La vida sexual se inició por curiosidad y deseo en 67.1% y la refirieron como agradable y muy agradable 80.9% de las adolescentes. El 39.5% de ellas piensa que los novios no deben tener ninguna relación sexual.

Concluyeron que las adolescentes embarazadas menores de 17 años disfrutaban su primera experiencia sexual, llegan a ella por curiosidad y deseo pero la ejercen sin protección, a pesar de tener conocimiento de las consecuencias.

1.2. Justificación.

El surgimiento del impulso sexual se deriva de los cambios biológicos que se desencadenan en el cuerpo del adolescente que incrementan el deseo de tener relaciones sexuales. Este incremento puede llevarlos a una práctica sexual de riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados con consecuencias que los obligarán a ellos, sus familias y a su comunidad, a sortear una serie de dificultades de orden sanitario, psicológico, social y económico.

La mayoría de los adolescentes están expuestos a una atmósfera sexualizada que, tarde o temprano, los ubicará en una situación donde habrán de encontrarse en la disyuntiva de elegir si inician o no su práctica sexual.

El proceso de decisión de iniciar relaciones sexuales durante la adolescencia es complejo, dinámico y subjetivo, lo que implica modificaciones cognitivas, físicas, contextuales y psicosociales.¹⁶ Los factores que al parecer influyen en esa toma de decisión son: la autoeficacia, los valores paternos, las reglas entre los pares, la supervisión y orientación en la toma de decisiones y la comunicación paterna. Todo esto sucede en un contexto donde los adolescentes tienen la percepción de un mundo permisivo con una doble moral y donde, además, tienen control de su sexualidad, que incluso pueden verla desde un punto de vista romántico.¹⁷

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El decenio de 1970 marcó la ruptura del comportamiento tradicional relacionado con la sexualidad, que favoreció una conducta sexual más libre que generó en los profesionales de la salud la necesidad de atender a la juventud involucrada.

La dificultad estriba en que la combinación de variables biológicas, psicológicas, sociales, culturales, económicas, educativas, políticas y mediáticas describe diferentes poblaciones de adolescentes que deben ser estudiadas de manera independiente.¹⁸

La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia de crecimiento de la población, variable que según la Endesa 2002 (Encuesta Demográfica y de Salud), ha descendido en forma significativa en el país en la últimas décadas, situándose con una tasa de 3.0 hijos a finales de 1999, y según la ENHOGAR-2006 experimentó un descenso durante la primera mitad de la década del 2000 siendo actualmente la tasa global de fecundidad en el país de 2.6 hijos por mujer, pero su nivel es todavía elevado en ciertos subgrupos poblacionales.¹⁹⁻²²

En ese sentido y conforme a la Endesa 2002 en el país hubo un incremento de la fecundidad y maternidad en adolescentes debido a un aumento en la proporción de mujeres entre 15 a 19 años que iniciaron el proceso de procreación, datos corroborados por la ENHOGAR-2006 que revela que al llegar a los 19 años alrededor del 42% de las adolescentes habían salido embarazadas, y 34% (33.9%) ya eran madres.²⁰⁻²²

Además la ENHOGAR-2006 revela que casi dos de cada cinco (36.8%) de las mujeres con edades de 15 a 19 años no habían superado la enseñanza primaria. El 35.1% de las más pobres se había embarazado alguna vez y el 30.1% ya era madre; mientras que las pertenecientes al grupo económico más alto los casos se situaban entre 10.5% y 6.2% respectivamente.²¹

De igual manera, la ENHOGAR 2006 revela que en el país 11% de cada mil adolescentes antes de los 15 años ya se han unido en matrimonio; y antes de cumplir los 18 años 37% de cada mil, este mismo informe dice que un 18% de las mujeres entre 15-19 años actualmente están casadas o unidas.²¹

En América Latina y el Caribe la tasa global de fecundidad estimada para este año 2007, es de 2.38 y la tasa específica del grupo de 15 a 19 años de 75.67 y un porcentaje de 18 del total de nacidos vivos cuya madre es adolescente. A escala mundial, la región sobresale por sus altos niveles de reproducción estando por encima de Europa, América del Norte, Oceanía y Asia.

Conforme a dicha publicación, sólo África está por encima de América Latina y el Caribe, con una tasa global de fecundidad de 4.68, y una tasa específica de fecundidad del grupo de 15 a 19 años de 103.4, y un porcentaje de 17 del total de nacidos vivos cuya madre es adolescente.¹⁹

Las altas tasas de maternidad adolescente, y su persistencia, son preocupantes debido a las consecuencias y peligros derivados para esa población.

Según el Estado Mundial de la Infancia 2007, las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el embarazo que las mujeres mayores de 20 años. Si una madre tiene menos de 18 años la probabilidad de que su bebé muera durante el primer año de vida es un 60%; incluso en caso de que sobreviva existe una mayor probabilidad de que sufra de bajo peso al nacer, de desnutrición o de retraso en el desarrollo físico y cognitivo.¹⁹

Entre los factores que provocan que esto suceda está la mala alimentación, un organismo que aún no está apto para concebir, el maltrato a que con frecuencia son sometidas las adolescentes y la discriminación de género. Otras consecuencias son los obstáculos para la formación escolar y laboral, las desventajas en las perspectivas de vida de los progenitores frecuentemente tanto el padre como la madre son estudiantes-que podrían verse obligados a abandonar sus estudios. Asimismo las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras enfrentando la ausencia e irresponsabilidad de los padres del niño o niña.

La maternidad en la adolescencia es un problema que afecta y amenaza el avance de siete de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, en especial los referentes a la educación primaria, mortalidad infantil, salud materna y equidad de género.¹⁹

El embarazo en adolescentes es una problemática de raíces muy complejas y múltiples, de modo que el criterio para enfrentarlo debe ser transversal e incluir distintos niveles de acción.

III. OBJETIVOS.

III.1. General.

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, enero-junio 2015

III.2. Específicos.

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, enero-junio 2015, según:

- 1.Edad
- 2.Sexo
- 3.Escolaridad
- 4.Procedencia
- 5.Antecedentes ginecológicos
- 6.Composición familiar
- 7.Lugar que ocupa en familia

IV. MARCO TEORICO.

IV.1. Adolescencia.

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros".²⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 11 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.³

Los jóvenes de la actualidad se enfrentan a un problema: la sociedad y grupos sociales en los que conviven, los cuales los llevan a tomar decisiones que repercuten en su juventud arrastrándolos al uso de drogas, pandillerismo y embarazo en adolescentes. La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras.

Los estudios demuestran que ciertas conductas tienen factores asociados al embarazo en adolescentes interrelacionados. Por ejemplo, los adolescentes que tienen un embarazo no deseado, practican el sexo sin protección y de riesgo, y tienen relaciones abusivas que suelen ser los mismos que consumen sustancias y tienen bajo rendimiento escolar.

IV.1.1. Etapas de la adolescencia.¹

Adolescencia temprana (10 a 13 años). Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Sicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos. Personalmente se preocupa por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años). Es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su desarrollo y crecimiento somático. Es el periodo de máxima relación con sus amistades, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos es el inicio de experiencias y actividades

sexuales, asume conductas omnipotentes casi generadoras de riesgos. Se preocupan por su apariencia física, desean poseer un cuerpo más atractivo y manifiestan fascinación por la moda.

Adolescencia tardía (17 a 19 años). Por lo general casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a los padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta. Adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de amistades va perdiendo jerarquía. Desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo, a sabiendas que una adolescente que se embaraza se comportara como corresponde al momento de la vida que está viviendo, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar esperando un hijo.

IV.1.2. Cambios en la adolescencia.

IV.1.2.1. Cambios físicos y psicológicos.¹

Respecto a los cambios físicos señalar que son debidos a una serie de secreciones hormonales originadas por la hipófisis y las glándulas suprarrenales.

La pubertad (etapa anterior a la adolescencia) comienza con secreciones hormonales. La glándula hipófisis libera hormonas que desarrollan los caracteres sexuales primarios: los 2 ovarios, los testículos y las glándulas suprarrenales, las cuales a su vez, liberan hormonas que desarrollan los caracteres sexuales secundarios (rasgos no reproductores): vello pubiano y axilar, desarrollo de los pechos, agrandamiento del útero, comienzo de la menstruación; en el hombre, agrandamiento del pene, comienzo de la eyaculación, crecimiento del vello púbico, facial y axial y ampliación de la laringe. (rasgos no reproductores).

Las señales objetivas que indican el inicio de la pubertad son la menstruación en las chicas, y en los chico la capacidad de eyaculación. La fecha de la menarquia (primera menstruación) no sólo depende de la edad. Se ha comprobado que, en general, se adelanta en las ciudades y los países más cálidos, mientras que se

retrasa en los países fríos. La adolescencia sigue a la pubertad, y puede situarse entorno a los 16 – 18 años, cuando el desarrollo físico ha terminado. La imagen que los y las adolescentes van elaborando de su cuerpo tiene mucha importancia en la construcción de su personalidad.

