

TESIS

“Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes, Juliaca 2015”

Tesis presentada para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

JURADO CALIFICADOR

Lic. Ana Luz Flores Mamani
PRESIDENTE

Lic. Mg. Francis Gamarra Bernal
SECRETARIA

Lic. Martha Rocio Vargas Yucra
VOCAL

Lic. Enmily Raquel Alarico Carrillo
VOCAL

Lic. Delia Luz León Castro
ASESORA

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



TESIS DE TÍTULO

Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes, Juliaca 2015

**Tesis presentada para obtener el Título Profesional de
Licenciado en Enfermería**

Autores:

Trujillo Mamani, Grover Eyden

Sembrera Farceque, Efraín

Asesora:

Lic. Delia Luz León Castro

Juliaca, Setiembre – 2015

Dedicatoria

A mi padre Esteban y mi madre Pilar quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, por su amor y paciencia, por sus sabios consejos, por hacer de mí una persona de bien. A mis hermanos Roy y Yenny por siempre estar ahí en momentos oportunos, por su apoyo incondicional en ésta etapa de mi vida.

Grover Eyden Trujillo Mamani.

A mis queridos padres, Roberto y Rosenda por su amor, por ser los pilares fundamentales en todo lo que soy, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante, su perseverancia, que me ha permitido ser una persona de bien, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, a mi primo el Pastor: Evaristo por su apoyo incondicional.

Efraín Sembrera Farceque.

Agradecimiento

A Dios por ser fuente de la toda sabiduría, y habernos permitido llegar hasta este punto, también por concedernos bienestar y salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros docentes de la Universidad Peruana Unión, Escuela Profesional de Enfermería, por habernos permitido adquirir los conocimientos necesarios y la experiencia para realizar el presente trabajo de investigación.

Al director de la I. E. S. Gran Unidad Escolar Las Mercedes por permitirnos recolectar los datos para desarrollar el presente trabajo de investigación y a los estudiantes del 5to año de secundaria de dicha institución por su colaboración.

A nuestra asesora Lic. Delia Luz León Castro, de manera muy especial por su apoyo, confianza y su capacidad para guiar nuestras ideas, ha sido un aporte invaluable.

A nuestro asesor estadístico Mg. German Mamani Cachicatari, por su apoyo en la parte estadística, por sus consejos, no solamente en el desarrollo de la tesis, sino también en nuestra formación como investigadores.

A nuestros dictaminadores: Lic. Francis Gamarra, Lic. Martha Vargas, Lic. Enmily Alarico, por su gran apoyo y motivación, para la culminación del presente trabajo de investigación.

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice.....	iv
Índice de tablas.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract	x
CAPÍTULO I.....	1
Introducción	1
1. Planteamiento del problema	1
1.1. Formulación del problema	4
2. Justificación	4
3. Objetivos de la investigación.....	6
3.1. Objetivo general	6
3.2. Objetivos específicos.....	7
CAPÍTULO II	8
Marco Teórico	8
1. Antecedentes de la investigación.....	8
2. Marco bíblico filosófico	14
3. Marco Conceptual.....	18
3.1. Conocimiento	18
3.1.1. Tipos de conocimiento	19
3.1.2. Elementos del conocimiento	20

3.1.3.	Características del conocimiento.....	21
3.2.	Actitud.....	22
3.2.1.	Componentes de las actitudes.....	25
3.2.2.	Características de las actitudes.....	27
3.3.	Aborto.....	28
3.3.1.	Historia del aborto	30
3.3.2.	Clasificación clínica del aborto	30
3.4.	Causas del aborto	32
3.5.	Aborto Inducido	33
3.5.1.	Causas de aborto inducido.....	37
3.5.2.	Consecuencias del aborto inducido	37
3.6.	Legalización del aborto	39
3.7.	La adolescencia	42
3.7.1.	Embarazo y aborto en la adolescencia	45
3.8.	Responsabilidades del profesional de enfermería	46
3.9.	Desarrollo embrionario	47
4.	Teoría y modelo de enfermería.....	49
5.	Definición de términos	51
5.1.	Conocimiento	51
5.2.	Actitud.....	51
5.3.	Aborto.....	51
5.4.	Aborto inducido.....	51
CAPÍTULO III.....		52
Material y Métodos		52

1.	Metodología de la investigación.....	52
2.	Hipótesis de la investigación.....	53
2.1.	Hipótesis general.....	53
3.	Variables de investigación.....	53
3.1.	Identificación de las variables.....	53
3.2.	Operacionalización de variables.....	54
4.	Delimitación geográfica y temporal.....	54
5.	Población y muestra.....	55
5.1.	Población.....	55
5.2.	Determinación de la muestra.....	55
6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	57
7.	Proceso de recolección de datos.....	58
8.	Procesamiento y análisis de datos.....	58
CAPÍTULO IV.....		59
Resultados y discusión.....		59
1.	Resultados.....	59
1.1.	En relación al objetivo general.....	59
1.1.1.	Planteamiento de hipótesis estadística.....	61
1.1.2.	Toma de decisión.....	61
1.2.	En relación al primer objetivo específico.....	62
1.3.	En relación al segundo objetivo específico.....	63
2.	Discusión.....	64
CAPÍTULO V.....		69

Conclusiones y recomendaciones	69
1. Conclusiones.....	69
2. Recomendaciones	70
Referencias	71
Anexos.....	78
Anexo 1	79
Anexo 2	83

Índice de tablas

Tabla 1.	
<i>Estudiantes del 5to grado de Educación Secundaria de la I.E. Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca –2015.....</i>	55
Tabla 2.	
<i>Muestra estratificada de alumnos del 5to grado de educación Secundaria de la I.E. Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca – 2015.....</i>	56
Tabla 3.	
<i>Tabla de contingencia entre conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido que presentan los adolescentes del quinto año de educación secundaria de la Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca – 2015.....</i>	59
Tabla 4.	
<i>Prueba de chi cuadrado entre conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en estudiantes de la Gran Unidad Escolar Las Mercedes – 2015...</i>	60
Tabla 5.	
<i>Conocimiento sobre aborto inducido que presentan los adolescentes del quinto año de educación secundaria de la Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca – 2015.....</i>	62
Tabla 6.	
<i>Actitudes hacia el aborto inducido que presentan los adolescentes del quinto año de educación secundaria de la Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca – 2015.....</i>	63

Resumen

El presente trabajo de investigación titulado “Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5to año de secundaria de la institución educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes, Juliaca - 2015”, cuyo **objetivo** fue determinar la relación entre conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en adolescentes del quinto año. **El diseño de investigación** es no experimental de corte transversal de tipo correlacional, se realizó un muestreo probabilístico estratificado, determinándose una muestra de 128 estudiantes matriculados en el periodo académico 2015. El instrumento que se utilizó es el cuestionario de conocimientos sobre aborto inducido que consta de 14 preguntas y la escala de actitudes hacia el aborto inducido que consta de 18 ítems con respuesta en la escala de Likert, tiene como duración de 15 minutos. **Los resultados** indican que el 53.9% de los estudiantes presentan un nivel medio de conocimientos sobre el aborto inducido y solamente el 22.7% presenta un nivel alto; con respecto a las actitudes el 43.0% de los estudiantes presenta una actitud de aceptación hacia el aborto inducido y el 21.9% presentan una actitud de rechazo hacia el aborto inducido, encontrándose correlación y significativa entre las variables de estudio ($\text{sig}=.000$). **Conclusiones:** Mientras más alto el conocimiento mayor actitud de rechazo hacia el aborto inducido y mientras más bajo es el nivel de conocimientos mayor actitud de aceptación hacia el aborto inducido.

Palabras Clave: Conocimiento, actitudes, aborto, aborto inducido.

Abstract

This paper titled "Knowledge and attitudes on induced abortion in adolescents 5th year of high School the Gran Unidad Escolar Las Mercedes, Juliaca - 2015", whose **objective** was to determine the relationship between knowledge and attitudes towards induced abortion in adolescents the fifth year. **The research design** is not experimental cross-sectional correlational, stratified probability sampling was conducted, determining a sample of 128 students enrolled in the academic year 2015. The instrument used is the knowledge questionnaire about induced abortion consists of 14 questions and attitudes scale towards induced abortion consisting of 18 items with response on the Likert scale, has the duration of 15 minutes. **The results** indicate that 53.9% of students have an average level of knowledge on induced abortion and only 22.7% have a high level; attitudes about 43.0% of the students presented an attitude of acceptance toward induced abortion and 21.9% have a negative attitude toward induced abortion, significant correlation was found between the study variables (sig = .000). **Conclusions:** The higher the knowledge more negative attitude toward induced abortion and the lower the level of knowledge more accepting attitude towards induced abortion.

Keywords: Knowledge, attitudes, abortion, induced abortion.

CAPÍTULO I

Introducción

1. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, casi todos ellos en países en desarrollo, las defunciones debidas a abortos peligrosos representan el 13% de todas las defunciones maternas. África se ve desproporcionalmente afectada, por cuanto dos tercios de todas las defunciones relacionadas con el aborto tienen lugar en ese continente (OMS, 2014).

En el mundo, millones de mujeres arriesgan sus vidas y su salud para poner fin a embarazos no deseados, cada día se realizan 55 000 abortos en condiciones de riesgo y el 95 % de ellos se realiza en países en vías de desarrollo y conducen a la muerte a más de 200 mujeres diariamente, muchos de ellos son realizados en condiciones de riesgo por lo que representa un porcentaje significativo de todas las muertes maternas (Enríquez, Bermúdez, Puentes, & Jiménez, 2010).

Actualmente es notable observar que los adolescentes sienten desorientación, confusión, poca seguridad y confianza en sí mismos; convirtiéndolos en un grupo vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo, tales como: el inicio precoz de actividades sexuales, conllevándolos a infecciones de transmisión sexual, VIH - SIDA, embarazos no planificados y abortos; poniendo en riesgo su salud sexual y reproductiva.

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno complejo, y está asociado a factores económicos, sociales y de comportamiento sexual, y es considerada, en estas últimas décadas, como un importante problema de salud pública en virtud de la prevalencia con que viene ocurriendo (Ribeiro da Fonseca, Barbosa, Pinto, & Moura, 2013).

La adolescencia es considerada como un periodo de crisis en el desarrollo del ser humano, en ella se dan una serie de cambios a nivel biológico, psicológico, social y emocional, en esta etapa de transición el adolescente logra madurar tanto física como biológicamente, aunque psicológicamente y emocionalmente presentan un estado de inmadurez.

Sobre la base de los datos de 2008, la OMS estima que anualmente se realizan 22 millones de abortos peligrosos, de los cuales 47.000 provocan defunciones y más de 5 millones conllevan complicaciones, entre ellas: aborto incompleto (no se retiran o se expulsan del útero todos los tejidos embrionarios); hemorragias (sangrando abundante); infección; perforación uterina (cuando se atraviesa el útero con un objeto afilado); y daños en el tracto genital y órganos internos debidos a la introducción de objetos peligrosos tales como varillas, agujas de tejer o vidrio roto en la vagina o el ano. Según estimaciones, los abortos peligrosos representan un 13% de las defunciones relacionadas con el embarazo en todo el mundo y se calcula que, en las regiones desarrolladas, por cada 100.000 abortos peligrosos se producen 30 defunciones. Ese número aumenta a 220 defunciones por cada 100.000 abortos peligrosos en las regiones en desarrollo, y a 520 en el África subsahariana (OMS, 2014).

En todo el mundo, anualmente, aproximadamente 15 millones de adolescentes de 15 a 19 años dan a luz, representando más de 10% de los nacimientos. Por lo menos 1,25 millones quedan embarazadas a cada año en los 28 países de la Organización para Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). De estas, cerca de medio millón procura la realización del aborto. En América Latina, los datos sobre el embarazo en la adolescencia han mostrado un aumento en la tasa de fecundidad para esta población cuando comparada a mujeres adultas, especialmente en los países más pobres (Ribeiro da Fonseca, et al., 2013).

En el Perú en las últimas décadas el embarazo adolescente (entre 15 a 19 años) de manera global se encuentra entre el 12% y 13%, llegando a valores del 21.5% en las zonas rurales y 10.2% en las zonas urbanas, 21% en la costa, 12.4% en la sierra, 27.5% en la selva; y con respecto al nivel de educación, el 56.7% de los adolescentes embarazados no tienen educación, el 34.9% presentan educación primaria, el 11.6% educación secundaria y el 4.5% educación superior. Con respecto a la iniciación sexual en mujeres adolescentes existe un aumento sostenible en los últimos 20 años sobre el inicio de la primera relación sexual antes de los 15 años, siendo este del 6%, y el 50.6% de los adolescentes usan métodos anticonceptivos (Mendoza & Subiria, 2013).

En Arequipa, del total del número de embarazos en adolescentes que se registran al año en Arequipa, entre el 10 y 15% terminan en abortos, producto de relaciones sexuales prematuras y prácticas abortivas ilegales, señaló el médico Luis Alberto Bernal; además, indicó que los abortos se producen porque en nuestro país no existe una adecuada educación sexual que debe ser brindada por la familia y la escuela, y por el escaso conocimiento sobre los métodos anticonceptivos (La República, 2004) y

de acuerdo al reporte del Ministerio de Salud, Arequipa es la tercera ciudad del país donde se realizan abortos clandestinos (Radio Programas del Perú, 2011).

A nivel de la región, la Red de Salud de San Román ocupa el primer lugar en presentar abortos, con 65 casos reportados sólo en dos meses, enero y febrero, según lo dio a conocer María Condori Apaza, obstetra del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Del 100% de abortos presentados en San Román, la mitad corresponden a menores de edad, una práctica que se realiza durante los tres primeros meses de gestación (Condori, 2013), además señaló que en el 2012 se registraron 1200 casos de abortos, de los cuales un aproximado de 119 se practicaron a mujeres de 18 a 29 años; 23 de ellas, adolescentes de 12 a 17 años, en quienes existía el riesgo de una hemorragia interna, ya que muchas veces la placenta no se desprende con normalidad.

Por lo expuesto los investigadores se interesan en dicha investigación, dado las evidencias del problema identificado, llegamos a cuestionarnos las siguientes preguntas que a continuación detallaremos.

1.1. Formulación del problema

¿Existe relación entre los conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en adolescentes del 5to año de educación secundaria de la Gran Unidad Escolar Las Mercedes, Juliaca – 2015?

2. Justificación

Debido a que las cifras estadísticas sobre la práctica del aborto en América Latina y el Perú, muestran; que el número de abortos se encuentra en incremento; el aborto inducido actualmente es reconocido como un problema de Salud Pública, por su magnitud, la gravedad de sus consecuencias y su repercusión psicológica, social y

económica. Son relativamente escasos los intentos que se han hecho por identificar los conocimientos; es decir, la información que tienen sobre el tema, asimismo la actitudes hacia ésta problemática.