El final de la adolescencia es difícil de precisar, porque depende de factores psicológicos y sociales (la independencia económica, acceder al mundo laboral o hacer una carrera universitaria).

Respecto a los cambios psicológicos que se producen en la adolescencia destacamos la reafirmación del yo, el individuo toma conciencia de sí mismo y adquiere mayor control emocional. Una forma de reafirmar el yo es el deseo de mayor autonomía, la búsqueda de nuevas experiencias y cierta arrogancia y crítica con los padres y, en general, con la autoridad. Estos deseos novedosos originan en él cierta angustia e inseguridad provocada por el abandono de un mundo en el que se sentía seguro y la entrada en otro con el que no se siente plenamente identificado. A veces, el adolescente muestra un retraimiento interior que podemos interpretarlo como un exceso de egocentrismo, sobrevaloración personal y disconformidad con quienes le rodean, pero este proceso es necesario para que el adolescente afiance su personalidad y adquiera cierta autonomía en su forma de pensar, sentir y actuar.

IV.1.3. Búsqueda de la identidad.¹

La búsqueda de sí mismo y de la identidad supone responder a preguntas vitales como ¿quién soy yo?, ¿qué puedo y debo hacer?, ¿hacia dónde voy? Esta es una tarea que se inicia en la adolescencia y que no acaba nunca. La identidad de cada cual está íntimamente relacionada con la autoestima.

La autoestima es lo que pienso de mí y cómo me siento en la vida. La autoestima depende de la familia, los amigos y grupos a los que pertenecemos. No hay adolescencia sin grupo, sin amigos. El grupo es el escenario donde se fabrica la autoestima y la identidad. Entre las causas que pueden provocar una crisis de identidad señalamos las siguientes:

La confusión bisexual.

La necesidad de tomar decisiones sobre la familia, la profesión, las relaciones sociales, el amor.

La búsqueda de un compromiso ideológico frente a la confusión de valores.

La ambigüedad de su estatus social.

Muchas veces los adultos le exigen la obediencia de un niño, y en otras, quieren que tenga la responsabilidad de un adulto frente a las sociedades tradicionales en las que el individuo tenía asignado un papel predeterminado que era difícil cambiar, en la sociedad posmoderna cada individuo se ha convertido en creador de su propia identidad, siempre precaria y nunca definitiva, porque el ser humano es una realidad en perpetuo devenir.

IV.1.3.1. Intelectuales.¹

El pensamiento desarrollado se vuelve más flexible, puede manejar un mayor número de operaciones mentales, comprender y aceptar situaciones sociales y teorizar sobre aquellas que no son comprendidas en forma directa; comienza el empleo de la lógica formal para solucionar problemas, realiza planificación y elabora proyectos a largo plazo.

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. Según Vásquez en el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad precoz limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo y perpetúa la dependencia económica de los padres.²³

IV.1.3.2. Emocionales.

Los adolescentes se deben enfrentar a conflictos de la primera infancia, los cuales no han sido resueltos entre ellos, la búsqueda de la propia identidad y lo que piensan de sí mismos, la aparición de la fecundidad como posibilidad de procreación, la identidad es el tema central de la adolescencia. Hay desubicación temporal, el yo se ha constituido en el eje del conflicto adolescente.

IV.1.3.3. Sociales.

Hay crítica de las normas o valores familiares, especialmente lo que proviene de los padres y además se cuestiona la autoridad y disciplina. Torres (2002) afirma que muchas adolescentes embarazadas tienen una historia de abusos y maltrato desde etapas muy tempranas; las víctimas describen los siguientes sentimientos: temor, culpa, desvalorización, asco, desconfianza, aislamiento, odio, vergüenza, depresión, ansiedad, sentirse distinta a los demás, marginada.

Las violaciones y los abusos pueden ser cometidos por extraños o conocidos pero nunca con culpa de la víctima, pues existe la errónea creencia de que es la víctima quien la provoca. El silencio en estos casos se convierte en el peor enemigo y a la vez en el mejor aliado para que se repitan los abusos.²³

IV.1.4. Sexualidad en la adolescencia.

La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas:

Área genital o biológica, que se expresa en lo fisiológico

Área erótica relacionada con la búsqueda del placer

Área moral que se expresa en la estructura social, agrupados en los valores o normas aceptadas.

Rivera plantea los siguientes tópicos acerca de la sexualidad en la adolescencia:²⁴

Se debe destacar que una gran proporción de adolescentes no se embarazan de otro adolescente sino de un hombre adulto que puede duplicar o triplicarles la edad.

Se le permite como derecho casi exclusivo ejercer el hombre su sexualidad mientras que a la mujer se le exige la represión y el control de sus emociones además de la responsabilidad respecto al bebe.

Debido a esto usualmente la mujer abandona su educación, lo que le acarrea muchas dificultades en su desarrollo personal.

El diagnóstico de embarazo se hace más tardíamente y por lo tanto las maniobras abortivas son de mayor riesgo.

La provocación del aborto en adolescentes no cuentan con los recursos para pagar un experto y terminan aceptando maniobras y situaciones de gran riesgo de infección y hemorragias.

Las complicaciones del aborto en adolescentes son de consulta más tardía de lo observado en adultas, pues no le dan importancia a los primeros síntomas y además esconden complicaciones hasta el momento en que la situación empeora.

La ocurrencia más frecuente de embarazos adolescentes, en hijas de madres que fueron gestantes durante su adolescencia, si bien es un fenómeno frecuente en familias disfuncionales o monoparentales.

La mayoría de adolescentes se ven abocadas a dejar sus estudios y a dedicarse a las labores del hogar mientras termina su embarazo y a buscar subempleos que de todas formas le representa una muy baja remuneración. Ortiz en un estudio en Bucaramanga, teniendo una edad promedio de 17 años, se encontró que la mitad cursaba o había terminado la secundaria.²⁵

En su investigación con adolescentes de estratos bajos y medio-altos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Pantelides et al encontraron que, si bien las jóvenes del estrato bajo, se iniciaban algo más temprano que las del estrato medio-alto y no había diferencia entre los varones de los dos estratos, al llegar a los 18 años, la proporción de iniciados era superior en el caso de varones y mujeres de los estratos medio-altos.²⁶

Esta diferencia en la exposición al riesgo de concebir, sin embargo, era totalmente compensada por el uso de la anticoncepción. Mientras solamente alrededor de un tercio de varones y mujeres de clase baja usaron anticoncepción consistentemente desde la iniciación, dos tercios de los varones y tres cuartas partes de las mujeres de clase media alta tuvieron esa conducta. Además es frecuente el desempleo o subempleo por la baja capacitación laboral, y a la vez impedida para obtener mayor capacitación por la carencia de recursos o la falta de tiempo, lo que conlleva a dependencia económica de los padres, de la familia extensa o en el mejor de los casos del compañero, generando sentimientos de baja autoestima.²⁶

Así mismo la maternidad temprana es un mecanismo de transmisión de la pobreza.

IV.1.4.1 Actividad sexual.

La maduración sexual de la mujer se inicia en la pubertad con la aparición de cambios corporales, estos cambios anteceden a la primera menstruación que es el signo más claro y que indican de qué están madurando los órganos internos de la reproducción.

La secuencia de estos cambios culminan con la obtención de la capacidad reproductiva, la cual varía de una mujer a otra, las manifestaciones corporales como el crecimiento y desarrollo de las mamas, la aparición del vello púbico y la aceleración del crecimiento corporal anteceden en un lapso muy variable, el comienzo real de la menstruación.

De igual forma, dado que algunos jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales desde los 12 años de edad, el informe recomendó que los programas estructurados de educación sexual comenzaran mucho antes de esta edad.

IV.1.4.2. Factores que contribuyen al inicio de la sexualidad adolescente

- Ignorancia en reproducción y sexualidad humana.

- Mala o deficiente comunicación con los padres

- Ignorancia de los padres en embarazo y sexualidad

- Problemas entre los padres

- Padres que viven separados

- Ser hijo o hija de madre adolescente

IV.1.4.3. Factores que contribuyen a menor probabilidad de inicio de relaciones sexuales en adolescentes

- Padres más instruidos y educados

- Buena o adecuada autoestima del adolescente

- Adolescente estudiando

- Existencia de planes futuros

- Ocupación del tiempo libre con actividades de desarrollo físico, intelectual, artístico o espiritual.

IV. 2. Embarazo en la adolescencia.

Se le define como: El que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica y se entiende por tal, el tiempo transcurrido desde la menarquía o cuando la adolescente depende aún de su núcleo familiar de origen. Presentan pensamientos y actitudes ante el embarazo que demuestran una baja percepción de la gravedad del evento, no observan daños potenciales para la salud, pero se muestran preocupados por lo económico y la falta de apoyo familiar.