La presente investigación se centra fundamentalmente en los adolescentes porque son un grupo vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo; puesto que en su formación como individuo acceden a temas sobre salud sexual y reproductiva pero de manera limitada y muchas veces errónea, por lo que la información que adquieren son insuficientes, que posteriormente afecta negativamente en la toma de decisiones respecto a su vida sexual, favoreciendo el embarazo no deseado en los mismos, y despertando de esta manera la tentativa del aborto con el fin de remediar los problemas originados, sin conocer, ni asumir las consecuencias que posteriormente pueden afectar de manera significativa sobre la salud y su bienestar.

Este estudio se justifica por la relevancia que el mismo presenta desde el punto de vista:

Teórico, la presente investigación tiene el propósito de enriquecer el conocimiento científico, que proporcionará información válida y confiable, que servirá de material bibliográfico para investigaciones posteriores, beneficiando al personal de salud (profesional de enfermería), a los docentes, autoridades y alumnos de dicha institución educativa y otras.

Por su relevancia práctica permitirá a los estudiantes del nivel secundario poner en práctica los conocimientos sobre planificación familiar fortaleciendo e incrementando el nivel de conocimientos sobre las consecuencia del aborto, para llevar una vida sexual saludable que les permita afrontar con responsabilidad las

múltiples situaciones, prevenir los factores de riesgo que comprometan la salud y el bienestar de los jóvenes, evitando así infecciones de transmisión sexual, VIH – SIDA, embarazos no deseados, abortos clandestinos.

Su aporte económico permitirá a las adolescentes y familiares disminuir gastos demandados por procedimientos abortivos y complicaciones que las mismas conllevan, pudiendo utilizar tales gastos en beneficio de la familia; así mismo contribuirá en la mejoría y uso adecuado de los fondos destinados al área de atención primaria que el estado dispone.

En cuanto a su relevancia social, la investigación se justifica, ya que su ejecución dará la oportunidad de conocer las opiniones de las adolescentes. En ese sentido por medio del desarrollo de la investigación dará la oportunidad de conocer sus creencias, en conocimientos, valores y disposición en cuanto al reconocimiento de la planificación familiar responsable como una medida contra el aborto.

Finalmente este estudio se justifica por los aportes realizados a las líneas de investigación desarrolladas por la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión: Salud y Desarrollo Comunitario, y por la oportunidad que poseen los investigadores de compartir los resultados de sus hallazgos con todas aquellas personas interesadas en el área del presente estudio de investigación.

3. Objetivos de la investigación

3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en adolescentes del quinto año de educación secundaria de la Gran Unidad Escolar Las Mercedes, Juliaca – 2015.

3.2. Objetivos específicos.

Describir los conocimientos sobre aborto inducido que presentan los adolescentes del 5to año de educación secundaria de la Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca – 2015.

Describir las actitudes hacia el aborto inducido que presentan los adolescentes del 5to año de educación secundaria de la gran unidad escolar las mercedes de la ciudad de Juliaca – 2015.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

1. Antecedentes de la investigación.

Enríquez, Bermúdez, Puentes y Jiménez (2010) realizaron el trabajo de investigación titulado “Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia” La Habana – Cuba, cuyo objetivo fue determinar el comportamiento del aborto en adolescentes. Se realizó una investigación empírica, descriptiva, observacional y transversal sobre el comportamiento del aborto inducido en la adolescencia en el Hospital Materno infantil 10 de octubre durante los años 2006-2007. Se identificó la frecuencia de realización en las adolescentes y se describieron algunos factores epidemiológicos presentes en las pacientes estudiadas. El universo de estudio estuvo compuesto por todas las adolescentes que en ese periodo de tiempo acudieron al servicio de aborto para realizarse una interrupción de la gestación en el primer trimestre del embarazo. Se incluyeron en la investigación a todas las adolescentes que acudieron al servicio de aborto de dicho hospital a realizarse un aborto inducido y que dieron su consentimiento en participar en la investigación. Los resultados mostraron que el grupo etario que predominó fueron las adolescentes intermedias con el 52,3 %. La edad de inicio de las relaciones sexuales que prevaleció fue 15 a 17 años para un 62,2 %. El 56,7 % de las adolescentes no usaba métodos anticonceptivos y el motivo por el cual no los utilizaban era por olvido (28,8 %) o por temor (25 %). En conclusión el motivo más frecuente de solicitud para interrumpir la gestación: ser muy

joven para asumir el rol de la maternidad (50,4 %). Solamente el 3,8 % presentó alguna morbilidad.

Hernandez y Santos (2007) en su trabajo titulado “Factores personales y aborto en adolescentes” Veracruz – México, tuvieron por objetivo conocer los factores personales y la prevalencia de aborto en adolescentes. Como metodología se tuvo un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, para lo cual se revisaron los expedientes de un hospital de segundo nivel de la región sur del estado de Veracruz, utilizando una cédula de recolección de datos, que indagaba información relacionada con los factores personales y antecedentes ginecoobstétricos. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron frecuencia, porcentaje, media y desviación estándar. Los resultados muestran que el promedio de edad de las adolescentes que abortaron es de 17 años, con estado civil de unión libre, dedicadas a las labores del hogar, con escolaridad promedio de primaria terminada, procedentes de zona urbana y que no practican ninguna religión. La edad promedio de menarca fue de 12 años, con inicio de vida sexual activa a los 15 años, destacando las primigestas que no han llegado a concluir un embarazo, predominando el aborto en la onceava semana de gestación, con mayor frecuencia en el mes de julio, con diagnóstico de ingreso por aborto incompleto y de egreso post-operada de Legrado Uterino Instrumental (LUI).

Ribeiro da Fonseca, et al. (2013) en su trabajo de investigación titulado “Experiencia de mujeres con el aborto provocado en la adolescencia por imposición de la madre”, Sao Paulo – Brasil, cuyo objetivo fue comprender la experiencia de mujeres que provocaron el aborto en la adolescencia por imposición de la madre. Fue una investigación cualitativa, con abordaje de la fenomenología social, realizada en 2010, con tres mujeres, por medio de entrevista con preguntas abiertas. Los resultados

muestran que las participantes trataron de esconder de la madre el embarazo, quien al descubrirlo, decidió que ellas deberían interrumpirlo, imponiendo el aborto, el cual fue realizado de modo inseguro, independientemente de la voluntad de las hijas. Después del acontecimiento, lo que restó fue sufrimiento, culpa y arrepentimiento por no haber luchado contra la decisión materna. Esas mujeres tienen como expectativas tener autonomía para tomar sus propias decisiones, cuidar de la salud y quedar embarazadas nuevamente. En conclusión el estudio evidenció la decisión por el aborto centrada en la madre de la adolescente, lo que merece ser explorado en otras investigaciones que profundicen la relación establecida entre madre e hija en la situación de aborto provocado. Se sugiere la creación de espacios de diálogo para la tríada profesionales de la salud/adolescente/familia, con destaque para la madre, que, en el contexto de las relaciones familiares, puede ayudar a la hija a enfrentar de modo seguro el embarazo precoz y hacer su prevención, en vez de influenciarla a realizar el aborto.

Mendoza y Palacios (2011) en su trabajo de investigación titulado “Abortos inducidos en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Febrero - Octubre del 2011” Portoviejo - Manabí - Ecuador, cuyo objetivo fue investigar los abortos inducidos en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. El universo de estudio lo conformaron 450 pacientes de los cuales 340 pacientes fueron los casos de abortos inducidos (76%) y se excluyó el (24%) que corresponden a los abortos espontáneos. Para la recolección de la información se elaboró un instrumento de acuerdo a las variables del estudio y el análisis se realizó mediante medidas de tendencia central como frecuencias y porcentajes. Los resultados encontrados mostraron que la edad de mayor ocurrencia de la patología fueron las edades entre los 19 a 34 años con el 69%; la procedencia de

mayor presentación fue la zona urbana con el 68%. En relación a la escolaridad hubo mayor predominio de tipo secundario con el 72%. La ocupación que se reportó con el mayor porcentaje fue para la de ama de casa o quehaceres domésticos con el 54%. El diagnóstico de ingreso a la unidad hospitalaria que predominó fue el de aborto incompleto que represento el 70%.

Contreras (2011) en su trabajo titulado “Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta en los años 2008- 2009” Colombia, tuvo por objetivo: Identificar la prevalencia de los embarazos en adolescentes usuarias de la E.S.E Alejandro Prospero Reverend de la ciudad de Santa Marta. Se realizó un estudio descriptivo para medir la prevalencia de embarazos en adolescentes, a partir de las adolescentes a quienes se les atendió el parto en la ESE Alejandro Próspero Reverand. En el período seleccionado, se atendieron 362 partos de adolescentes y entre ellas la mayoría, 77% son residentes en la zona urbana, 98% han hecho estudios primarios al igual que su compañero sentimental, 46% tienen como pareja un hombre en el inicio de la adultez, es decir entre 20 y 24 años, su ocupación es ser ama de casa, 97% tienen afiliación a salud en el régimen subsidiado, 82% se han realizado control prenatal, iniciaron la vida sexual durante la adolescencia media, en el 97% de los casos el embarazo no fue deseado y una cuarta parte tuvo intento de aborto, únicamente el 4% ha utilizado métodos de planificación familiar, ninguna reconoció ser farmacodependiente, en el 87% de los casos la gestante es primigrávida, solamente el 4% ha tenido complicaciones, 59% vive con la familia nuclear, únicamente el 11% aún estudia, el 1% manifestó que durante el embarazo y por causa de él han sido objeto de maltrato por la familia, y 17% proviene de una

madre que se embarazó durante la adolescencia, poniendo de manifiesto la tendencia a repetir el ciclo de embarazo adolescente.

Mendoza y Subiria (2013) en su artículo de investigación titulado “El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas” Lima, muestra los vínculos entre el embarazo en adolescentes peruanas de 15 a 19 años con la pobreza, la desnutrición y la exclusión social. Se proponen alternativas para su atención en el marco de los programas sociales y de la lucha contra la pobreza. Para ello, se describen y analizan sus tendencias en los últimos 20 años, enfatizando sus múltiples y persistentes inequidades. Se registra que en ese periodo las prevalencias no se han modificado sustancialmente, a pesar de una leve baja en el área rural. Estas tendencias son analizadas a la luz de sus determinantes próximos, incluyendo los cambios en la exposición al riesgo de embarazo no planificado. Luego se describe el impacto que esta situación tiene sobre las adolescentes y sus hijos, así como su impacto laboral y económico. Finalmente, se hace una revisión de las experiencias de países que aplican programas sociales semejantes al peruano, destacando aquellas que podrían ser asimiladas por el Perú.

Palomino (2009) en su trabajo de investigación titulado “Qué saben sobre el aborto inducido y que actitudes se evidencian en los adolescentes I.E. Micaela Bastidas”, ciudad de Lima. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas. La investigación fue de tipo cuantitativo, el método es descriptivo, corte transversal y nivel aplicativo; la población de estudio estuvo conformada por 165 adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, la técnica utilizada para la recolección de datos fue la Encuesta, utilizando el cuestionario y la Escala de

Lickert como instrumentos, las cuales fueron validadas previamente mediante un juicio de expertos y sometidos a la prueba piloto para realizar la confiabilidad estadística. Los resultados indican que los adolescentes presentan en su mayoría nivel de conocimientos “medio” sobre el aborto inducido (73.04%), actitudes de “indiferencia” hacia el aborto inducido (66.06%); y al relacionar ambas variables se encuentra que existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el aborto inducido. El nivel de conocimientos de los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas sobre el aborto inducido es “medio”; lo que evidencia que la información que reciben sobre esta problemática es insuficiente; por lo que es considerado un grupo vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo y tienen actitudes hacia el aborto inducido de “indiferencia”; probablemente porque aún falta incrementar y reforzar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, lo que va permitir que posteriormente presenten una actitud de rechazo al aborto inducido.

Vargas (2012) en su trabajo de investigación titulado “Aborto inducido en Hospitales de referencia de la región Puno y su impacto en la Salud Pública en el 2010” Juliaca – Perú, tuvo por objetivo: analizar los factores que contribuyen al aborto inducido en mujeres atendidas en Hospitales de Referencia de la Región Puno en el 2010 y determinar su impacto en la Salud Pública. Material y métodos: la investigación es básica y descriptiva de enfoque cuantitativo, no experimental, de corte transversal, retrospectivo y explicativo de diseño es Ex Post Facto, se utilizó la técnica de encuesta para la recolección de datos, la población totalizó a 301 pacientes atendido en los Hospitales Carlos Monge Medrano y Manuel Núñez Butrón. Se obtuvo los siguientes resultados: en la relación a la variable del 100% de mujeres del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno son 19 a 30 años 48.5%, menores de 18 años

25.8%, 35 a 41 años 24.5% y de más de 45 años es 1.2% y del Hospital Carlos Monge Mendrano de Juliaca son de 19 a 30 años 57.2%, menores de 18 años 8.7%, y de más de 45 años es 1.4%. se llegó a las siguientes conclusiones: los factores que más contribuyen al aborto inducido en mujeres atendidas en los Hospitales de Referencia de la Región Puno en el 2010 son las condiciones desfavorables el cual produce un alto impacto en la Salud Pública ocasionando infertilidad y muerte en las mujeres que se practican el aborto provocado.

2. Marco bíblico filosófico

Muchas de las sociedades contemporáneas han tenido que afrontar un conflicto sobre la moralidad del aborto. Este conflicto ha afectado también a gran número de cristianos, quienes desean aceptar la responsabilidad de proteger la vida del ser humano que no ha nacido aún, y al mismo tiempo preservar la libertad individual de la mujer. La necesidad de orientación ha llegado a ser evidente, al procurar la iglesia seguir las Escrituras y brindar orientación moral y al mismo tiempo respetar la conciencia individual.

Orrego (2009) menciona que Dios es la fuente, el Dador y el Sustentador de toda vida (Hechos 17:25,28). La vida humana tiene un valor único porque los seres humanos son creados a la imagen de Dios (Gén. 1:27). Dios quiere la protección de la vida humana (Éxo. 20:13). Y tiene a los seres humanos como responsables por su destrucción (Gén.9:5,6). Dios está interesado especialmente en la protección de los indefensos (Prov. 24:11,12; Sant. 1:27). Por otra parte, Dios le da a los seres humanos la libertad de elección (Deut. 3:19, 20; Gál. 5:13), y nos llama en forma individual a hacer decisiones morales sobre la base de principios bíblicos (Hech. 17:11), siempre tratando de hacer la voluntad de Dios (Rom. 12:2).