Algunos presentan ganancias afectivas ya que obtienen compañía, mayor libertad, madurez y responsabilidad. Algunas refieren el momento ideal para embarazarse como el momento en que pueden tener estabilidad económica y no parece preocuparles sentirse preparados o desear el embarazo.

Rivera plantea que dentro de los factores que hacen que una adolescente se convierta en madre están el visualizar la sexualidad como algo malo, a menudo los adolescentes tienen ideas vagas y distorsionadas, con frecuencia no esperan quedar embarazadas después de una relación sexual, son naturalmente impulsivos y es menos probable que actúen en forma planeada como los adultos y que acudan a los servicios de salud posteriormente.²⁴

IV.2.1. Actitud frente a la experiencia del embarazo.

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familia.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres.

Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar

para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos. En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

IV.2.2. Prevalencia de embarazo en adolescentes.

La proporción de adolescentes madres o embarazadas se ha incrementado significativamente, de 12.8% en 1990, a 20.5 % en el 2005, lo que equivale a decir que aumentó en un 60% durante los últimos 15 años.

En general, la evidencia indica que no solo la proporción de adolescentes con hijos ha venido aumentando, sino que la edad a la cual tienen ese primer hijo ha venido disminuyendo.²⁷

Algunos parámetros estadísticos relacionados con el embarazo en adolescentes parecen mantenerse estables a través del tiempo como por ejemplo la edad de la primera relación sexual, zona de residencia, nivel educativo y estado civil.

Sin embargo, ha habido un cambio en los últimos años en la dinámica y comportamiento del embarazo de las adolescentes que residen en la República Dominicana. Más aún cuando se analizó el porcentaje de nacimientos de las ENDESAS realizadas desde el año 1991 al año 2007, se observa que la distribución de nacimientos para el grupo de edad de 15 años donde hubo un ligero aumento, desde el período en que se realiza la ENDESA 2002 al que se lleva a cabo la ENDESA 2007, no fue estadísticamente significativo.²⁸

Estudios previos realizados en el país, indican que el porcentaje de nacimientos reportados en adolescentes no se ha incrementado en el período de adolescencia temprana.²⁸

IV. 2.3. Salud y riesgos de la adolescente embarazada.

Si la embarazada está lo suficientemente desarrollada en su estatura los embarazos evolucionan bien, tienen una duración promedio y el parto puede llegar a ser normal.

Algunas adolescentes embarazadas constituyen uno de los grupos de alto riesgo, que puede ser dada por su madurez física como por dificultades sociales y económicas y al mismo tiempo aceleran el crecimiento demográfico.

IV.2.3.1 Riesgos biológicos.

Algunas gestaciones presentan pequeñas hemorragias iniciales que pueden ser confundidas como anomalías menstruales sin importancia. La amenorrea en los primeros meses no atrae la atención, razón por lo que a menudo el embarazo se confirma casi al tercer mes.

Más del 10% de todos los nacimientos anuales se dan en mujeres entre los 15 y 19 años y por falta de maduración del organismo, el riesgo de mortalidad es dos a cuatro veces más alto en adolescentes que en mujeres mayores de 20 años. La mortalidad en neonatos es mayor cuando son de madres adolescentes.

IV.2.3.2. Riesgos obstétricos.

Atención prenatal inadecuada. Que se da más que todo por los esfuerzos de la adolescente por ocultar su embarazo y la dificultad para disponer de servicios adecuados o la inexistencia de un servicio médico prenatal, hacen que no tenga un seguimiento adecuado.

La OPS, asevera que los embarazos en adolescente, en los países en desarrollo, especialmente en América Latina, pasan con poco o ningún control. También se ha documentado una asociación positiva entre no tener derecho de acceso a los servicios de salud de las instituciones del sistema de seguridad social y embarazo no deseado.

Deficiencias Nutricionales: Alrededor del 20% de la población de los países subdesarrollados está crónicamente desnutrida. Siendo la adolescencia una etapa de rápido crecimiento físico; hay aumento normal de las necesidades básicas, que se incrementan con la gestación:

- Aumento de peso

- Menor crecimiento uterino

- Aumento en la frecuencia de abortos

- Mayor aumento en la amenaza de parto pre término

- Mayor frecuencia de pre-eclampsia

- Mayor frecuencia de trabajos de partos prolongados

- Mayor frecuencia de distocias como desproporción céfalo-pélvica, por las estrechas dimensiones pélvicas de la adolescente, si el feto tiene una talla normal.

- Mayor frecuencia en el número de cesáreas.

IV.2.4. Repetición intergeneracional del embarazo adolescente.

Varios estudios reportan que muchas madres adolescentes, son a su vez hijas de madres adolescentes.

En México dos terceras partes de madres adolescentes son a su vez hijas de madres que también habían dado a luz en la adolescencia, y como este fenómeno no es exclusivo de sociedades como la de México, Perú o Chile, se podría llegar a la conclusión de que el embarazo adolescente es algo que se puede “aprender” y transmitir dentro de las familias.

Varios estudios también permiten concluir que varios factores pueden estar influenciando el hecho de que las madres transmitan sus preferencias por la maternidad adolescente a sus hijas, incluido el estado civil, el apoyo a las hijas adolescentes embarazadas, las expectativas con respecto a la escolaridad de la hija y aún de la estabilidad de la pareja, concluyendo en general que “madres adolescentes engendran madres adolescentes”.

Estos estudios han mostrado que la probabilidad de que el ciclo de maternidad temprana se repita es el doble que en el caso de las adultas. La repetición de la maternidad entre generaciones se ha documentado en varios países de América Latina y también en Estados Unidos.²⁹

IV.3. Conocimiento.

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).

En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por si solos, poseen un menos valor cualitativo. Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito probable y de lo aparente.

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso de conocimiento involucra cuatro elementos: Sujeto, objeto, operación y operación interna (el proceso cognoscitivo).³⁰

IV.3.1. Teoría del conocimiento.

Se distinguen dos elementos básicos en el proceso del conocimiento: el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el objeto que se conoce (objeto conocido). El primero realiza el acto del conocimiento mediante la captación o aprehensión de las propiedades del otro, sea éste una cosa (material) o ente (cosas materiales y conceptos).³¹

Se plantean tres enfoques científicos del conocimiento: psicológico, sociológico y filosófico. El primero estudia los mecanismos por los que se adquieren y conservan: percepción, inteligencia, memoria, etc. El segundo estudia las condiciones sociales que obstaculizan el avance del conocimiento. Y el último indaga la naturaleza del conocimiento científico, mas no del conocimiento empírico o vulgar. Existen dos formas de conocimiento: empírico y conceptual. El primero es obtenido de los hechos, sucesos, fenómenos, estado de cosas o acontecimientos del mundo real. Y el segundo es el que adquirimos de objetos conceptuales (no forman parte del mundo material).³¹

IV.4. Actitud.

La actitud ha sido definida como una valoración personal, a favor o en contra de los objetos.³²

Las actitudes al ser diferencias individuales, afectan el comportamiento de los individuos y se puede definir como las tendencias relativamente durables de emociones, creencias y comportamientos orientados hacia las personas, agrupaciones, ideas, temas o elementos determinados.³³

Según Allport: "Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden".

La actitud, también se define como una predisposición para responder a un objeto particular de una manera generalmente favorable o desfavorable ante un objeto o sus símbolos.³⁴ Desde que nacemos poseemos una determinada predisposición genética, a medida que la persona crece, moldea sus actitudes en concordancia con

lo que admira, respeta o con lo que ya posee; estas se adquieren de los padres, maestros, de los grupos de amigos y compañeros.³⁵

Según Fors D., las actitudes, pueden ser diferenciadas de las necesidades biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas y tienden a permanecer estables con el tiempo.³⁶

Las Actitudes, poseen tres componentes que ayudan a comprender su complejidad y la relación fuerte que existe entre actitud y comportamiento. Tales componentes son:

- **Componente cognoscitivo:** Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto. Por tanto, está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto.

- **Componente afectivo:** Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

- **Componente del comportamiento:** son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. Siendo la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.³⁷

Una vez formada la actitud, es muy difícil que se modifique, debido a que es una expresión del presente, pero parte de una reflexión basada en el aprendizaje, experiencias previas, pero de ello depende en gran medida de sus creencias, convicciones y juicios que se remiten en la familia de origen.³⁷ Es posible cambiar una actitud con un objetivo del presente, pero es a menudo recomendable examinar el pasado y discutir cuándo, dónde, cómo y por qué se tomó esa actitud.²⁹ Una actitud también tiene un elemento de evaluación.

La evaluación tiene una dirección e intensidad. Es decir lo que pensamos de las causas de un objeto o de algo en particular, crea una reacción emocional que es positiva o negativa y la reacción pueden extenderse desde una reacción suave a una reacción fuerte, dependiendo de lo que pensamos del objeto. Entonces, desde que

tenemos unas ciertas creencias y evaluación sobre un objeto, tenemos una predisposición del comportamiento relacionado con el objeto.

IV.4.1. Formación de las actitudes.

Se pueden distinguir tipos de teorías sobre la formación de las actitudes:

Teoría del Aprendizaje: Cuando aprendemos, recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes.

El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables. Ejemplo: al aprender nuevos conocimientos sobre la sexualidad, se intenta recoger toda la información posible para poder realizar un cambio en nuestra conducta, partiendo de la nueva información adquirida.

Teoría de la Consistencia cognitiva: Consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí. Ejemplo: al estudiar algo nuevo, intentamos memorizarlo mediante la relación de lo que vamos a aprender con lo que ya sabemos, esto nos llevará a acordarnos de lo nuevo memorizado y será más fácil recordarlo.

Teoría de la Disonancia cognitiva: Esta teoría se creó en 1962 por Leon Festinger, consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar se sigue manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento.

Esto nos puede provocar un conflicto, porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja.

Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes. Ejemplo: normalmente las personas que consumen drogas tienen constancia de lo que se hacen a ellos mismos pero sin embargo las siguen consumiendo, debido a que se hacen creer que el placer que les produce tomarlas compensa lo que en un futuro les ocurrirá.

Por tanto, las Actitudes en los Adolescentes, pueden variar según el tipo de desarrollo que han tenido, es decir el aprendizaje a través del tiempo y sus propias

perspectivas, en esa edad, recién empiezan a establecerlas y a fijarlas, ya que suelen ser diferentes en cada uno de ellos.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo vida de la paciente desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Es el conjunto de características biológicas que caracterizan a las especies animales en machos y hembras	Masculino Femenino	Nominal
Procedencia	Lugar o sitio donde nace o se origina una persona	Rural Urbana	Nominal
Escolaridad	Es el grado educativo de un individuo	Analfabeta Primaria Secundaria Universidad Otro	Nominal
Composición familiar	Es como tradicionalmente se entiende la estructura familiar y da cuenta de aspectos constitutivos del grupo en términos de los elementos y no de las dinámicas.	Monoparental Nuclear Otros	Nominal
Lugar que ocupa en la familia	Explica su lugar dentro del núcleo familiar.	Mayor Segundo hijo Menor Hijo único Otros	Nominal
Conocimiento	Es un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de	Sí No	Nominal

	conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje.		
Lugar de información	Lugar donde la paciente ha recibido información sobre prevención de embarazo.	Establecimiento de salud pública o privada. Por cuenta propia. Afiches y/o charlas Otros	Nominal
Conocimiento sobre prevención	Conocimiento que tiene la paciente sobre prevención de embarazo.	Alto Bajo Medio	Nominal
Actitud hacia la prevención del embarazo	Como se comporta el adolescente hacia la prevención del embarazo.	Previene No previene No sabe	Nominal
Practicas hacia la prevención del embarazo.	Explica la manera como el adolescente emplea los conocimientos sobre prevención del embarazo.		Nominal

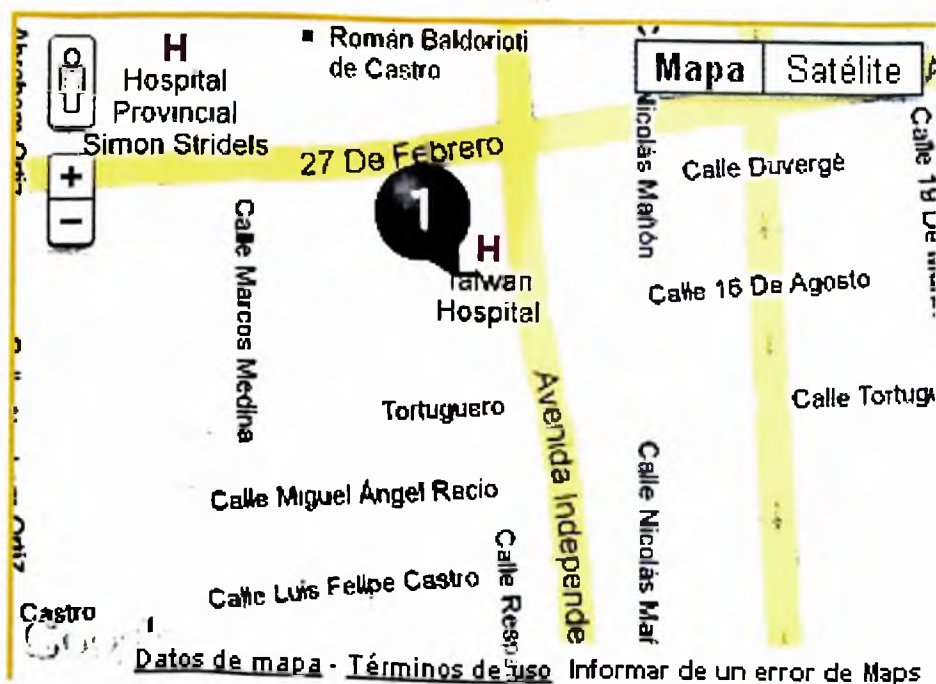
VI. MATERIAL Y METODOS.

VI.1 Tipo de estudio.

Es de tipo prospectivo, transversal y descriptivo con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los adolescentes acerca del embarazo, en el Distrito Escolar 01-03, Azua República Dominicana, enero-junio 2015.

VI.2 Área de estudio.

El estudio tuvo lugar en la consulta de Medicina Familiar del Hospital Regional Taiwán, delimitado al Norte, por la 27 de febrero; al Sur por la Tortuguero; al Este, por la Av Independencia y al Oeste por la Calle Marcos Medina; Azua, República Dominicana.



VI.3 Universo y muestra.

El universo estuvo constituido por todas las pacientes que acudieron a la consulta de Medicina Familiar en el Hospital Regional Taiwán, Azua, República Dominicana, durante el periodo enero-junio 2015.

VI.4. Criterios de inclusión.

Fueron incluidas todas las pacientes que acudieron a la consulta de Medicina Familiar en el Hospital Regional Taiwán, Azua, República Dominicana, durante el periodo enero-junio 2015.

VI.5. Criterios de inclusión.

Fueron excluidas todas aquellas que no hayan acudido a consulta durante el periodo de estudio.

VI.6. Procesamiento.

Los datos obtenidos fueron procesados mediante un computador electrónico, utilizando un programa de epidemiología para estos fines (Epi-Info versión 2005).

VI.7. Instrumento de recolección de datos.

Los datos requeridos para realizar esta investigación se obtuvieron mediante la revisión de los asesores clínicos y metodológicos.

VI.8. Aspectos éticos.

Los datos que se obtengan de la presente investigación se manejaron bajo completa discreción. No se revelaron los datos personales y para mantener la confidencialidad, se le asignó un número de identificación a cada uno de los formularios.

VII. RESULTADOS

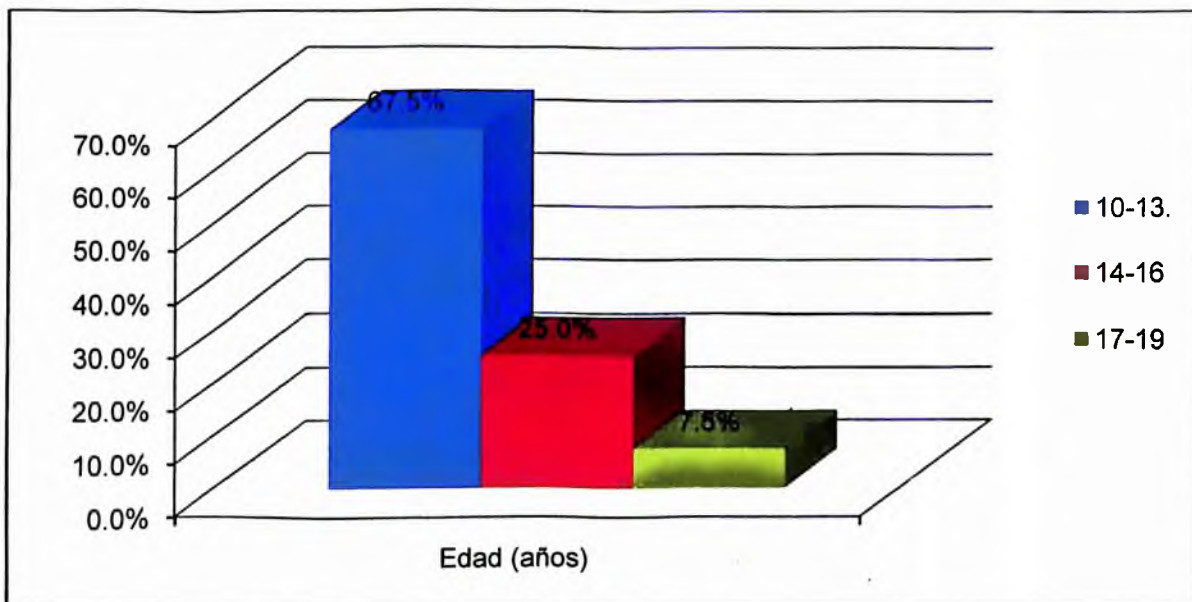
Cuadro 1. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
10-13	27	67.5
14-16	10	25.0
17-19	3	7.5
Total	40	100.0

Fuente: Directa

El 67.5 por ciento de las pacientes tenían una edad entre 10-13 años, el 25.0 por ciento de 14-16 años y el 7.5 por ciento de 17-19 años.