La Iglesia Adventista quiere relacionarse con el tema del aborto de tal manera que le permita revelar su fe en Dios como el Creador y Sustentador de toda vida y reflejar la responsabilidad y la libertad cristianas, y plantea las siguientes declaraciones con respecto al aborto:

- La vida prenatal del ser humano es un don maravilloso de Dios. El ideal de Dios para el ser humano ratifica la santidad de la vida humana creada a la imagen de Dios, y requiere respeto para la vida antes del nacimiento. Sin embargo, las decisiones con relación a la vida deben hacerse en el contexto de un mundo caído. El aborto nunca es un acto de pocas consecuencias morales. Por lo tanto, la vida prenatal no debe destruirse imprudentemente. El aborto debe practicarse únicamente cuando existan motivos poderosos.
- El aborto es uno de los dilemas trágicos resultantes de la caída del ser humano. La iglesia debiera ofrecer el más benevolente apoyo a los que tienen que afrontar personalmente la decisión de un aborto. Las actitudes condenatorias son impropias de los que han aceptado el Evangelio. Como cristianos, estamos comisionados para ser una comunidad de fe llena de ternura y cariño, que ayude a los que se encuentran en crisis mientras consideran las alternativas.
- La iglesia no sirve de conciencia a los individuos; pero debiera proporcionar orientación moral. El aborto por razones de control de la natalidad, selección de sexo o conveniencia, no cuenta con el apoyo de la iglesia. Pero a veces las mujeres embarazadas pueden encarar circunstancias excepcionales que presenten dilemas morales, como amenaza para su vida, peligros graves a su salud, graves defectos congénitos cuidadosamente diagnosticados en el feto y embarazos como resultado de actos de violación o incesto. La decisión final

con respecto a la terminación de un embarazo la debe hacer la mujer embarazada, después de haber hecho las consultas debidas. Para asesorarla en su decisión, ella debe contar con las informaciones precisas, el conocimiento de los principios bíblicos y la dirección del Espíritu Santo. Además, estas decisiones se toman mejor dentro del contexto de las buenas relaciones familiares.

- Los cristianos reconocen que su responsabilidad ante Dios es de importancia primordial. Ellos buscan el equilibrio entre el ejercicio de su libertad individual y su responsabilidad ante la comunidad de la fe, y la sociedad en general y sus leyes. Ellos hacen sus decisiones basadas en las Escrituras y las leyes de Dios, en vez de las normas de la sociedad. Por lo tanto, cualquier intento por coaccionar a una mujer para que se quede embarazada o ponga fin al embarazo, debiera rechazarse como una violación de la libertad individual.
- Debiera proveerse a las instituciones de la iglesia con principios que les permitan desarrollar sus propias normas institucionales, de acuerdo con esta declaración. No se debe requerir a las personas que tengan objeciones religiosas o éticas en relación con el aborto, que participen en la realización de los mismos (IASD, 2014).

Los escritos de Elena de White son igualmente concluyentes, no es difícil seleccionar las citas de sus escritos para apoyar la opinión de que el aborto viola el propósito de Dios, y como tal es un acto pecaminoso. El siguiente es un ejemplo: "La vida es misteriosa y sagrada es la manifestación de Dios mismo, la fuente de toda la vida".

Menciona que Dios les ha dado un tabernáculo que cuidar y conservar en la mejor condición para su servicio y gloria. Sus cuerpos no les pertenecen. “¿o ignoráis que vuestro cuerpo es templo del espíritu santo? ¿No sabéis que sois templo de Dios, y que el espíritu de Dios mora en vosotros? Si alguno destruyere el templo de Dios, Dios lo destruirá a él; porque el templo de Dios, el cual sois vosotros santo es” (1 Cor.6:19; 3:16,17).

La obra especial de satanás en estos últimos días es posesionarse de la mente de la juventud, corromper los pensamientos e inflamar las pasiones; porque sabe que al hacer esto puede guiarlos a las acciones impuras e inmorales, y así denigrar todas las facultades de la mente, y luego puede dominarlos con sus propios propósitos.

Mi alma se aflige por los jóvenes que forman su carácter en esta era de degeneración. También tiemblo por sus padres, porque se me ha mostrado que en general no entiendan su obligación de educar a sus hijos en el camino por donde deben andar, muy pocos jóvenes están libres de hábitos corrompidos. Por ello es necesario evitar leer y mirar cosas que sugieran pensamientos impuros, cultiven los deberes morales e intelectuales. (White, 2007).

Orrego (2009) refiere que la vida de un niño no nacido aun debe respetarse por causa de la santidad de toda vida humana. El aborto nunca es una acción desprovista de consecuencias morales y nunca debe tomarse a la ligera. Sin embargo, cuando se le da la debida consideración, el aborto casi siempre tiene que ver con incesto, violación o una amenaza radical para la vida de la madre. Cualesquiera que sean las convicciones sobre este asunto, los cristianos no deberían mostrar actitudes de condenación para los que han pasado a través de este trauma de un aborto. La iglesia

debería ofrecer compasión y apoyo a los que hacen frente al dilema de un embarazo no deseado.

3. Marco Conceptual

3.1. Conocimiento

Desde el punto de vista filosófico, conocimiento es la relación que se establece entre un sujeto y un objeto, mediante la cual el sujeto capta mentalmente (aprehensión) la realidad del objeto (Botella, 2008).

Castañeda y Pérez (2005) mencionan que el conocimiento es un conjunto de información desarrollada en el contexto de una experiencia y transformada a su vez en otra experiencia para la acción. El conocimiento permite percibir escenarios nuevos y tomar decisiones.

Al analizar esta definición, se hace evidente el hecho de que todo conocimiento es propiciado por el propio hombre, depende de uno mismo el adquirir conocimientos a partir de las experiencias personales en las diferentes situaciones tanto académicas, laborales, sociales y culturales.

Conocimiento es “Acto o efecto de conocer” “Idea, noción” “Noticia, ciencia” “Práctica de vida, experiencia” “Discernimiento, criterio, apreciación” “Consciencia de sí mismo, acuerdo” “En el sentido más amplio, atributo general que tienen los seres vivos de regir activamente el mundo circundante, en la medida de su organización biológica y en el sentido de su supervivencia”. (Sanguino, 2003).

En la filosofía actual, se prefiere definir el conocimiento como «saber proposicional» o un «saber qué», analizando el uso de las palabras «conocer» o

«saber»; conocer, en este caso, consiste en saber que un enunciado es verdadero o falso, es decir, en un lenguaje corriente, para saber algo, es necesario que ello sea verdad, que lo creamos y que tengamos razones para creerlo (Narvaja & Canavessi, 2010).

El conocimiento es la capacidad individual para realizar distinciones o juicios en relación a un contexto, teoría o a ambos. La capacidad de emitir un juicio implica dos aspectos: la habilidad de un individuo para realizar distinciones y la situación de un individuo dentro de un dominio de acción generado y sostenido colectivamente (Segarra & Bou, 2005).

Según Mario Bunge el conocimiento se define como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenado, vago e inexacto, clasificándolos en conocimiento ordinario, como un conocimiento vago e inexacto limitado por la observación; y el conocimiento científico como racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia (Bunge, 1985).

Así mismo existe dos clases de conocimientos, el conocimiento como acto que es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental no físico; y el conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; éste conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de uno a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico (Salazar, 1988).

3.1.1. Tipos de conocimiento

Domínguez y Espeso (2002) mencionan que los tipos de conocimiento son tres

- **Conocimiento declarativo:** (Explícito) hace referencia a lo que saben los sujetos sobre sus propias acciones, es lo que dice el alumno. Respondería a la pregunta ¿qué?
- **Conocimiento procedimental:** este es el tipo de conocimiento que se utiliza cuando vamos a realizar una acción. Respondería a la pregunta ¿cómo?
- **Conocimiento afectivo:** hace referencia a una amplia gama de sensaciones que se experimenta de agrado, desagrado y sus reacciones. Si la experiencia es positiva, será cada vez más competente, pero si la experiencia es negativa, irán limitando su capacidad.

Según Rodríguez y Salmador (1999, citado en Sanguino, 2003) el conocimiento se clasifican en dos categorías principales:

- **Conocimiento explícito:** representando un conocimiento codificado, sistemático y que es transferible a través del lenguaje formal.
- **Conocimiento tácito:** exponente de un conocimiento personal, no articulado, implícito y difícil de formalizar y comunicar (incluyendo experiencias, acciones, valores, emociones e ideas).

3.1.2. Elementos del conocimiento

Según Bunge (1985) los elementos del conocimiento son tres:

- El sujeto que conoce o sujeto cognoscente.
- El conocimiento mismo, llámese esta representación, imagen, estructura.
- El objeto que es conocido u objeto conocido.

Todo conocimiento resulta del contacto entre un sujeto y un objeto. Del contacto surge la representación, imagen o estructura. El sujeto, por así decirlo produce la presentación, imagen o estructura, que recoge las características propias del objeto. El objeto es aprehendido “capturado” por el sujeto. Éste se somete al objeto y lo acoge sin alterarlo, respetando su independencia absoluta.

3.1.3. Características del conocimiento

Bunge (1985) menciona que todo conocimiento se caracteriza por ser:

- **Objetivo:** porque es una representación de las características que efectivamente poseen el objeto.
- **Necesario:** porque la representación o la idea del objeto es acertada, porque no puede ser de otro modo de cómo el objeto es en la realidad.
- **Universal:** porque es válido en principio para todos los sujetos cognoscentes, razón para la cual puede establecerse la comunidad del conocimiento.
- **Fundamentado:** porque la representación o idea que lo constituye está respaldada por pruebas empíricas o demostraciones lógico – matemáticas. Por ello una representación para ser aceptada como conocimiento requiere ser justificada, ya sea mediante deducciones, experimentos, documentos, etc.

Los adolescentes que no consiguen avanzar en su aprendizaje, parecen no ser capaces de pararse a pensar y conectar con su mundo interior y sus propios procesos de conocimiento, es como si hubieran paralizado su capacidad de aprender, percibir y mejorar, de aquí surge la importancia del conocimiento de las

acciones que hace referencia a los diversos tipos de conocimiento que los alumnos van almacenado en su memoria y que están muy relacionados con su competencia para moverse de forma hábil y eficaz (Newell y Barclay, 1982, citado en Domínguez y Espeso, 2002).

Orduz, Vallejo y Ayala (2012) menciona que la prosperidad de las sociedades de mayor calidad de vida en el mundo contemporáneo se basa en el conocimiento de sus habitantes. Ciudadanos, jóvenes y niños respetuosos, críticos, creativos y productivos, colaboradores entre sí, democráticos, amigables con el medio ambiente, son el factor clave para que, en una sociedad determinada, el conocimiento sea el factor principal en la creación de riqueza.

3.2. Actitud

Rodríguez (1987, citado en Barra, 1998) define a la actitud como "una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto" (p. 87).

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.

Según Prat y Soler (2003) se utiliza el término de actitud para hacer referencia a un pensamiento o un sentimiento positivo o negativo que tiene una persona hacia los objetos, hacia las situaciones o hacia otras personas; refiere que está relacionado con los sentimientos y las formas de actuar ante hechos o situaciones determinadas.

“Las actitudes son el proceso de conciencia individual que determina la actividad posible o real del individuo en el mundo social”. (Thomas y Znaniecki, 1918, citado en Ibañez, 2004).

“La actitud es la predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluar positiva o negativamente”. (Ortega & Velasco, 2006).

“Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí”. (Motta, 2009 p. 129).

Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios.

Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia. También los orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión en la que se denomina disonancia cognitiva.

Según Prat y Soler (2003) las actitudes son predisposiciones o tendencias para la acción, tienen un carácter relativamente estable pero que puede modificarse y en consecuencia son educables y se pueden aprender.

Por su parte Morales (2006, citado en Villalobos, 2011) distingue dos tipos de teorías sobre las actitudes, la teoría del aprendizaje y la teoría de la consistencia cognitiva: la primera de ellas, se basa en que cuando se aprende se reciben nuevos conocimientos de los cuales se intenta desarrollar ideas, sentimientos y conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables. Así mismo, la 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 se trata de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

Jares (2006, citado en Villalobos, 2011) al referirse a la adopción de normas, plantea que las personas a través de este proceso dan utilidad funcional a sus actitudes conceptuales; por tal motivo se han propuesto tres funciones psicológicas que proporciona la adopción de normas sobre las actitudes, las cuales son:

- a. Función defensiva: ante los hechos, situaciones, ideas, exigencias, que degrada las actitudes. Actúan como mecanismos de defensa para evitar dichas situaciones.
- b. Función adaptativa: las actitudes ayudan a alcanzar y evitar los objetivos no deseados, minimizando los castigos, las penalidades o sanciones; ejemplo: adoptar una actitud semejante a la del jefe, el cual exige el cumplimiento de algo, puede resultar funcional para conseguir simpatía, acercamiento, ascenso, otros.
- c. Función expresiva: supone que las personas tienen necesidad de expresar actitudes que refleje sus valores más relevantes sobre algo, alguien y/o sobre

sí mismo. Así, las actitudes ayudan a confirmar socialmente la validez de un concepto.

3.2.1. Componentes de las actitudes

Bajo esta forma tradicional de concebir las actitudes, se destacan tres componentes básicos: el cognitivo, el afectivo y el conductual. (Constenla, 2009). Villalobos (2011) por su parte menciona que de acuerdo al análisis de los conceptos se puede establecer que la mayoría de los autores coinciden en afirmar que en la actitud se pueden observar tres componentes: cognoscitivo, afectivo y conductual.

Según Carabús, Freiria y Scaglia (2004) las actitudes tienen tres componentes: lo cognitivo – perceptivo; lo afectivo emocional, y lo conativo o predisposición a actuar.

a. Componente cognitivo

Se refiere a que para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto la cual está formada por las percepciones y creencias hacia el objeto, así como por la información que tenemos sobre él. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto (Constenla, 2009).

Prat y Soler (2003) mencionan que las actitudes son conjuntos de creencias, valores conocimientos o expectativas, relativamente estables y el componente cognitivo es en el que más fácilmente se puede incidir en la enseñanza, y suele ser congruente con la actitud respectiva.

Según Motta (2009) 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.

b. Componente afectivo

Es el sentimiento a 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, en que las últimas se caracterizan por su componente cognoscitivo (Constenla, 2009). Por su parte Prat y Soler (2003) mencionan que la actitud tiene una carga afectiva, asociada a los sentimientos que influyen en cómo se percibe el objeto de la actitud y estas pautas de valoración acompañadas de sentimientos agradables o desagradables, se activan ante la presencia del objeto o situación.

Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto. El componente afectivo de las actitudes viene mejor definido por ser sentimiento que emoción (Motta, 2009).

c. Componente reactivo

Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud (Constenla, 2009); se trata de la disposición o tendencia a actuar favorable o desfavorablemente (Prat & Soler, 2003).