Gráfico 1. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según edad.



Fuente: Cuadro 1.

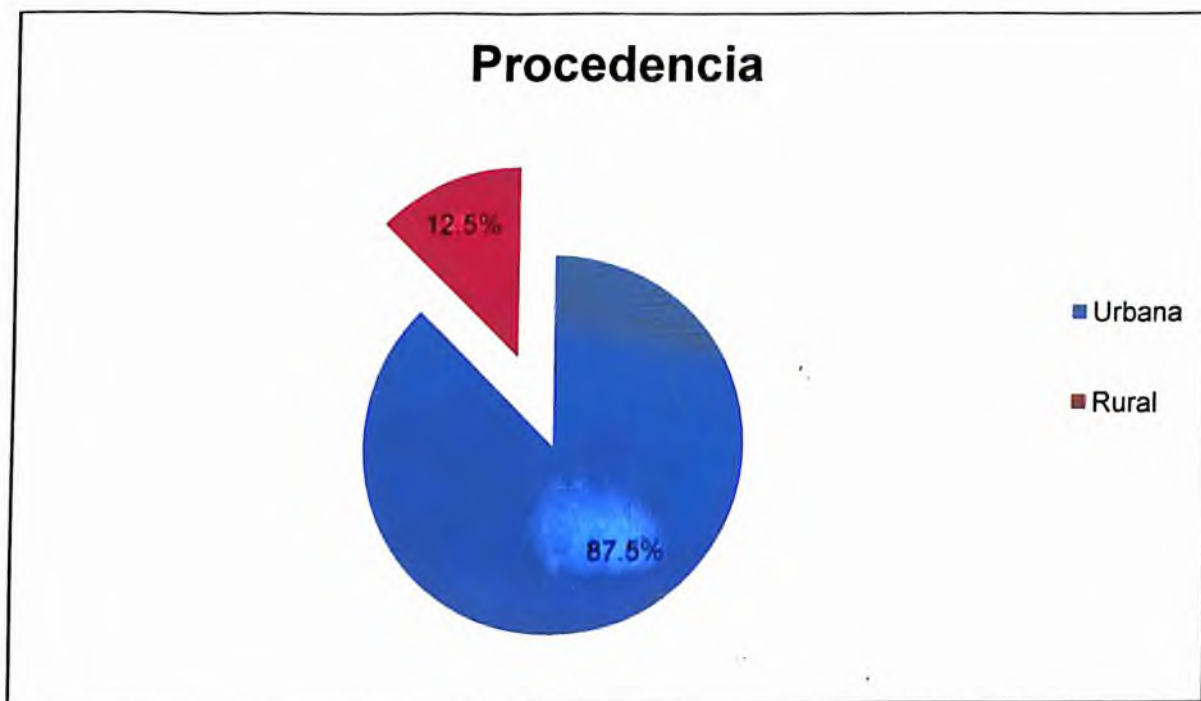
Cuadro 2. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Urbana	35	87.5
Rural	5	12.5
Total	40	100.0

Fuente: Directa

El 87.5 por ciento de las pacientes eran de procedencia urbana y el 12.5 por ciento rural.

Gráfico 2. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según procedencia.



Fuente: Cuadro 2.

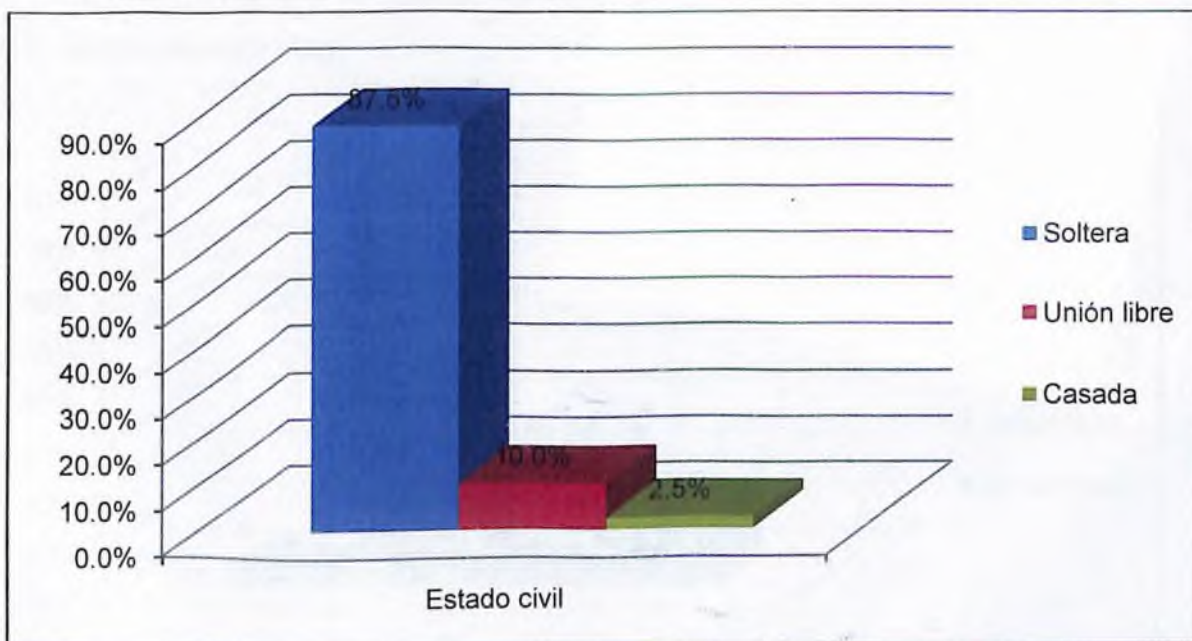
Cuadro 3. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	35	87.5
Unión libre	4	10.0
Casada	1	2.5
Total	40	100.0

Fuente: Directa

El 87.5 por ciento de las pacientes eran solteras, el 10.0 por ciento de unión libre y el 2.5 por ciento casadas.

Gráfico 3. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según estado civil.



Fuente: Cuadro 3.

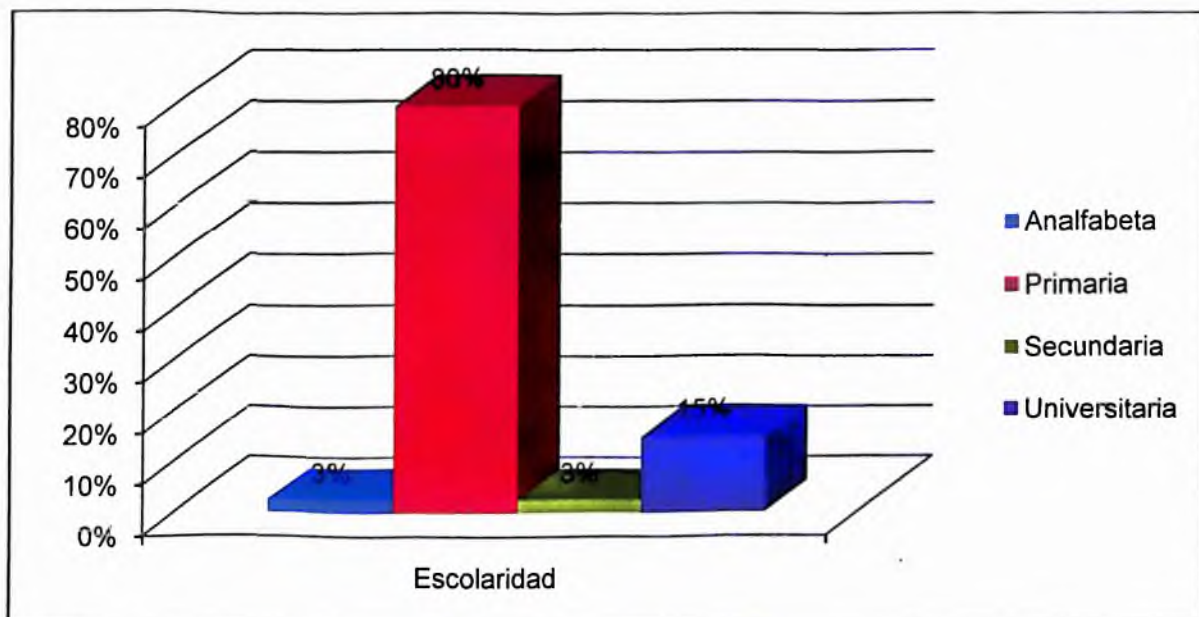
Cuadro 4. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeta	1	2.5
Primaria	32	80.0
Secundaria	1	2.5
Universitaria	6	15.0
Total	40	100.0

Fuente: Directa

El 80.0 por ciento de las pacientes cursaban la primaria, el 15.0 por ciento universitarias y el 2.5 por ciento eran analfabetos y de la secundaria.