Son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. Para intentar predecir conducta habría que tener conocimiento sobre la parte actitudinal, necesidades del sujeto, normas morales y sociales del momento que guían el comportamiento, tener constancia de factores contextuales. Las actitudes ayudan como predictores de comportamiento, pero no es una relación directa causa-efecto, sino una predisposición (Motta, 2009).

3.2.2. Características de las actitudes.

Lucini (1992, citado en Prat & Soler, 2003) destaca como principales características de las actitudes las siguientes:

- a. Las actitudes no son innatas, sino que se adquieren, se aprenden, se modifican y maduran; son educables como los valores.
- b. Son predisposiciones estables, es decir, son estados personales adquiridos de forma duradera.
- c. Tienen un carácter dinámico, entran menos en el campo de los ideales y de las creencias, y son, contrariamente, mucho más funcionales y operativas. Esta característica implica que las actitudes tienen que realizarse en la acción, es decir, en estrecha y permanente relación con todas las actividades que el estudiante realiza en el ámbito escolar.
- d. Las actitudes se fundamentan en los valores, lo que implica que los valores se expresan, se concretan y se alcanzan con el desarrollo de las actitudes.
- e. Las actitudes tienen un carácter bastante fijo, estable, no se trata de simples opiniones (Motta, 2009).

De las definiciones y características atribuidas al concepto de actitud, se puede deducir que las actitudes no son innatas, sino que se adquieren, por lo tanto, son susceptibles de ser modificadas, educadas y desde la escuela se puede intervenir, aunque se trate de disposiciones relativamente estables.

La actitud de los estudiantes es muy importante en todo proceso educativo y sumamente relevante ante el método científico, es lamentable como en la actualidad el educando se muestra apático ante cualquier investigación puesto que un alto porcentaje de la población estudiantil no cuenta con las herramientas necesarias para el desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico, aunado a la complejidad con la que lo presentan muchos docentes, acompañado de una falta de formación en cuanto al proceso metodológico y procesamiento de información en trabajos de investigación (Villalobos, 2011).

Jares (2006, citado en Villalobos, 2011) refiere que es importante la función del docente en la formación de actitudes, pues para este es muy significativo el clima de la clase en relación con el aprendizaje, porque ellas están orientadas a la relación e innovación y aumentar su satisfacción, así como el interés por los contenidos de la materia así como su desarrollo personal (independencia, autoestima y creatividad).

3.3. Aborto

Gonzáles, Laílla, Fabre y Gonzáles (2013) mencionan que según la definición clásica, aborto es la finalización de la gestación antes de que el feto alcance la edad gestacional suficiente para sobrevivir fuera del claustro materno. Esta definición es

imprecisa debido a que no aporta ningún dato objetivo que limite con exactitud un aborto de un parto inmaduro.

El aborto es entendido como la interrupción provocada del desarrollo del embrión, como una alternativa frente a una crisis y como una coyuntura que genera dilemas. La crisis ocurre por la presencia de un embarazo no planificado. En tal momento se debe tomar la decisión de interrumpir la gestación o seguir con ella y tener un hijo (Delgado, 2009).

Según La Organización Mundial de la Salud, define al aborto como la terminación del embarazo, cualquiera que sea su causa, antes de que el feto esté capacitado para la vida extrauterina. Por aborto espontáneo se entiende la terminación de un embarazo sin una intervención deliberada, mientras que se habla de aborto inducido o provocado cuando la terminación del embarazo se debe a una intervención hecha deliberadamente con esa finalidad (Palomino, 2009).

Bosquet define el aborto como “la finalización de la gestación antes de que el feto alcance la edad gestacional suficiente para sobrevivir fuera del claustro materno” (González-Merlo, Lailla, Fabre, & González, 2006, p.435).

El aborto, “es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un feto menor de 500 gr y con una medida total de 20 centímetros o con una medida de la coronilla al coxis de 16,5 centímetros” (Gutiérrez-Ramos, 2005, p. 80).

A partir de lo expuesto se define al aborto inducido a la interrupción del embarazo antes de que el feto pueda desarrollar vida independiente. Los fetos expulsados con menos de 0,5 kg. de peso o 22 semanas de gestación se consideran abortos.

3.3.1. Historia del aborto

(Sánchez, 2013) menciona que la historia a la despenalización del aborto comenzó en Occidente hace menos de un siglo, ha sido el resultado de un proceso histórico de desarrollo de los condicionamientos económicos, sociales y culturales; y no como consecuencia de argumentos teológicos, filosóficos o biológicos puros. La despenalización del aborto en los países occidentales es inseparable del estilo de vida y los valores económicos, sociales y culturales que constituyen el estado de bienestar.

Las leyes depenalizadoras del aborto pueden ser de dos tipos: deplazo (fijar un plazo por debajo del cual el aborto libre queda despenalizado) o de supuestos (en los que el aborto deja de ser punible). En España en 1985 se aprobó una ley orgánica, de supuestos, que despenalizaba el aborto en las siguientes circunstancias:

- a. Grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada.
- b. Violación denunciada oportunamente, y en las primeras doce semanas.
- c. Feto con graves taras físicas o psíquicas en las primeras 22 semanas.

3.3.2. Clasificación clínica del aborto

Según Neira (2002) la clasificación clínica del aborto según su origen pueden ser:

- a. **Aborto espontáneo o involuntario.** Es aquel en el cual no interviene la voluntad de la madre o terceros. El aborto espontáneo es causado por alguna anomalía en el feto o la placenta y por causas involuntarias.

Carece de intención y no puede catalogarse dentro de los juicios morales de la ética médica.

Un aborto involuntario es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 del embarazo. Pérdida del embarazo después de 20 semanas se llama muerte fetal. Un aborto espontáneo también se denomina aborto natural y se refiere a los hechos que ocurren naturalmente y no a abortos terapéuticos o abortos quirúrgicos.

La mayoría de los abortos espontáneos son causados por problemas cromosómicos que hacen imposible el desarrollo del bebé. Por lo regular, estos problemas no tienen relación con los genes del padre o de la madre.

Según Schorge, et al. (2009) los aspectos clínicos del aborto espontáneo se puede clasificar en:

- **Amenaza de aborto.-** Se sospecha de este diagnóstico cuando aparece secreción hemática o hemorragia vaginal a través del orificio cervicouterino cerrado durante la primera mitad del embarazo.
- **Aborto inevitable.-** La rotura de las membranas, que se manifiesta por la salida del líquido amniótico, en presencia de dilatación del cuello uterino, indica un aborto casi seguro.
- **Aborto incompleto.-** Cuando la placenta, completa o en partes, se separa del útero, sangra. Durante el aborto incompleto, el orificio cervicouterino interno se abre y permite la salida de sangre. El feto

y la placenta pueden permanecer dentro del útero o bien salir parcialmente a través del orificio dilatado.

- **Aborto retenido.-** Falla embrionaria temprana, se utilizaba para describir a los productos muertos de la concepción que eran retenidos durante varios días, semanas o incluso meses dentro del útero con un orificio cervicouterino cerrado. El aborto espontáneo casi siempre es precedido por la muerte embrionaria, por lo que la mayor parte se denomina “retenido”.
- **Aborto séptico.-** Cuando se infectan los productos de la concepción y los órganos pélvicos.
- **Aborto recurrente.-** También conocido como aborto espontáneo recurrente o aborto habitual, se define como la presencia de tres o más abortos consecutivos a las 20 semanas de gestación o con un peso fetal menor de 500g.

b. Aborto inducido provocado o voluntario. Es el resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Este puede ser en un contexto de legalidad o ilegalidad.

3.4. Causas del aborto

Para comprender la naturaleza del aborto, es importante entender que tanto el embarazo como el aborto entrañan riesgos, y la presencia de un aborto puede estar vinculado al azar, o en otros casos la presencia del aborto es una intervención voluntaria. Se tiene que entender el tema de la variabilidad individualidad; los seres humanos son todos diferentes, de modo, que un embarazo deseado y esperado puede

devenir en un aborto espontáneo, o también que un embarazo no deseado pueda terminar en un parto de un niño deseado o no, dependiendo de las variables que acontezca en ese momento.

Según González et al. (2013) la etiopatogenia en la mayoría de los casos es difícil establecer cuál es la causa de la interrupción del embarazo; sin embargo, existen numerosas situaciones que favorecen un aborto espontáneo, entre las causas tenemos:

- a. Causas ovulares.-** Se refiere a las anomalías que afectan al embrión y/o a la placenta y que pueden influir negativamente en el desarrollo de la gestación, entre ellas tenemos: las anomalías cromosómicas, anomalías genéticas, alteraciones del desarrollo del embrión y la placenta.
- b. Causas maternas.-** sobre estas causas adiferencias de las ovulares, si se detectan previamente, es posible actuar para disminuir el riesgo de que el aborto espontáneo se presente o se repita, entre las causas tenemos: causas uterinas (malformaciones, posiciones anómalas, insuficiencia cervical, mioma, sinequias intrauterinas), causas inmunológicas (lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido, trombofilias), causas endocrinas (hipotiroidismo, diabetes, insuficiencia de la fase lútea), infecciones, traumatismos y otros factores como la amniocentesis.

3.5. Aborto Inducido

Según la Organización Mundial de la Salud, el aborto provocado es definido como el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Estas maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona.

Neira (2002) llama aborto inducido a la interrupción de un embarazo provocada intencionalmente, ya sea por medicamentos, o por una intervención mecánica.

Este tipo de aborto consiste en la interrupción del embarazo antes que el feto sea viable, a petición de la mujer, pero no originado por deficiencia de la salud de la mujer embarazada o enfermedad del feto.

Es un tema de grandes debates, ya que en él están en juego muchos factores éticos, morales, sociales y hasta religiosos; ya sea para la mujer o la pareja que no quieren o no pueden vivir dicho embarazo, como para la vida que se gesta en el vientre de la madre.

Cada país tiene sus leyes respecto al aborto inducido. En algunos países es legal interrumpir un embarazo si este pone en riesgo la vida de la madre, si el feto presenta malformaciones congénitas graves e irreversibles o embarazos por relaciones sexuales forzadas. En otros países todos los abortos son legales.

Schorge et al. (2009) clasifica el aborto inducido en:

- a. Aborto terapéutico.-** Algunas indicaciones para la interrupción prematura del embarazo son la descompensación cardiaca persistente, la vasculopatía, hipertensión avanzada y el carcinoma invasor del cuello uterino. Otra indicación frecuente es para prevenir el nacimiento de un feto con alguna deformidad anatómica o mental considerable.
- b. Aborto programado (voluntario).-** Es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad por solicitud de la mujer, mas no por razones médicas, se denomina por lo general aborto programado o voluntario.

Según Inostroza y Quezada (2012) el aborto provocado propiamente tal: Es el aborto ilegal o criminal, en el cual el único fin es la interrupción del embarazo por razones personales de la madre o por una persona a quien la ley le prohíbe la realización de este procedimiento.

Aborto inducido legal: Es aquella interrupción provocada del embarazo, pero que es realizado en un entorno médico, con garantías jurídicas y sanitarias. Se pueden dividir en:

- a. **Aborto libre:** Es el realizado bajo el supuesto de que la madre tiene derecho a interrumpir el embarazo por razones personales, especialmente cuando no es deseado.
- b. **Aborto eugenésico:** Cuando se elimina el feto porque hay una alta probabilidad o certeza de que va a nacer con defectos importantes o no va a sobrevivir una vez que nazca.
- c. **Aborto terapéutico o por razones médicas:** Es el que se practica con el fin de preservar la salud o la vida de la madre en aquellos casos en que la continuación del embarazo podría incrementar a niveles críticos el riesgo de muerte materna.
- d. **Aborto por motivaciones mixtas:** Se realiza cuando existe la necesidad de eliminar embriones en embarazos múltiples producidos por fertilización in vitro o por métodos inductores de ovulación.

El aborto no solo afecta al feto, también, sea la técnica que se emplee, es riesgoso para la madre y los tipos de aborto y sus complicaciones en la mujer son:

- a. **El aborto por succión y legrado:** Produce infección, trauma de cérvix, peritonitis, endometritis, laceración o perforación del útero, hemorragia, trauma renal, inflamación de la pelvis, embolismo, trombosis, esterilidad, etcétera.
- b. **El aborto por dilatación y curetaje:** Puede producir perforación uterina, hemorragia, infección del tracto genital, laceración intestinal, absceso pélvico y trombo embolismo.
- c. **El aborto por dilatación y evacuación:** Causa infección pélvica, renal, de la cérvix e infección peritoneal. Además, puede provocar que la mujer tenga futuros embarazos ectópicos, que el bebé nazca con un peso por debajo del normal, o incluso nacidos muertos, o con serias malformaciones.
- d. **Un aborto por inyección salina:** La ruptura del útero, embolismo pulmonar o coágulos intravasculares
- e. **El aborto extracción menstrual:** Se practica en las primeras siete semanas del embarazo. A veces se realiza una aspiración incompleta que provoca una posterior infección.
- f. **El aborto a causa de la prostaglandinas:** Puede provocar la ruptura del útero, sepsis, hemorragias, paro cardíaco, vómito y aspiración de éste, embolia cerebral y fallo renal agudo.
- g. **El aborto a causa de la Mifeprex o Mifepristona:** Este tipo de aborto genera una infección bacteriológica y hasta una sepsis sanguínea lo que causaría a realizar una cirugía y en caso extremo: la muerte de la madre.

h. La píldora del día siguiente: Puede causar alteraciones patológicas vasculares, como hemorragias, micro hemorragias, spotting (Cuidado infantil, 2008).

3.5.1. Causas de aborto inducido

Se estima que en América Latina entre el 40% a 60% de los embarazos no son planificados, siendo la mayoría no deseados aproximadamente la mitad de ellos termina en aborto; en el Perú se estima que del total de embarazos (aproximadamente un millón), el 40% termina en nacimiento deseado, el 25% en nacimiento no deseado y el 35% en aborto inducido. Las causas de que las mujeres no deseen el embarazo pueden ser de tipo social, económico, físico o de otra naturaleza, pero todas ellas son de carácter individual, y por lo tanto, el peso o la importancia que se le dé dependerá única y exclusivamente de cada una de las mujeres. Entonces es muy complejo saber que lleva a las mujeres a decidir interrumpir una gestación, tendríamos que ponernos en la situación de cada una de ellas para entender las circunstancias a las que se enfrentan individualmente (Gutiérrez-Ramos, 2005).

3.5.2. Consecuencias del aborto inducido

La salud psicológica y física de la mujer se ve afectada por el aborto de aquel que siempre será para ella, a lo largo de toda su vida, su propio hijo, haya o no nacido.

La vida sexual de la mujer y de la pareja en sí también se ve afectada. Se han descrito graves alteraciones en las relaciones sexuales y en el deseo sexual de

numerosas mujeres que abortaron voluntariamente en estudios de la Universidad de Ginebra, en Polonia y en China.

A continuación un listado de otras posibles consecuencias psicológicas que conlleva el aborto provocado (Paredes, 2014) .

- Sentimiento de culpabilidad.
- La mujer presenta reacciones de hostilidad, de enojo o de tristeza.
- Desea castigarse buscando relaciones abusivas o aislándose de sus amigos y familia.
- Algunas mujeres experimentan anorexia nerviosa.
- Experimentan insomnio, pensando en el aborto o en el bebé.
- Pierden la capacidad de concentrarse, en los estudios o en el trabajo.
- Planteamientos suicidas e intentos de suicidio
- Sienten la necesidad de reemplazar al niño abortado y tratan de embarazarse nuevamente cuanto antes posible para tener un nuevo bebé que reemplace al que fue abortado.
- Algunas mujeres sienten odio hacia sus parejas a los cuales culpan por el aborto.

Según Moreau (2005, citado por Schorge et al., 2009) las consecuencias del aborto inducido o programado en un estudio francés con casos y testigos encontró una frecuencia de 1.5 veces mayor de partos prematuros (22 a 32 semanas) en las mujeres con antecedentes de un aborto inducido.

3.6. Legalización del aborto

Inostroza y Quezada (2012) En Latinoamérica, por su parte, los países que permiten a las mujeres interrumpir su embarazo en forma libre y voluntaria son sólo dos, Cuba y Puerto Rico. En Cuba la mujer puede acceder a un aborto sin importar su motivación, siempre y cuando éste sea practicado por un médico en un centro de salud oficial. Además la ley exige la autorización de las autoridades sanitarias si el feto tiene más de 10 semanas de gestación. Si la madre es soltera y menor de edad, requiere el consentimiento paterno. Por su parte, Puerto Rico, al ser un Estado libre y asociado de Estados Unidos, se acoge a sus normas federales, siguiendo para estos efectos el mandato del Tribunal Supremo que impide a los estados prohibir el aborto solicitado por la madre gestante por cualquier motivo, antes de la viabilidad fetal.

Según Sánchez (2013) en el siglo XX tuvo lugar la despenalización y legalización del aborto en el seno de tres diferentes conceptos de la vida:

- Países comunistas: instauraron razones sociales y de planificación demográfica.
- Países nacionalsocialistas: implantaron razones eugenésicas.
- Países occidentales: fueron los países escandinavos los que iniciaron el movimiento, intentando proteger la salud de la madre en un sentido amplio que incluía el bienestar físico, mental y social.

La legalización del aborto en el Perú, todo aborto con excepción del aborto terapéutico está penalizada con pena privativa de libertad, en el artículo 119 del código penal, se aprueba el aborto terapéutico, sólo en condiciones específicas.

Según el Código Penal - Decreto Legislativo N° 635, promulgado el 03 abril de 1991 y publicado el 08 de abril de 1991, en el Libro Segundo: Parte Especial – Delitos, Título I: Delitos Contra la Vida el Cuerpo y la Salud (Artículo 106 al 129) en el Capítulo II Aborto (Artículo 114 al 120), menciona lo siguiente:

- **Artículo 114.- Autoaborto.** La mujer que causa su aborto, o consiente que otro le practique, será reprimida con pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de cincuentidós a ciento cuatro jornadas.
- **Artículo 115.- Aborto consentido.** El que causa el aborto con el consentimiento de la gestante, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años. Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado, la pena será no menor de dos ni mayor de cinco años.
- **Artículo 116.- Aborto sin consentimiento.** El que hace abortar a una mujer sin su consentimiento, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de cinco años. Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado, la pena será no menor de cinco ni mayor de diez años.
- **Artículo 117.- Agravación de la pena por la calidad del sujeto.** El médico, obstetra, farmacéutico, o cualquier profesional sanitario, que abusa de su ciencia o arte para causar el aborto, será reprimido con la pena de los artículos 115 y 116 e inhabilitación conforme al artículo 36, incisos 4 y 8.

- **Artículo 118.- Aborto preterintencional.** El que, con violencia, ocasiona un aborto, sin haber tenido el propósito de causarlo, siendo notorio o constándole el embarazo, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años, o con prestación de servicio comunitario de cincuentidós a ciento cuatro jornadas.
- **Artículo 119.- Aborto terapéutico.** No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente.
- **Artículo 120.- Aborto sentimental y eugenésico.** El aborto será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres meses:
1. Cuando el embarazo sea consecuencia de violación sexual fuera de matrimonio o inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera de matrimonio, siempre que los hechos hubieren sido denunciados o investigados, cuando menos policialmente; o 2. Cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico.

En 2014, mediante la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA y visto, el Expediente N° 14-065892-001, que contiene el Informe N° 040-2014-DGSP-DAIS ESNSSYR/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, se aprueban la “Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal”.

Según Sánchez (2013) los motivos que justifican la práctica del aborto o la interrupción del embarazo fue alegando alguno de los siguientes puntos:

- Necesidad de salvar la vida de la madre.
- Proteger la salud física y/o mental de la madre.
- Proteger la reputación o el futuro social de la madre.
- Corregir graves injusticias.
- Prevenir el nacimiento de niños malformados.
- Reconocer el derecho de la mujer.
- Aliviar problemas económicos, sociológicos y demográficos.
- Evitar los peligros abortos clandestinos.

En la actualidad, los códigos deontológicos tienden a no hacer ninguna declaración oficial sobre la moralidad del aborto. Pero suelen mantener los siguientes puntos:

- a. Todo médico debe poder practicar la objeción de conciencia.
- b. Sólo en casos de urgencia estaría obligado un médico a salvar la vida de la madre a costa de la del feto.
- c. No se deben dar consejos ni recomendaciones tendenciosas a las mujeres embarazadas, que sólo reflejen el punto de vista del médico.
- d. Se debe informar a la mujer sobre los derechos que el estado le otorga en materia de aborto.

3.7. La adolescencia

La adolescencia es el periodo durante el cual la persona se vuelve física y psicológicamente madura y adquiere una identidad personal. Al final de este periodo

crítico de desarrollo, la persona debe estar preparado para entrar en la adultez y asumir sus responsabilidades. El periodo de la adolescencia suele subdividirse en tres fases: la adolescencia temprana, que dura desde los 12 a los 13 años; adolescencia media, que se extiende desde los 14 a los 16 años y la adolescencia tardía, que abarca desde los 17 hasta los 18 o 20 años. La adolescencia tardía es una fase más estable que las otras dos. En la última etapa, los adolescentes se dedican principalmente a planificar su futuro y coseguir su independencia económica (Berman & Snyder, 2013).

Según Burroughs y Leider (2008) la adolescencia es el periodo de transición de la infancia a la vida adulta, implica cambios, de modo que con frecuencia los adolescentes tienen una sensación de estrés y ansiedad. El adolescente enfrenta a tareas de desarrollo que varían ligeramente según la cultura, las principales son:

- a. Desarrollo de identidad.
- b. Desarrollo de autonomía e independencia.
- c. Desarrollo de intimidad en una relación.
- d. Desarrollo de bienestar con su propia sexualidad.
- e. Desarrollo del sentido de logro.

Según Berman y Snyder (2013) dividen el desarrollo del adolescente de la siguiente manera:

- a. **Desarrollo físico:** el crecimiento acelerado durante la pubertad se denomina brote de crecimiento adolescente. En los chicos, este crecimiento suele producirse entre los 12 y los 16 años, mientras que en las chicas empieza antes, generalmente entre los 12 y los 14 años, por lo que muchas chicas son

más altas que los chicos durante este periodo. El crecimiento físico se aprecia primero en el sistema musculoesquelético, que sigue un patrón secuencial: primero crecen la cabeza, las manos y los pies hasta llegar a su tamaño adulto, y después las extremidades alcanzan su tamaño de adulto. Puesto que las extremidades crecen antes que el tronco, los adolescentes parecen patilargos, torpes y descordinados. Una vez que el tronco termina de crecer, crecen los hombros, el pecho y las caderas. Las proporciones del cráneo y los huesos faciales también cambian: la frente se hace más prominente y las mandíbulas se desarrollan.

- b. Desarrollo psicosocial:** La tarea psicosocial del adolescente consiste en establecer su identidad, la incapacidad para establecer una entidad laboral suele preocupar mucho a los adolescentes, también pueden tener dudas sobre su identidad sexual, aunque es menos frecuente. Generalmente los adolescentes se interesan por su cuerpo, su aspecto y sus habilidades físicas. La forma de peinarse, cuidarse la piel y la ropa se vuelven muy importantes.
- c. Desarrollo cognitivo:** La capacidad cognitiva madura durante la adolescencia, entre los 11 y los 15 años, la característica principal de esta etapa es que las personas pueden pensar más allá del presente y más allá del mundo real, los adolescentes son muy imaginativos e idealistas. Los adolescentes tienen mucha capacidad para absorber y utilizar conocimientos para solucionar problemas diarios y pueden hablar con los adultos sobre la mayoría de los temas, seleccionan sus propias áreas de aprendizaje; exploran los intereses a partir de los cuales pueden planificar una carrera. Los hábitos de estudio y la capacidad de aprendizaje que se desarrollan en la adolescencia se utilizan durante toda la vida.

- d. Desarrollo moral:** Los adolescentes examinan sus valores, sus normas y sus reglas morales, empiezan a cuestionarse las reglas y las leyes de la sociedad. La forma de pensar y la forma de actuar correctas se convierten en una cuestión de valores y opiniones personales, que pueden entrar en conflicto con las leyes sociales. Los adolescentes consideran la posibilidad de cambiar racionalmente las leyes y dar más importancia a los derechos individuales.
- e. Desarrollo espiritual:** Cuando los adolescentes se encuentran con distintos grupos de la sociedad, entran en contacto con una gran variedad de opiniones, creencias y conductas en relación con los temas religiosos, suelen pensar que las distintas creencias y prácticas religiosas tienen más similitudes que diferencias, la atención del adolescente se centra en los temas interpersonales más que en los conceptuales.

3.7.1. Embarazo y aborto en la adolescencia

Smith & Maurer (2000, citado en Burroughs & Leider, 2008) menciona que casi el 40% de todos los embarazos en la adolescencia terminan en aborto, que no es una sencilla decisión sencilla para la mayoría de los adolescentes.

Según Burroughs & Leider (2008) a esta edad quizá se evite tener conversaciones con los padres acerca de la sexualidad porque consideran que éstos mandan mensajes negativos (advertencias) acerca del sexo, lo cual provoca sentimientos de ambivalencia, culpa y temor. La introducción de los medios visuales en el hogar a través de la televisión, el cine y los videos crea un ambiente en que el adolescente observa actividades sexuales y se forma una idea acerca de la sexualidad; algunos confunden lo que se muestra en los medios con normas morales o de aceptación pública.

El embarazo juvenil sigue siendo la causa número uno de la deserción escolar entre las adolescentes. La actividad sexual a menudo se acompaña de bajo rendimiento escolar. Los efectos del embarazo en adolescentes se dividen especialmente en dos grupos, que a continuación detallaremos:

- a. Riesgos para el recién nacido.-** Dos riesgos importantes, nacimiento prematuro y bajo peso al nacer. Las adolescentes muy jóvenes no están preparadas emocionalmente para criar a un recién nacido. Los neonatos de alto riesgo, prematuros y de bajo peso al nacer exigen todavía más cuidados que un recién nacido a término de tamaño medio.
- b. Riesgos para la madre adolescente.-** Muchos adolescentes adoptan conductas de alto riesgo para establecer su independencia; consumen tabaco, drogas, alcohol, y tienen actividad sexual, que culmina en embarazo y enfermedades de transmisión sexual.

3.8. Responsabilidades del profesional de enfermería

Es posible que las jóvenes nieguen la realidad de su embarazo o no lo digan a sus padres por temor a violencia o falta de apoyo. La asesoría profesional es esencial para evitar consecuencias psicológicas graves más adelante.

Según Burroughs & Leider (2008) el profesional de enfermería debe conocer a fondo las etapas de desarrollo tanto físicas como emocionales de los adolescentes. Las estrategias de intervención que pueden ayudar a los adolescentes en su comportamiento sexual incluyen confrontarlos y hacerlos conscientes de que pueden elegir o controlar los comportamientos riesgosos; establecer su sensación de control para ayudarles a tomar las decisiones adecuadas; inculcarles preocupación por el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual para fomentar el uso del condón o

la abstinencia y cambiar el diálogo de consecuencias negativas a una exposición de ideas positivas sobre el sexo seguro asumiendo una actitud responsable, madura y con menos preocupaciones.

3.9. Desarrollo embrionario

Según Guyton y Hall (2011) el desarrollo de los sistemas orgánicos un mes después de la fecundación del óvulo comienzan a aparecer las características macroscópicas de los distintos órganos fetales y en los siguientes 2 a 3 meses se establecen con carácter definitivo casi todos los detalles de los distintos órganos. El desarrollo fetal por sistemas se detallará a continuación:

- a. Aparato circulatorio.** El corazón humano comienza a latir 4 semanas después de la fecundación y se contrae con una frecuencia de alrededor de 65lpm, cifra que aumenta de forma constante hasta alcanzar los 140lpm inmediatamente antes del nacimiento.
- b. Formación de las células sanguíneas.** Hacia la tercera semana de desarrollo fetal comienzan a formarse eritrocitos nucleados en el saco vitelino y en las capas mesoteliales de la placenta. Una semana más tarde (a las 4-5 semanas), el mesénquima fetal y el endotelio de los vasos sanguíneos fetales elaboran eritrocitos no nucleados. A continuación, a las 6 semanas, el hígado comienza a formar células sanguíneas y en el tercer mes lo hacen el bazo y otros tejidos linfáticos del organismo. Por último, a partir del tercer mes la médula ósea se convierte poco a poco en la principal fuente de eritrocitos y de casi todos los leucocitos, aunque el tejido linfático continúe produciendo linfocitos y células plasmáticas.

- c. Aparato respiratorio.** Durante la vida fetal no existe respiración, ya que el saco amniótico no contiene aire. No obstante, al final del primer trimestre de la gestación comienzan a producirse intentos de movimientos respiratorios, causados especialmente por estímulos táctiles y por la asfixia fetal. La inhibición de la respiración durante los últimos meses de la vida fetal evita que los pulmones se llenen de líquido y de desechos del meconio excretado por el feto al líquido amniótico a través del tubo digestivo.
- d. Sistema nervioso.** La organización del sistema nervioso central se completa en los primeros meses de gestación. Pero su desarrollo completo e incluso la mielinización total no tiene lugar hasta después del parto.
- e. Aparato digestivo.** Hacia la mitad de la gestación, el feto ingiere líquido amniótico y excreta meconio por el tubo digestivo. El meconio está compuesto por residuos del líquido amniótico, restos y productos de desecho del epitelio del tubo digestivo. En los 2 o 3 meses finales del embarazo, la función del tubo digestivo se acerca a la madurez.
- f. Los riñones.** Los riñones fetales pueden formar orina comenzando en el segundo trimestre, y el feto orina durante la mitad posterior de la gestación. La capacidad de los riñones para regular con precisión la composición del líquido extracelular no se desarrolla por completo hasta varios meses tras el nacimiento.