Gráfico 4. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según escolaridad.



Fuente: Cuadro 4.

Cuadro 5. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según ocupación.

Ocupación	Frecuencia	%
Estudiante	40	100.0
Total	40	100.0

Fuente: Directa

El 100.0 por ciento de las pacientes eran estudiantes.

Gráfico 5. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según ocupación.



Fuente: Cuadro 5.

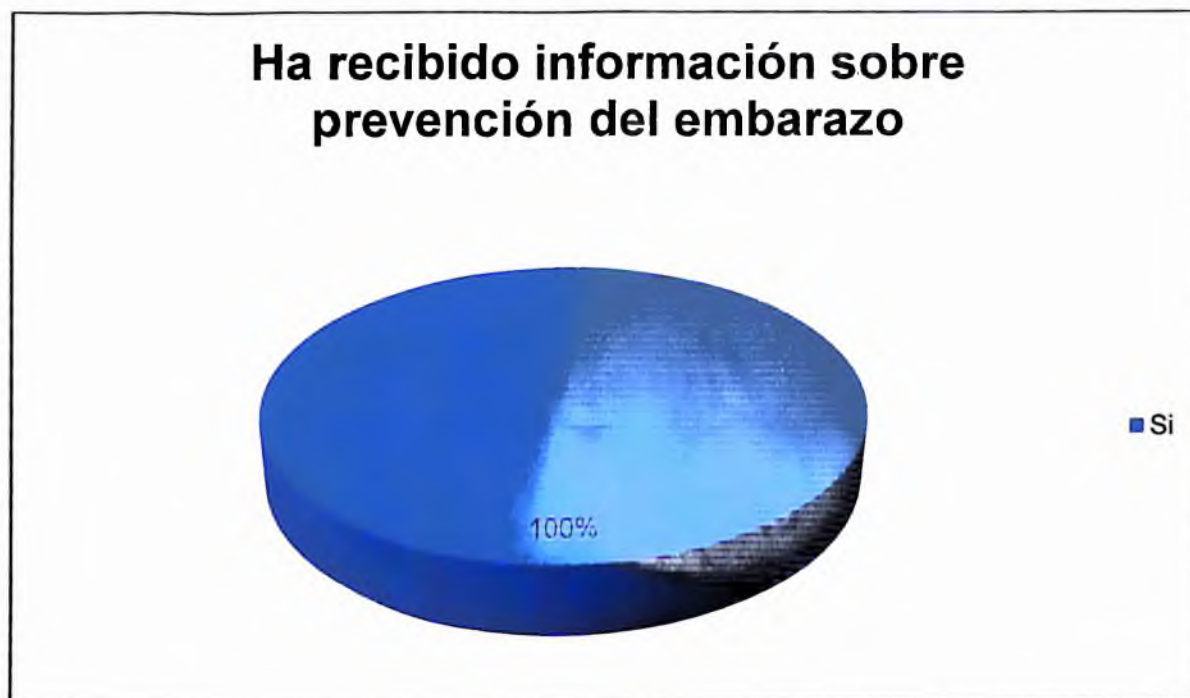
Cuadro 6. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según ¿Ha recibido información sobre prevención del embarazo?

Ha recibido información	Frecuencia	%
Si	40	100.0
Total	40	100.0

Fuente: Directa

El 100.0 por ciento de las pacientes han recibido información sobre prevención del embarazo.

Gráfico 6. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según ¿Ha recibido información sobre prevención del embarazo?



Fuente: Cuadro 6.

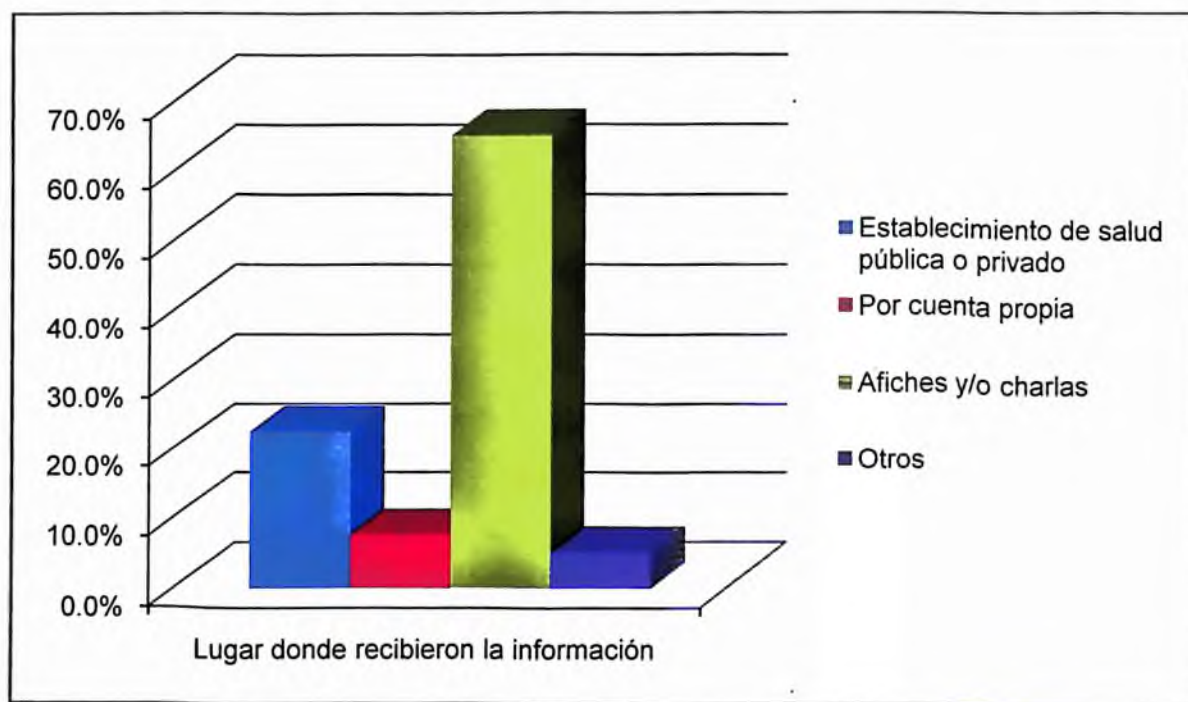
Cuadro 7. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según lugar donde recibieron la información.

Lugar donde recibieron la información	Frecuencia	%
Establecimiento de salud pública o privado	9	22.5
Por cuenta propia	3	7.5
Afiches y/o charlas	26	65.0
Otros	2	5.0
Total	40	100.0

Fuente: Directa

El 65.0 por ciento de las pacientes recibieron información mediante afiches y/o charlas, el 22.5 por ciento mediante establecimiento de salud pública o privado, el 7.5 por ciento por cuenta propia y el 5.0 por ciento por otra vía.

Gráfico 7. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según lugar donde recibieron la información.



Fuente: Cuadro 7.

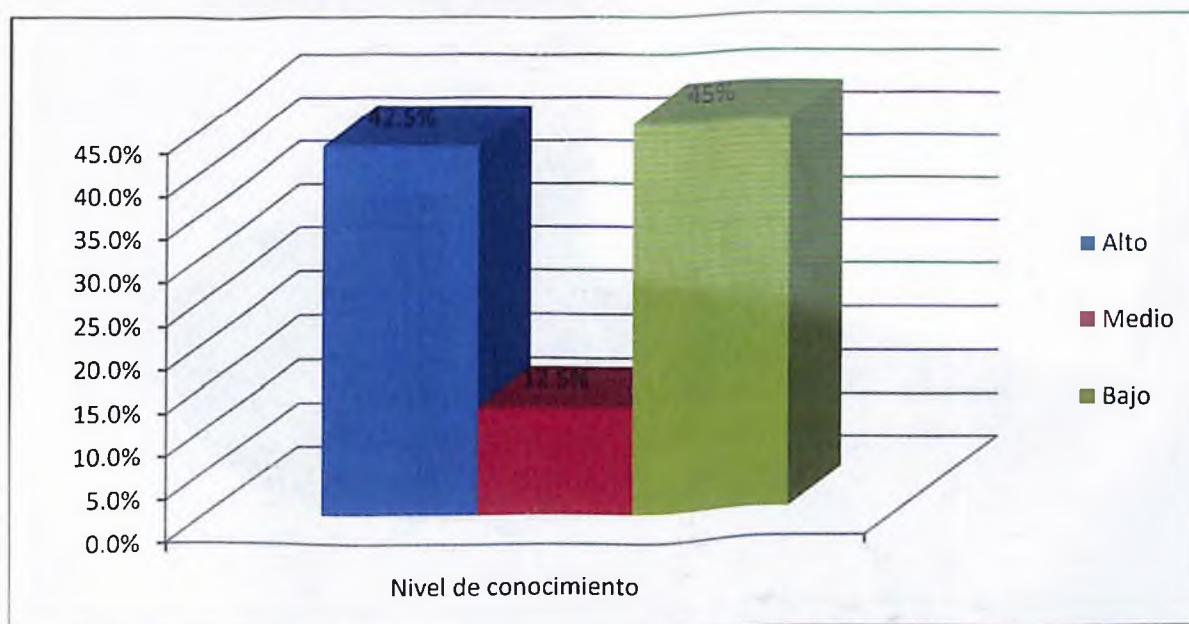
Cuadro 8. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según nivel de conocimiento.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	%
Alto	17	42.5
Medio	5	12.5
Bajo	18	45.0
Total	40	100.0

Fuente: Directa

El 42.5 por ciento de las pacientes tenían un nivel de conocimiento alto, el 12.5 por ciento medio y el 45.0 por ciento bajo.