Según Sánchez (2013) las teorías biomédicas no pueden pronunciarse sobre el momento en que el embrión es una persona, porque el concepto de persona no es elaborado desde la biología. Los siguientes criterios biológicos han sido utilizados

para delimitar el momento de aparición de una vida biológica específicamente humana:

- a. Criterios de unicidad y suficiencia.-** consideran humana cualquier entidad diferenciada y única que tiene un programa interno capaz de dirigir su propio desarrollo hacia la constitución de un ser humano, se considera que ocurre en los siguientes momentos:

Fecundación: que une los 46 cromosomas humanos necesarios.

Inviabilidad de los fragmentos separados: durante los primeros días el embrión puede fragmentarse y generar más de un ser humano.

Nidación: aparece la diferenciación histológica.

- b. Criterios morfológicos.-** declaran humano al organismo que tiene forma humana y órganos específicamente humanos que consiste en:

Sistema nervioso: diferenciado (3ra – 6ta semana).

Forma exterior humana y organogénesis: establecida (6ta – 8va semana).

Actividad cerebral: eléctrica (8va semana).

- c. Criterios de independencia individual.-** viabilidad extraútero (tras el 6to mes).

4. Teoría y modelo de enfermería

Según Raile y Marriner (2011) la teoría de Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo, puso de relieve el arte de la enfermería y propuso 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería; que a continuación mencionaremos:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos corporales
4. Moverse y mantener posturas deseables
5. Dormir y descansar
6. Seleccionar ropas adecuadas: vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesiones a otros
10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones
11. Rendir culto según la propia fe
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleve al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Con referencia a lo mencionado, es que se toma la teoría de Virginia Henderson, teniendo como base 3 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería:

- a. Evitar los peligros del entorno y evitar lesiones a otros.
- b. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones.
- c. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleve al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Una de las competencias fundamentales del profesional de enfermería es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación, que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios.

5. Definición de términos

5.1. Conocimiento

Es la relación que se establece entre un sujeto y un objeto, mediante la cual el sujeto capta mentalmente (aprehensión) la realidad del objeto (Botella, 2008).

5.2. Actitud

Rodríguez (1987, citado en Barra, 1998) define a la actitud como "una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto.

5.3. Aborto

Según La Organización Mundial de la Salud, define al aborto como la terminación del embarazo, cualquiera que sea su causa, antes de que el feto esté capacitado para la vida extrauterina (Palomino, 2009).

5.4. Aborto inducido

Es el resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Este puede ser en un contexto de legalidad o ilegalidad (Neira, 2002).

CAPÍTULO III

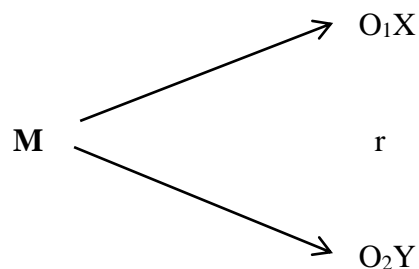
Material y Métodos

1. Metodología de la investigación

El presente estudio corresponde al tipo de investigación correlacional, Se utiliza cuando se tiene como propósito conocer la relación existente entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. Asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo de pobladores. Ofrecen predicciones, explican la relación entre variables y cuantifican relaciones entre variables (Hernandez, Fernández, & Baptista, 2010).

Según Hernández et al. (2010) y Valderrama (2002) el diseño de la investigación es no experimental de corte transversal; ya que no existe manipulación activa de alguna variable y se busca establecer la relación de variables medidas en una muestra en un único momento del tiempo.

Charaja (2004) plantea el siguiente bosquejo para los trabajos los trabajos correlacionales.



Donde:

M = Muestra de estudiantes de la I.E. G.U.E. Las Mercedes.

X = Conocimiento sobre aborto inducido.

Y = Actitudes sobre aborto inducido.

r = Correlación entre dos variables de estudio.

O₁ = Evaluación de conocimiento sobre aborto inducido.

O₂ = Evaluación sobre actitudes sobre aborto inducido.

2. Hipótesis de la investigación

2.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre conocimientos y actitudes hacia aborto inducido en adolescentes del 5to año de educación secundaria de la Gran Unidad Escolar Las Mercedes, Juliaca – 2015.

3. Variables de investigación

3.1. Identificación de las variables

Primera variable de estudio: Conocimiento sobre aborto inducido.

Segunda variable de estudio: Actitudes hacia el aborto inducido.

3.2. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Primera variable Conocimiento sobre aborto inducido	Es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que presenta una persona.	Es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados acerca de los aspectos generales del aborto inducido, así como de las causas y consecuencias.	Definición	Conocimiento general acerca del aborto inducido.	(9 a 14 puntos) Nivel alto
			Causas	Conocimientos acerca de las causas del aborto inducido	(4 a 8 puntos) Nivel medio
			Consecuencias	Conocimientos acerca de las consecuencias del aborto inducido	(0 a 3 puntos) Nivel bajo
Segunda variable Actitudes sobre aborto inducido	Pensamiento o sentimiento positivo o negativo que tiene una persona hacia objetos, situaciones u otras personas.	Pensamiento o un sentimiento positivo o negativo que tiene una persona hacia el aborto inducido.	Actitud	Son las disposiciones hacia la práctica del aborto inducido que tienen los adolescentes de la Institución Educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes	De 70 a 90 puntos: actitud de rechazo. De 56 a 69 puntos : actitud de indiferencia De 18 a 55 puntos: actitud de aceptación

4. Delimitación geográfica y temporal

La presente investigación se realizó con estudiantes del 5to grado de educación secundaria de la I.E. Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca, matriculados en el año lectivo 2015, la población de estudio es de ambos sexos, las edades oscilan entre 15 y 18 años; la institución educativa se encuentra ubicada en el departamento de Puno - Perú, Provincia de San Román, Juliaca.

5. Población y muestra

5.1. Población

La población está conformada por 384 estudiantes del 5to grado de educación secundaria, la población es de ambos sexos, distribuidos en 10 secciones.

Tabla 1.

Estudiantes del 5to grado de Educación Secundaria de la I.E. Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca – 2015.

I.E.	Sección	Mujeres	Varones	Alumnos
Gran Unidad Escolar Las Mercedes	5° A	25	15	40
	5° B	27	13	40
	5° C	33	07	40
	5° D	29	14	43
	5° E	26	11	37
	5° F	22	16	38
	5° G	28	08	36
	5° H	27	08	35
	5° I	22	16	38
	5° J	31	06	37
Total		270	114	384

Fuente: nómina de matrícula de la I.E. Gran Unidad escolar Las Mercedes.

5.2. Determinación de la muestra

Para la determinación de la muestra, se realizó un muestreo probabilístico estratificado, aplicando la siguiente formula:

$$n_0 = \frac{N pqz^2}{(N - 1) d^2 + z^2 pq}$$

Aplicando la formula se obtiene:

$$n_0 = \frac{N pqz^2}{(N-1)d^2 + z^2 pq} = 192$$

Aplicando el factor de corrección este resulta 50% (mayor del 10%), como es mayor al 10%, entonces aplicamos el factor de corrección mediante la siguiente formula:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Quedando la muestra en 128 estudiantes.

Para determinar la proporción que se consideró en cada uno de los salones se multiplica por la constante que resulta de dividir la muestra entre la población, como se aprecia en la tabla 2.

Tabla 2.

Muestra estratificada de alumnos del 5to grado de educación Secundaria de la I.E. Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca – 2015.

I.E.	Sección	Alumnos	Fracción constante $nH=n/N$	Muestra
Gran Unidad Escolar Las Mercedes	5° A	40	0.32599	13
	5° B	40	0.32599	13
	5° C	40	0.32599	13
	5° D	43	0.32599	15
	5° E	37	0.32599	12
	5° F	38	0.32599	13
	5° G	36	0.32599	12
	5° H	35	0.32599	12
	5° I	38	0.32599	13
	5° J	37	0.32599	12
Total		384		128

Fuente: nómina de matrícula de la I.E. Gran Unidad Escolar Las Mercedes

6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Según Valderrama (2002) se utilizó la técnica de la encuesta, aplicando los cuestionarios de conocimientos sobre el aborto inducido y el cuestionario de actitudes frente al aborto inducido.

El instrumento que valora conocimiento está conformado por 14 preguntas, distribuidos en tres secciones (conocimientos generales, causas y consecuencias). El cuestionario que valora el conocimiento sobre el aborto inducido fue elaborado por Palomino (2009), las preguntas son de selección múltiple, donde cada pregunta correcta se valora con un punto y las incorrectas con cero puntos. Para medir el conocimiento se utilizó una escala evaluativa de acuerdo a tres categorías que son: bajo, medio y alto, según la puntuación obtenida por cada adolescente, el instrumento fue sometido a juicio de expertos, con la participación de ocho profesionales con experiencia en el tema de investigación y obtuvo una confiabilidad de 0.74.

El instrumento que valora las actitudes para la recolección de datos es la escala de Lickert modificada con 18 enunciados referentes a las actitudes de los adolescentes hacia el aborto inducido, cada ítem es evaluado con las siguientes escalas: Totalmente de Acuerdo (TA), Acuerdo (A), Indiferente (I), Desacuerdo (D) y Totalmente desacuerdo (TDA), cada ítems positivo se valora de 5 puntos a 1 punto, y los ítems negativos la calificación va de 1 punto para totalmente de acuerdo hasta 5 puntos para totalmente en desacuerdo; los ítems positivos son el 1, 3, 4, 7, 10, 11, 14, 15 y 17 y los ítems negativos son: 2, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 16 y 18. Los análisis de fiabilidad obtenidos fueron de .62 (Palomino, 2009).

7. Proceso de recolección de datos

La recolección de datos se realizó en la Institución Educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes, Juliaca; en la presente investigación se tomó por población a los adolescentes del 5° año de secundaria.

La información se recogió previa autorización de la Institución Educativa, así mismo se informó a los estudiantes sobre el propósito, los objetivos y el anonimato de la información.

8. Procesamiento y análisis de datos

Para el procedimiento de datos se realizó mediante la consistencia del análisis de la información y tabulación de datos. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 21.0 en español.

Los datos se presentan mediante tablas de distribución de frecuencias y la hipótesis se probó mediante el estadístico del chi cuadrado.

CAPÍTULO IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1. En relación al objetivo general

Realizado la recolección de datos con respecto a los conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido, se procedió a la calificación y tabulación de las 128 encuestas de los estudiantes del quinto año de estudios de la Institución Educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes, matriculados en el año académico 2015.

Tabla 3.

Tabla de contingencia entre conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido que presentan los adolescentes del quinto año de educación secundaria de la Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca – 2015.

		Conocimiento			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Actitud	Actitud de aceptación	Recuento	23	31	1	55
		% de Actitud	41.8%	56.4%	1.8%	100.0%
		% de Conocimiento	76.7%	44.9%	3.4%	43.0%
		% del total	18.0%	24.2%	.8%	43.0%
	Actitud de indiferencia	Recuento	4	28	13	45
		% de Actitud	8.9%	62.2%	28.9%	100.0%
		% de Conocimiento	13.3%	40.6%	44.8%	35.2%
		% del total	3.1%	21.9%	10.2%	35.2%
	Actitud de rechazo	Recuento	3	10	15	28
		% de Actitud	10.7%	35.7%	53.6%	100.0%
		% de Conocimiento	10.0%	14.5%	51.7%	21.9%
		% del total	2.3%	7.8%	11.7%	21.9%
Total	Recuento	30	69	29	128	
	% de Actitud	23.4%	53.9%	22.7%	100.0%	
	% de Conocimiento	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	23.4%	53.9%	22.7%	100.0%	

Fuente: Encuesta de conocimiento y actitudes a los estudiantes de la I.E. G.U.E.L.M.

En relación al nivel de conocimientos la mayoría de los estudiantes presentan un nivel medio de conocimientos (53.9%), seguido de los niveles bajo (23.4%) y alto (22.7%); en relación a las actitudes hacia el aborto, se aprecia que la mayoría de los estudiantes presentan una actitud de aceptación del aborto inducido (43.0%), seguido de las actitudes de indiferencia (35.2%) y actitud de rechazo (21.9%).

Así mismo el 24.2% de los estudiantes presentan un nivel de conocimientos medio y actitud de aceptación hacia el aborto inducido, el 21.9% de los estudiantes presentan un nivel de conocimientos medio sobre el aborto inducido y una actitud de indiferencia hacia el aborto inducido; el 18.0% de estudiantes presentan un nivel de conocimiento bajo sobre el aborto inducido y una actitud de aceptación del aborto, mientras que el 11.7% de los estudiantes presentan un nivel de conocimientos alto sobre el aborto inducido y una actitud de rechazo hacia el aborto inducido. Se aprecia que mientras más alto el conocimiento mayor actitud de rechazo hacia el aborto inducido y mientras más bajo es el nivel de conocimientos mayor actitud de aceptación hacia el aborto inducido.

Tabla 4.

Prueba de chi cuadrado entre conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en estudiantes de la Gran Unidad Escolar Las Mercedes – 2015.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39.408(a)	4	.000
Razón de verosimilitudes	43.836	4	.000
Asociación lineal por lineal	31.795	1	.000
N de casos válidos	128		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6.34.

La tabla 4 muestra los estadístico no paramétrico del chi cuadrado, donde se aprecia que existe un valor de sig= .000, indicando que existe relación entre el nivel de conocimientos sobre aborto inducido y las actitudes hacia el aborto inducido.

1.1.1. Planteamiento de hipótesis estadística

Las hipótesis estadísticas son:

Ho: No existe relación entre conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en adolescentes del quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca.

Ha: Existe relación entre conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en adolescentes del quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca.

1.1.2. Toma de decisión

Para hallar el valor de X^2 tabulado, se consideró un valor de significancia del 5% con 4 grados de libertad.

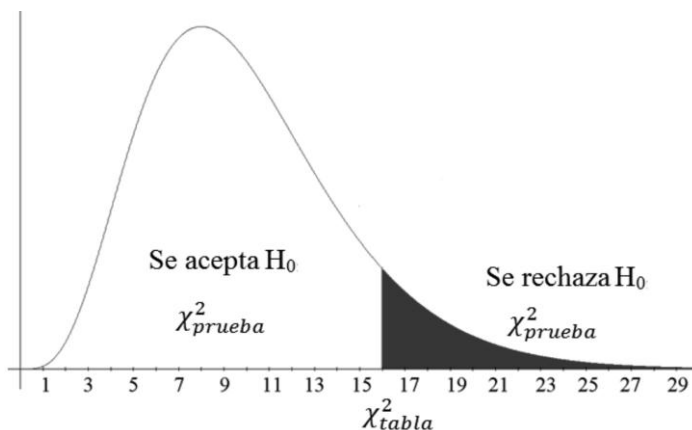
Los grados de libertad (g.l.) se hallaron utilizando la formula siguiente:

$$g.l.: (filas-1) \times (columnas-1) = (3-1) \times (3-1) = 4$$

Para la toma de decisión se consideró la siguiente regla.

Si $X^2_c > X^2$ tabulado se rechaza Ho.

Si $X^2_c < X^2$ tabulado se acepta Ho.



En la tabla 4 se aprecia que el valor de chi cuadrado calculado es de 39.408 y el valor de chi cuadrado tabulado con 4 grados de libertad es de 9.49, como el valor de chi cuadrado calculado es mayor al valor de chi cuadrado tabulado, entonces se rechaza la H_0 y se acepta la H_a .

En consecuencia existe relación significativa entre conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en los estudiantes del quinto año de educación secundaria de la institución educativa Gran Unidad escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca – 2015.

1.2. En relación al primer objetivo específico

Tabla 5.

Conocimiento sobre aborto inducido que presentan los adolescentes del quinto año de educación secundaria de la Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca – 2015.

Nivel de Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	30	23.4	23.4	23.4
Medio	69	53.9	53.9	77.3
Alto	29	22.7	22.7	100.0
Total	128	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta de conocimiento a los estudiantes de la I.E. G.U.E.L.M.

La tabla 5 muestra los niveles de conocimiento sobre aborto inducido que presentan los estudiantes del quinto año de educación secundaria de la Institución educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca, donde se aprecia que el 53.9% presentan un nivel medio de conocimientos sobre aborto inducido, es decir que el conocimiento sobre los conceptos de aborto, así como las causas y consecuencias es de forma parcial; el 23.4% de los estudiantes presenta un nivel bajo (sólo acertaron hasta tres respuestas correctas de las 14 preguntas) y finalmente sólo el 22.7% de los estudiantes presenta un nivel alto de conocimientos, es decir, que este grupo de estudiantes conocen los conceptos de aborto inducido, así como las causas y consecuencias del mismo.

1.3. En relación al segundo objetivo específico

Tabla 6.

Actitudes hacia el aborto inducido que presentan los adolescentes del quinto año de educación secundaria de la Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca – 2015.

Actitud	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
De aceptación	55	43.0	43.0	43.0
De indiferencia	45	35.2	35.2	78.1
De rechazo	28	21.9	21.9	100.0
Total	128	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta de actitudes a los estudiantes de la I.E. G.U.E.L.M.

La tabla 6 muestra las actitudes hacia el aborto inducido que presentan los estudiantes del quinto año de educación secundaria de la Institución educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca, se entiende por actitud como el pensamiento favorable o desfavorable hacia el aborto inducido y

donde se aprecia que 43.0% de los adolescentes presentan una actitud de aceptación hacia el aborto inducido, es decir, presentan pensamientos favorables hacia la práctica del aborto inducido; el 35.2% de los estudiantes presentan una actitud de indiferencia es decir no están ni a favor ni en contra del aborto inducido y finalmente sólo el 21.9% de los estudiantes presentan una disposición de rechazo hacia tal práctica.

2. Discusión

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales; muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social (Palomino, 2009).

Los resultados del nivel de conocimientos en la presente investigación evidencian que el 53.9% de los estudiantes presentan un nivel medio y el 23.4% es bajo, es decir que los conocimientos que poseen son erróneos. La información que poseen los adolescentes sobre el conocimiento sexual, sus normas y valores es falsa, lo que los hace doblemente expuestos, por los erróneos conceptos que reciben de sus pares, predisponiéndolos a desarrollar conductas sexuales de riesgo.

Por lo anteriormente mencionado podemos afirmar que los estudiantes del quinto año de educación secundaria en promedio tienen nivel de conocimientos “medio” sobre el aborto inducido, por lo que se considera que los adolescentes se

encuentran en un proceso de adquisición de conocimientos sobre la problemática, por lo que es necesario en esta etapa de vida incrementar la información sobre la sexualidad y las consecuencias del aborto en los adolescentes, con la finalidad de que adopten conductas sexuales saludables.

Los resultados hallados en la presente investigación guardan relación con los reportados por Delgado (2008, citado en Navarro y López, 2012) donde refiere que la mayoría de los adolescentes presentan un nivel medio (42.8%) de conocimientos sobre sexualidad, dentro de los cuales se halla el tema del aborto, seguido de los niveles bajo (35.2%) y alto (22%) respectivamente, además menciona que los adolescentes desconocen las prácticas sexuales riesgosas y la manifestación de sus impulsos sexuales se encuentra presente mediante besos, caricias y relaciones cóitales, que traen como consecuencia los embarazos precoces y no deseados, abortos, ITS y otros.

Estudios reportados por Gutiérrez, Safora, y Rodríguez (2009) sobre los conocimientos acerca del aborto, refieren que el 74% de los adolescentes entre 15 y 19 años de edad presentan conocimientos correctos y el 26% de los adolescentes presentan conocimientos incorrectos, estos resultados guardan relación con los hallados en la presente investigación donde el 23.4% de los adolescentes del quinto año de educación secundaria presentan un nivel bajo, es decir que sus conocimientos son incorrectos y el 76.6% de los adolescentes presentan un nivel de conocimientos medio y alto, es decir que presentan conocimientos correctos y parcialmente correctos acerca del aborto.

Palomino (2009) también refiere que la mayoría de adolescentes (68.75%) presentan un nivel medio de conocimientos sobre el aborto inducido, guardando relación con los datos presentados en la presente investigación.

En relación a las actitudes hacia el aborto inducido en la población de estudio, el mayor porcentaje de estudiantes presentan una actitud de aceptación hacia el aborto inducido (43.0%), seguido del 35.2% con una actitud de indiferencia, estos datos se asemejan con los reportados por Palomino (2009) en la región Lima, donde la mayoría de adolescentes presentan una actitud de indiferencia (66.06%), seguido de la actitud de aceptación (21.82%) y finalmente reporta una actitud de rechazo (12.12%), los datos difieren de los reportados en la presente investigación, y estos podrían ser explicados por las estadísticas que se registran a nivel de la Región Puno donde la Red de Salud de San Román ocupa el primer lugar en presentar abortos y del 100% de abortos presentados en San Román, la mitad corresponden a menores de edad (Los Andes, 2013).

Así mismo en la Región de Puno, Leoncio Aguilar Hilari, responsable del servicio de obstetricia del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, provincia de San Román (región Puno) dio a conocer la cifra indicando que de cada 10 embarazos, tres terminan en abortos (RPP, 2015).

Palomino (2009) señala que la actitud es una disposición psicológica adquirida y organizada a través de la experiencia que suscita al individuo a reaccionar de manera característica frente a determinados objetos, personas, situaciones, es decir una disposición de aceptación o rechazo que se expresa mediante el comportamiento. La actitud que poseemos hacia personas o cosas es indiferente por falta de conocimientos y sostiene que entre los factores más

importante en la formación de las actitudes son las experiencias personales, así también influye la familia, los compañeros, la educación, los incidentes críticos.

Los resultados hallados demuestran que existe relación entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido, los cuales guardan relación con los hallados por Palomino quien realizó la investigación en una población de adolescentes entre 12 y 18 años de edad (2009).

La adolescencia es considerada un periodo de crisis en el ciclo de vida de la persona, debido a que se generan diversos cambios (físicos y emocionales); el adolescente durante este periodo va fortaleciendo su personalidad asimismo evidencia inseguridad, desconfianza y confusión, sobre su sexualidad, predisponiéndolo al desarrollo de conductas sexuales de riesgo una de ellas el aborto.

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales; muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social, por lo que la información que puedan poseer, sobre el conocimiento sexual, es de vital importancia para la toma de decisiones, y adoptar conductas sexuales saludables asociados a principios ético morales cristianos.

La sexualidad es algo positivo, que hace agradables nuestras vidas. Por lo tanto, lo primero para ejercer nuestra sexualidad como una oportunidad de placer

y bienestar, es asumir que nuestro cuerpo y nuestros deseos sexuales son digno motivo de alegría y no una manifestación de pecado o un motivo de castigo. Nuestra sexualidad tiene componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. En especial los elementos sociales van construyendo nuestra sexualidad de acuerdo a las normas que en nuestra sociedad aprueban determinados comportamientos y rechazan otros (Navarro & López, 2012).

CAPÍTULO V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Primera.- A un nivel de significancia del 5%, existe correlación significativa entre el nivel de conocimientos sobre aborto inducido y las actitudes hacia el aborto inducido en los estudiantes del quinto año de educación secundaria de la I.E. Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca.

Segunda.- El mayor porcentaje de estudiantes del quinto año de educación secundaria de la I.E. Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca, presentan un nivel medio (53.9%) de conocimientos sobre el aborto inducido, seguido del nivel bajo (23.4%) y finalmente solo (22.7%) presenta un nivel alto de conocimientos sobre el aborto.

Tercera.- El mayor porcentaje de estudiantes del quinto año de educación secundaria de la I.E. Gran Unidad Escolar Las Mercedes de la ciudad de Juliaca, presentan una actitud de aceptación (43.0%) hacia el aborto inducido, seguido por las actitud de indiferencia (35.2%) y finalmente solo (21.9%) presenta una actitud rechazo hacia el aborto inducido.

Cuarta.- Mientras más alto el conocimiento mayor actitud de rechazo hacia el aborto inducido y mientras más bajo es el nivel de conocimientos mayor actitud de aceptación hacia el aborto inducido.

2. Recomendaciones

Primera.- Concientizar al personal de los establecimientos de salud encargados de la Estrategia de Salud del Adolescente, diseñar e implementar talleres sobre conductas o comportamientos sexuales; y realizar sesiones educativas de salud preventiva sobre el aborto y sus consecuencias, planificación familiar saludable, ITS, VIH/SIDA, para mejorar los conocimientos de los adolescentes y disminuir los casos de aborto inducido y llevar una vida sexual segura y responsable.

Segunda.- Capacitar al personal docente a través de la Dirección General de la I.E. Gran Unidad Escolar Las Mercedes, en coordinación con el personal de salud, sobre temas como: la adolescencia, sexualidad, comportamientos sexuales, realizar talleres de sensibilización sobre las consecuencias del aborto inducido y generar cambio en las actitudes. Así mismo realizar convenio con la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión, para que realicen prácticas comunitarias y a través de ello brindar educación sobre sexualidad saludable.

Tercera.- A la Red de San Román a través de la Dirección Regional de Salud – Puno, confeccionar trípticos sobre el aborto inducido y consecuencias con la finalidad de distribuirlos en la comunidad educativa de la región Puno para elevar el nivel de conocimientos frente a dicho tema.

Cuarta.- A la Dirección General de Salud, crear alianzas estratégicas entre los centros de salud, instituciones educativas a través de la UGEL, y los municipios de la región, para enfatizar la educación y la sensibilización sobre temas de sexualidad, que incluyan temas como: el embarazo en adolescente, el aborto inducido y sus complicaciones, las ITS, VIH/SIDA, entre otros.

Referencias

- Acho, S., Camposano, D., & Canova, E. (2005). Aborto en adolescentes. Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 51(2), 100-104.
- Barra, E. (1998). *Psicología Social*. Chile: Universidad de Concepción.
- Berman, A. J., & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de Enfermería* (Novena ed.). Madrid, España: Pearson Educación, S.A.
- Botella, J. (2008). *Papeles para el progreso*. Recuperado el 18 de Diciembre de 2014, de Sujeto y objeto en el conocimiento:
<http://www.papelesparaelpromgreso.com/numero39/3906.html>
- Bunge, M. (1985). *La ciencia su método y filosofía*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Siglo XX.
- Burroughs, A., & Leider, G. (2008). *Enfermería materno infantil* (Octava ed.). México.
- Carabús, O., Freiria, J., & Scaglia, A. (2004). *Creatividad, actitudes y educación*. Buenos Aires - Argentina: Biblos.
- Carrasco, S. (2005). *Metodología de la investigación científica, pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. Lima, Perú: San Marcos.
- Castañeda, M., & Pérez, Y. (2005). Aspectos teórico-conceptuales sobre las redes y las comunidades virtuales de conocimiento. *Acimed*, 13(6). Recuperado el 26 de Mayo de 2015, de http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13_6_05/aci02605.htm

- Charaja, F. (2004). *Manual de investigación científica*. Lima - Perú: San Marcos.
- Condori, M. (27 de Marzo de 2013). *Los Andes*. Obtenido de Provincia de San Román
líder en abortos: <http://www.losandes.com.pe/Sociedad/20130327/70012.html>
- Constenla, J. (2009). *Actitudes*. Concepción - Chile: Universidad Católica de la
Santísima Concepción.
- Contreras, J. B. (2011). *Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E
Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta en los años 2008- 2009*. Tesis
para optar el título de Magíster en Salud Pública, Universidad Nacional de
Colombia, Programa de Maestría en Salud Pública.
- Cuidado infantil. (2008). *www.cuidadoinfantil.net*. Obtenido de
<http://embarazo.cuidadoinfantil.net/tipos-de-aborto-inducido.html>
- Delgado, V. (2009). *Decisiones sobre la natalidad en mujeres con experiencia de
aborto inducido*. Tesis para optar el Título de Licenciada en Antropología,
Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Ciencias Sociales.
- Domínguez, P., & Espeso, E. (2002). El conocimiento metacognitivo y su influencia
en el aprendizaje motor. *Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad
Física y el Deporte*, 2(4), 59-68. Obtenido de
<http://cdeporte.rediris.es/revista/revista4/artmeta.htm>
- Enríquez, B., Bermúdez, R., Puentes, E. M., & Jiménez, M. C. (2010).
Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. *Revista Cubana de
Obstetricia y Ginecología*, 36(2), 145-159.
- García, S. (1984). *Filosofía y lógica*. Lima, Perú: Stella.