Gráfico 8. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según nivel de conocimiento.



Fuente: Cuadro 8.

Cuadro 9. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según ¿Cuáles son las practicas que tiene usted para prevenir embarazos?

¿Cuáles son las practicas que tiene usted para prevenir embarazos?	Frecuencia	%
Uso de anticonceptivos	4	10.0
Ninguna	36	90.0
Total	40	100.0

Fuente: Directa

El 10.0 por ciento de las pacientes utilizan métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo y el 90.0 por ciento no utilizan nada.

Gráfico 9. Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las adolescentes acerca del embarazo, en el distrito escolar 01-03, Azua República Dominicana, Enero- Junio 2015. Según ¿Cuáles son las practicas que tiene usted para prevenir embarazos?



Fuente: Cuadro 9.

VII. DISCUSIÓN.

El nivel de conocimiento entre las pacientes estudiadas fue bajo, con un 45.0 por ciento respectivamente, no correlacionándose con el estudio de Rengifo, *et al* (2012), donde determinaron que el nivel de conocimiento fue muy alto, para un 90.5 por ciento de los casos.

La edad que más frecuentó en nuestro estudio, estuvo comprendida entre 10-13 años con un 67.5 por ciento de los casos, dato que se corrobora con un estudio de Gonzales, Juan (2009) que realizó un estudio con el objetivo de estimar la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas (comportamientos) de riesgo en la sexualidad juvenil y la estructura y percepción de funcionalidad familiar, donde determinaron que la edad que más frecuentó su estudio estuvo entre 10-15 años para un 39.0 por ciento.

En el presente estudio el 45.0 por ciento de los pacientes tenían un nivel bajo de experiencia sobre lo que es la relación sexual, relacionándose con un estudio de Moreno *et al* (2006) donde realizaron un estudio con el objetivo de identificar componentes psicosociales para el diseño de una intervención educativa para la prevención del embarazo, en adolescentes escolarizados, en su estudio determinaron que los adolescentes tenían poca experiencia sexual.

El 100.0 por ciento de las pacientes han recibido información sobre prevención del embarazo, corroborándose con un estudio de Rengifo, *et al* (2012) que realizaron un estudio con el objetivo de identificar los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes del municipio de Miranda - Cauca en Colombia, donde el 100,0 % de adolescentes habían recibido información sobre sexo y embarazo.

Un 90.0 por ciento de las pacientes no conoce lo que es el uso de métodos anticonceptivos por lo que no lo utilizan, coincidiendo con el estudio de Moreno *et al* (2006), donde determinaron que los pacientes estudiados tenían un concepto erróneo sobre el uso de anticonceptivos, por lo que no utilizaban ninguno.

El 65.0 por ciento de las pacientes habían recibido información sobre métodos anticonceptivos mediante afiches o charlas, no coincidiendo con el estudio de Rengifo, *et al* (2012), donde llegaron a la conclusión que los pacientes estudiados

habían recibido información sobre prevención del embarazo mediante los padres, para un 67.5 por ciento de los casos respectivamente. .

VIII. CONCLUSIONES.

1. El 67.5 por ciento de las pacientes tenían una edad entre 10-13 años.
2. El 87.5 por ciento de las pacientes eran de procedencia urbana.
3. El 87.5 por ciento de las pacientes eran solteras.
4. El 80.0 por ciento de las pacientes cursaban la primaria.
5. El 100.0 por ciento de las pacientes eran estudiantes.
6. El 100.0 por ciento de las pacientes han recibido información sobre prevención del embarazo.
7. El 65.0 por ciento de las pacientes recibieron información mediante afiches y/o charlas.
8. El 42.5 por ciento de las pacientes tenían un nivel de conocimiento alto.
9. El 10.0 por ciento de las pacientes utilizan métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo.

IX. RECOMENDACIONES.

Una vez obtenido los resultados, procedemos hacer las siguientes recomendaciones:

1. Implementar programas de educación sexual adecuada según la etapa del individuo que muestren informaciones de salud sexual como un proceso que se inicia en la infancia y continúa por toda la vida.
2. Involucrar a los adolescentes en charlas sobre la importancia y uso de los métodos anticonceptivos.
3. Comunicarles a dichos jóvenes sobre el uso, las consecuencias y efectos secundarios sobre los anticonceptivos.
4. Desarrollar la comunicación directa entre padres, hijos e hijas desde la infancia donde se aborden temas tales como: sexualidad, drogadicción, prevención, aborto, etc.
5. Se debe supervisar y controlar los medios de comunicación como la radio y la televisión que incitan a la práctica sexual y irresponsables.

X. REFERENCIAS

1. Papalia, D.; Wendkos, S. y Duskin, R. Psicología del Desarrollo. 8va ed. Bogotá: Mc Graw Hill. 2001.
2. OMS (1995) A Picture of Health?. Ginebra.
3. Shutt-Aine, J. & Maddaleno, M. Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en las Américas: Implicaciones en Programas y Políticas. Washington, DC. OPS, 2003 Disponible en <http://newweb.www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf>
4. Neaigus, A., Sufian, M., Friedman, S.R., Goldsmith, D.C. & Stepherson. "Effects of Cutreach Interventions on risk reduction among interventions drug users AIDS". Education and prevention, Nro. 8, 253-271.1990.
5. MSDS. Lineamientos estratégicos para la promoción y el desarrollo de la salud integral de las y los adolescentes en Venezuela. Tomo 1, OPS, OROMS, UNFPA. 2003 Disponible en www.ops-oms.org.ve/bus/text-electronicos/adolec/Libro_adobe OPSI.pdf.
6. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Organización Mundial de la Salud junio 2009. Disponible: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
7. Esqueda, I. El embarazo adolescente: ¿Un evento adverso? Aportes a la Psicología Social de la Salud. Mérida, Venezuela: Centro de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. 2000.
8. García A, Gonzales H, Embarazo Precoz, Mayo 2008, República Bolivariana de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Defensa, Universidad Nacional Experimental de la Fuerza Armada Bolivariana, p. 8-14, disponible en <http://www.monografias.com/trabajos-ppt/embarazo-precoz/embarazo-precoz.shtml>
9. Gaibor L. y Orozco D. "LA educación de la afectividad y la sexualidad en los procesos educativos para la formación integral de los niños y niñas del séptimo año de educación básica de la escuela fiscal mixta Uruguay n°112, del recinto yagui grande , del cantón san miguel de bolivar, periodo 2008-2009, [Tesis de licenciatura], Universidad estatal de Bolivar.p.51-130,

disponible

en:

<http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/233/1/039.E.pdf>

10. Gonzales Y., Hernández I., Conde M., Hernández R., Brizuela S., El embarazo y sus riesgos en la adolescencia, Rev. Archivo Médico de Camagüey, 2010 febrero; vol. 14 21(10, disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000100013&script=sci_arttext
11. Moreno, Sonia; Leon Canelon, Marú; Becerra, Ligia. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. Espacio Abierto, Maracaibo, v. 15, n. 4, dic. 2006 . Disponible en <http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-00062006000400005&lng=es&nrm=iso>. accedido en 30 jun. 2015.
12. González, Juan. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar. Rev. Salud pública. Volumen 11(1), Febrero 2009 Rev. salud pública. 11 (1): 14-26, 2009.
13. Flores Tejada, Mariel Edith. Conocimientos, prácticas sexuales y actitud del adolescente hacia la sexualidad responsable y embarazo precoz. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciatura en Enfermería. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma. Lima-2012. Ver en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/287/1/Flores_me.pdf
14. Rengifo, et al., Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano Rev. salud pública. 14 (4): 558-569, 2012.
15. Díaz-Franco EC y col. La adolescente embarazada: información, creencias y actitudes hacia la sexualidad. Ginecol Obstet Mex 2013;81:693-699.
16. Jacobs JE, Klaczynski PA. The development of judgment and decision making during childhood and adolescence. Current Directions in Psychological Science 2002;11:145-149. Disponible en: <http://cdp.sagepub.com/content/11/4/145.abstract>.

17. Dilorio C, Dudley WN, Soet JE, McCarthy F. Sexual possibility situations and sexual behaviors among young adolescents: The moderating role of protective factors. *J Adolesc Health* 2004;528:11-20.
18. Pérez de la Barrera C, Pick S. Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología* 2006;3:333-340. Disponible en [http:// www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/ RIP04035.pdf](http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04035.pdf).
19. Desafíos: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de Desarrollo del Milenio, No. 4/ Nueva York: UNICEF; CEPAL, 2007.
20. Estado Mundial de la Infancia. /UNICEF, 2006.
21. Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR), ONE, 2007.
22. Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA), CESDEM, 2002.
23. Tamara Z. Sexualidad Y Embarazo, Modulo 3, Lección 15, Universidad Católica de Chile, pág. 1-3. IV Desarrollo Psicosexual durante la adolescencia, disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion15/M3L15Leccion>.
24. Rivera, Sandra. Embarazo en adolescentes aspectos de tipo social psicológico y cultural. 2003. [en línea]. Disponible en Internet: <http://issuu.com/mijor/docs/embarazo-en-adolescentes>.
25. Ortiz, Ricardo et al. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga un estudio transversal. En: *Revista med-UNAB. Bucaramanga* 2005, vol. 8 no. 2, p. 71-77.
26. Buvinic, Mayra. The fortunes of adolescent mothers and their children: a case study of the transmission of poverty in Santiago. Cited by: Pantelides, Edith. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina, investigación del Consejo Nacional de Investigaciones científicas y técnicas (CONICET) Argentina 2005.
27. The science of improving lives. Op. cit., http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v17_3/nt1734.htm

28. Pérez Then, Eddy ; Miric, Marija ; Vargas, Tahira. El embarazo en adolescentes en la República Dominicana: ¿Una realidad en transición? Distrito Nacional República Dominicana, 2012 http://www.profamilia.org.do/media/resumen_embarazo_adolescente_web.pdf
29. Buvinic, Mayra. Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México [en línea]. Washington, julio de 1998, WID 102, p. 1-18. Disponible en Internet: http://www.promociondederechos.gov.co/Tutorias_2010/doc/Modulo_4_Genero/Material%20de%20apoyo%20en%20G%C3%A9nero/Costos-Maternidad-Buvinic.pdf.
30. Definición de conocimiento <http://definicion.de/conocimiento/>
31. Piscoya, Luis. Filosofía. Lima. Editorial Metrocolor. 1999. pp 88-91
32. Diéguez J, Diz M^aC, Sueiro E. y Chas M^aD., Actitudes hacia la sexualidad de adolescentes que residen en el medio rural gallego (2^a Parte), Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace, España, Universidad de Vigo Facultad de Ciencias da Educación, 2003 p. 2(57) -12(67), disponible en <http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/Cuad-66-Trabajo5.pdf>.
33. Amorós E., Comportamiento Organizacional en busca del Desarrollo de Ventajas Competitivas, Universidad de Málaga, Fundación Universitaria Andaluza Inca Garcilaso, p.72-272, disponible en <http://www.eumed.net/libros/2007a/231/35.htm>
34. García J., Aguilera J., Castillo). Guía técnica para la construcción de escalas de actitud. Odiseo, revista electrónica de pedagogía, 2011. p.8 (16), disponible en <http://www.odiseo.com.mx/articulos/guia-tecnica-para-construccionescalas-actitud>.
35. Amorós E., Comportamiento Organizacional en busca del Desarrollo de Ventajas Competitivas, Universidad de Málaga, Fundación Universitaria Andaluza Inca Garcilaso p.73-272, disponible en <http://www.eumed.net/libros/2007a/231/35.htm>
36. Ovalle I., Marchant L., Diversidad Cultural y Desarrollo Organizacional, pagina 3 (10), disponible en <http://www.eumed.net/libros/2005/lmr/10.htm>

37. Tomislav D., La Actitud en una Sociedad Preestablecida, Universidad Perú, p. 1 (1). 2005-disponible en <http://www.universidadperu.com/articulo-la-actitud-en-unasociedad-preestablecida-universidad-peru.php>.

XI. ANEXOS.

XI.1. Cronograma.

Selección del tema		Marzo
Búsqueda de referencias		Marzo
Elaboración del anteproyecto		Abril
Sometimiento y aprobación		Mayo
Recolección de la información		Mayo
Tabulación y análisis de la información	2015	Junio
Redacción del informe		Junio
Revisión del informe		Junio
Encuadernación		Junio
Presentación		Junio

XI.2. Instrumento de recolección de datos.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES ACERCA DEL EMBARAZO, EN EL DISTRITO ESCOLAR 01-03, AZUA REPÚBLICA DOMINICANA, ENERO-JUNIO 2015

I. Datos personales.

1. Edad _____ años.
2. Procedencia: Rural ___ Urbana _____
3. Estado civil: Soltera ___ Unión libre ___ Casada ___ Divorciada ___ Viuda _____
4. Escolaridad: Analfabeta ___ Primaria ___ Secundaria ___ Universitaria _____
Superior _____
5. Ocupación: _____

II. Conocimiento.

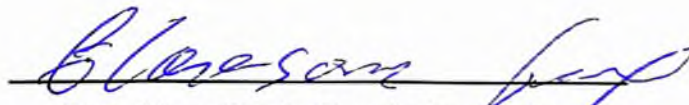
1. ¿Ha recibido información sobre prevención del embarazo?
 - A) Sí
 - B) No
2. Lugar donde recibieron la información:
 - A) Establecimiento de salud pública o privada.
 - B) Por cuenta propia.
 - C) Afiches y/o charlas
 - D) Otros
3. ¿Cómo considera que es, su nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo?
 - A) Alto
 - B) Bajo
 - C) Medio
4. ¿Cuáles son las practicas que tiene usted para prevenir embarazos?

XI.3. Costos y recursos.

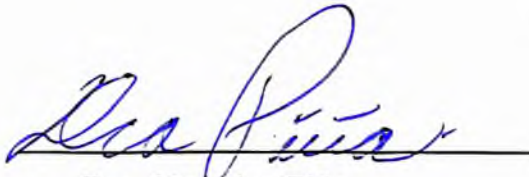
XI.3.1. Humanos				
<ul style="list-style-type: none"> • Una investigadora o sustentante • Dos asesores • Archivistas y digitadores 				
XI.3.2. Equipos y materiales		Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)		3 resmas	130.00	390.00
Papel Mistique		3 resmas	80.00	540.00
Lápices		1docena	180.00	36.00
Borras		6 unidades	3.00	24.00
Bolígrafos		1docena	4.00	36.00
Sacapuntas		6 unidades	3.00	18.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x				3.00
Impresora HP 932c				
Scanner: Microteck 3700				
Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service				
Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking				
Easy CD Creator 2.0				
Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector				1,200.00
Cartuchos HP 45 A y 78 D		2 unidades		150.00
Calculadoras		2 unidades		10,000.00
XI.3.3. Información				
Adquisición de libros				
Revistas				
Otros documentos				
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)				
XI.3.4. Económicos				
Papelería(copias)		1200 copias	2.00	2,400.00
Encuadernación		12 informes		9,600.00
Alimentación			800.00	2,200.00
Transporte				3,000.00
Imprevistos				3,000.00
TOTAL				\$33,197.00


XI.4. Evaluación

Sustentante:

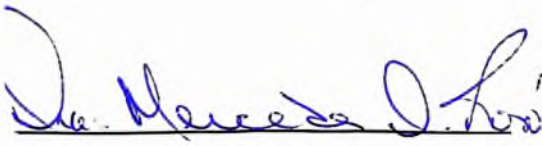

Dra. Clara Sonia Fernández Veloz

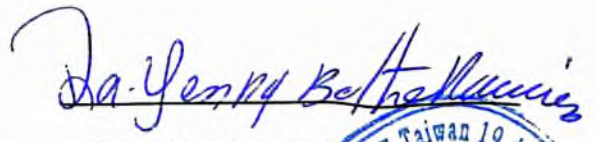
Asesores:

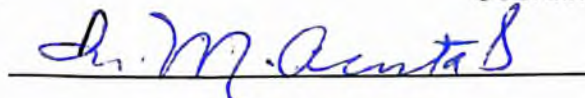

Dra. Magalys Piña
(Clínica)


Dra. Claridania Rodríguez
(Metodológica)


Autoridades


Jefe departamento


Coordinador de la residencia


Jefe de Enseñanza




Dr. Eduardo García
Director escuela de medicina
UNPHU


Dr. José Asilis Zajter
Decano facultad ciencias de la salud
UNPHU

Fecha: 8/Dic/2016
Calificación: 90