- González, J., Laílla, J., Fabre, E., & González, E. (2013). *Obstetricia*. España: Fotoletra, S.A.
- González-Merlo, J., Laílla, J. M., Fabre, E., & González, E. (2006). *Obstetricia* (Quinta ed.). Barcelona, España: Masson.
- Gutiérrez, T., Safora, O., & Rodríguez, A. (2009). Percepción en el varón del aborto en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 35(4), 171-177.
- Gutiérrez-Ramos, M. (2005). El aborto. Atención humanizada de sus complicaciones como estrategia para la disminución de la mortalidad materna. *Acta Médica Peruana*, XXII(2), 80-85.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2011). *Tratado de fisiología médica* (Duodécima ed.).
- Hernandez, P., & Santos, E. (2007). *Factores personales y aborto en adolescentes*. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería, Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería, Veracruz, México.
- Hernandez, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.). México: McGraw-Hill.
- IASD. (2014). *Iglesia Adventista del Séptimo Día*. Obtenido de Declaración de Principios de la Iglesia Adventista del Séptimo Día sobre el Aborto: <http://adventistassantaclara.info/nosotros/posiciones-oficiales/declaracion-de-principios-sobre-el-aborto/#1>
- Inostroza, O. E., & Quezada, C. A. (2012). *El aborto terapéutico y su regulación en Chile: Derecho comparado y evolución histórica*. Tesis para optar al grado de

Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile,
Departamento de derecho penal, Santiago, Chile.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). *SIDA: Aspectos de salud Pública Manual*. Cuernavaca, México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA.

La República. (11 de Septiembre de 2004). *En Arequipa el 15% de embarazos en adolescentes termina en aborto*. Recuperado el 17 de Enero de 2015, de <http://www.larepublica.pe/11-09-2004/en-arequipa-el-15-de-embarazos-en-adolescentes-termina-en-aborto>

Los Andes. (27 de Marzo de 2013). Provincia de San Román líder en abortos. *Los Andes*. Recuperado el 26 de Junio de 2015, de <http://www.losandes.com.pe/Sociedad/20130327/70012.html>

MedlinePlus. (2014). *Medline Plus*. (B. N. EE.UU., Editor) Recuperado el 24 de Enero de 2015, de Aborto espontáneo: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001488.htm>

Mendoza, V. E., & Palacios, J. E. (2011). *Abortos inducidos en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda febrero - octubre del 2011*. Tesis de grado previa a la optención del título de Médico Cirujano, Universidad Técnica de Manabí, Carrera de Medicina, Manabí, Ecuador.

Mendoza, W., & Subiria, G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 30(3), 471-479.

- Motta, L. (2009). *Módulo de psicología social*. Bucaramanga - Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia.
- Narvaja, P., & Canavessi, J. J. (2010). *Problemas sobre el conocimiento*. Universidad del Salvador.
- Navarro, M. E., & López, A. I. (2012). *Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo junio – setiembre 2012*. Tesis para obtener el Título Profesional de Obstetra , Universidad Nacional de San Martín, Facultad de Ciencias de la Salud.
- Neira, J. (2002). Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. *Revista de Estudios Médico Humanísticos*, 6(6), 77-82.
- OMS. (Marzo de 2014). *Prevención del aborto peligroso*. Recuperado el 25 de Enero de 2014, de Centro de prensa:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>
- Orduz, R., Vallejo, M. E., & Ayala, L. (2012). *Aprender y educar con las tecnologías del siglo XXI*. Bogotá, Colombia: Colombia Digital.
- Orrego, A. (2009). *Tratado de teología adventista del séptimo día* (Primera edición ed.). Buenos Aires Argentina: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- Ortega, N., & Velasco, E. (2006). *Manual de educación ambiental para escuelas primarias del Estado de Guanajuato*. Guanajuato, México: Fundación de apoyo infantil, Instituto de Ecología del Estado.
- Palomino, M. L. (2009). *Qué saben sobre el aborto inducido y que actitudes se evidencian en los adolescentes I.E. Micaela Bastidas*. Tesis para optar el título

profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana.

Paredes, N. (7 de Enero de 2014). *RPP*. Recuperado el 14 de Enero de 2015, de Erá Tabú: http://www.rpp.com.pe/2014-01-07-el-aborto-y-sus-consecuencias-fisicas-y-psicologicas-noticia_660191.html

Prat, M., & Soler, S. (2003). *Actitudes, valores y normas en la educación física y el deporte*. Barcelona - España: INDE Publicaciones.

Radio Programas del Perú. (17 de Junio de 2011). *RPP Nacional*. Obtenido de Arequipa es la tercera ciudad del país donde se registran más abortos: http://www.rpp.com.pe/2011-06-17-arequipa-es-la-tercera-ciudad-del-pais-donde-se-registran-mas-abortos-noticia_376493.html#

Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (Séptima ed.). Barcelona, España.

Ribeiro da Fonseca, S., Barbosa, M. A., Pinto, M. C., & Moura, D. (Julio - Agosto de 2013). Experiencia de mujeres con el aborto provocado en la adolescencia por imposición de la madre. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 21(4), 1-8.

RPP. (25 de Junio de 2015). *Radio Programas del Perú*. Obtenido de Puno: tres de cada 10 embarazos terminan en aborto en Juliaca: http://www.rpp.com.pe/2015-03-25-puno-tres-de-cada-10-embarazos-terminan-en-aborto-en-juliaca-noticia_781476.html

Salazar, A. (1988). *El punto de vista filosófico*. Lima, Perú: El Alce.

- Sánchez, M. (2013). *Bioética en ciencias de la salud*. Barcelona, España: Fotoletra S.A.
- Sanguino, R. (2003). *La gestión del conocimiento. Su importancia como recurso estratégico para la organización*. Obtenido de <http://www.5campus.org/leccion/km>
- Schorge, J., Schaffer, J., Halvorson, L., Hoffman, B., Bradshaw, K., & Cunningham, F. (2009). *Williams Ginecología*. México: McGraw-Hill.
- Segarra, M., & Bou, J. C. (2005). Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. *Revista de Economía y Empresa*(52 y 53), 175-195.
- Valderrama Mendoza, S. (2002). *Pasos para elaborar Proyectos y Tesis de Investigación Científica*. Lima: San Marcos.
- Vargas, J. (2006). *Teoría del conocimiento asociación Oaxaqueña de psicología*. Recuperado el 12 de Mayo de 2012, de <http://www.conductitlan.net/conocimiento.ppt>
- Villalobos, L. (2011). *Actitud de los estudiantes de educación media ante el método científico*. Trabajo de grado presentado como requisito para optar el Título de Magíster Scientiarium en Enseñanza de la Biología, Universidad del Zulia, Facultad de Humanidades y Educación, Macaraibo, Venezuela.
- White, E. H. (2007). *Consejos para la iglesia* (Segunda edición ed.). Buenos Aires - Argentina: Asociacion casa Editora Sudamericana.

Anexos

Anexo 1

Conocimientos sobre aborto inducido

INSTRUCCIONES:

Apreciado joven te/señorita pedimos muy amablemente que contestes las siguientes preguntas en forma veraz, las cuales servirán para realizar una investigación, los datos que me proporciones serán confidenciales.

El presente cuestionario es estrictamente anónimo por lo que no necesitas escribir tus nombres ni apellidos; te agradeceré que leas cuidadosamente cada una de las preguntas y respondas lo que para ti es la respuesta más adecuada; deberás responder marcando con un aspa (X) o completar los espacios en blanco.

Datos Generales

Edad (años cumplidos): _____

Sexo: () Masculino () Femenino

Lugar de nacimiento: _____

Contenido

1. ¿Cómo definirías al aborto provocado o inducido?

- a. Es la interrupción del embarazo después de las 20 semanas de gestación.
- b. Es la interrupción del embarazo por enfermedad materna y del feto.
- c. Es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación.
- d. Es la interrupción del embarazo espontáneamente.

2. ¿Cuáles son los tipos de aborto provocado?

- a. Espontáneo, voluntario.
- b. Voluntario, terapéutico.
- c. Terapéutico, espontáneo
- d. accidental, voluntario.

3. ¿Cuál crees que sea la principal causa para la realización de un aborto inducido o provocado?

- a. Para continuar el colegio y no sentir vergüenza por el embarazo.
- b. Falta de apoyo y abandono de la pareja.
- c. Miedo a la reacción o actitud de los padres frente al embarazo.

d. Para salvar la vida de la madre si el embarazo pone en peligro su vida.

4. ¿Es considerado ser humano, producto de la concepción, en las primeras fases de desarrollo del embrión (células resultado de la fecundación del óvulo por el espermatozoide)?

- a. Si
- b. No

5. ¿Cuáles son las consecuencias que ocasiona el aborto en la esfera física de la mujer?

- a. Posteriores abortos espontáneos, pesadillas.
- b. Infecciones, Esterilidad, hemorragias.
- c. Esterilidad, sentimiento de culpa.
- d. Infecciones, intenso interés por los bebés.

6. ¿Cuáles son las consecuencias que ocasiona el aborto en la esfera psicológica de la mujer?

- a. Incapacidad de perdonarse, infecciones
- b. Retraimiento, esterilidad.
- c. Sentimientos de culpa, impulsos suicidas
- d. Remordimiento, esterilidad.

7. Actualmente, ¿En el Perú se encuentra legalizado el aborto?

- a. Si
- b. No

8. ¿Cuál es el método quirúrgico para realizar un aborto?

- a. La extracción del feto por la aplicación de inyecciones en la vena.
- b. La extracción del feto por la ingesta de hierbas.
- c. La extracción del feto por el uso de una legra (instrumento cortante).
- d. La extracción del feto por la ingesta de pastillas.

9. ¿Cuáles son los métodos químicos para realizar un aborto?

- a. La extracción del feto por el uso de una legra (instrumento cortante) y hierbas.
- b. La extracción del feto por la aplicación de inyecciones en la vena y pastillas.
- c. La extracción del feto por la ingesta de hierbas medicinales y pastillas.
- d. La extracción del feto a través de una cesárea y el uso de inyecciones.

10. ¿Cuál es la finalidad del aborto terapéutico?

- a. Continuar con el colegio.
- b. Evitar ser madres solteras.
- c. Salvar la vida de la gestante.
- d. Temor y vergüenza al embarazo.

11. ¿Desde cuándo el producto de la concepción, es considerado un ser humano?

- a. Desde el funcionamiento del corazón del feto.
- b. Desde la unión del óvulo con el espermatozoide.
- c. Desde el funcionamiento del cerebro del feto.
- d. Desde la formación de todas las partes del cuerpo del feto.

12. ¿En qué consiste el método de Legrado uterino para realizar un aborto inducido?

- a. Consiste en dilatar el cuello uterino, y se utiliza un instrumento quirúrgico, que se introduce en el útero y se saca al feto en pedazos y se remueve.
- b. Consiste en introducir una larga aguja y se inyecta una solución salina en el saco embrionario y el feto es quemado por la sal hasta que muere.
- c. Consiste en succionar por una jeringa el contenido del útero y el feto es arrojado del vientre materno hecho pedazos.
- d. Consiste en que el médico abre el vientre de la madre, saca el feto y muere.

13. ¿En qué consiste el método de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) para realizar un aborto inducido?

- a. Consiste en dilatar el cuello uterino, y se utiliza un instrumento quirúrgico, que se introduce en el útero y se saca al feto en pedazos y se remueve.
- b. Consiste en introducir una larga aguja y se inyecta una solución salina en el saco embrionario y el feto es quemado por la sal hasta que muere.
- c. Consiste en succionar por una jeringa el contenido del útero y el feto es arrojado del vientre materno hecho pedazos.
- d. Consiste en que el médico abre el vientre de la madre, saca el feto y muere.

14. ¿En qué consiste el método de irrigación salina para realizar un aborto inducido?

- a. Consiste en dilatar el cuello uterino, y se utiliza un cuchillo curvo, que se introduce en el útero y se pica al feto en pedazos y se remueve.

- b. Consiste en introducir una larga aguja y se inyecta una solución en el saco embrionario y el feto es quemado por la sal hasta que muere.
- c. Consiste en aspirar el contenido del útero y el feto es arrojado del vientre materno hecho pedazos.
- d. Consiste en que el médico abre el vientre de la madre, saca el feto y muere.

Codificación de los datos sobre conocimiento sobre aborto inducido

Preguntas

- 1.** a (0) b (0) c (1) d (0)
- 2.** a (0) b (0) c (1) d (0)
- 3.** a (0) b (0) c (0) d (1)
- 4.** a (1) b (0)
- 5.** a (0) b (1) c (0) d (0)
- 6.** a (0) b (0) c (1) d (0)
- 7.** a (1) b (0)
- 8.** a (0) b (0) c (1) d (0)
- 9.** a (0) b (1) c (0) d (0)
- 10.** a (0) b (0) c (1) d (0)
- 11.** a (1) b (1) c (0) d (0)
- 12.** a (1) b (0) c (0) d (0)
- 13.** a (0) b (0) c (1) d (0)
- 14.** a (0) b (1) c (0) d (0)

Anexo 2

Escala de actitudes frente al aborto inducido

La presente escala es estrictamente anónima por lo que no necesitas escribir tus nombres ni apellidos; te agradeceré que leas cuidadosamente cada uno de los enunciados y respondas lo que para ti es la respuesta más adecuada; deberás responder marcando con un aspa (X).

Totalmente de acuerdo (TA)

Acuerdo (A)

Indiferente (I)

Desacuerdo (DA)

Totalmente desacuerdo (TDA)

ENUNCIADO	TA	A	I	DA	TDA
1. Estoy segura que la unión del ovulo y espermatozoide es un ser humano.					
2. Considero que, es mejor tener un aborto provocado que tener un niño no deseado.					
3. Si yo me realizo un aborto entonces voy a la cárcel.					
4. Considero despreciables a las mujeres que se han realizado un aborto.					
5. Desearía firmar una petición para hacer legal el aborto en el Perú.					
6. Si yo gobernara proveería fondos para apoyar a clínicas y hospitales para que realicen abortos en forma segura.					
7. Nadie debe tomar una decisión para interrumpir mi embarazo puesto que sería despreciable hacerlo.					
8. Apoyo al aborto despenalizado que ponga en peligro la vida de la madre.					
9. Considero que la unión del óvulo y espermatozoide solo son células.					
10. Es despreciable realizarse un aborto provocado.					

11. La legalización del aborto no garantiza la reducción de complicaciones.					
12. El aborto provocado o inducido es una rápida solución a mis problemas.					
13. Pienso que como adolescente me realizaría un aborto inducido ya que imposibilitaría que termine mis estudios secundarios.					
14. Desearía que reciban un castigo las adolescentes y médicos que realizan abortos.					
15. Apoyo al Gobierno para invertir en la promoción de actividades para prevenir los embarazos no deseados.					
16. La adolescente es la única que puede decidir si realiza el aborto inducido.					
17. Las malformaciones en mi bebe no son causa para interrumpir mi embarazo.					
18. Es mejor legalizar el aborto para evitar las complicaciones del aborto.					

Codificación de los datos: actitudes sobre aborto inducido

Ítems positivos: 1, 3, 4, 7, 10, 11, 14, 15 y 17

(TA) Totalmente de acuerdo = 5

(A) Acuerdo = 4

(I) Indiferente = 3

(D) Desacuerdo = 2

(TDA) Totalmente desacuerdo = 1

Ítems negativos: 2, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 16 y 18

(TA) Totalmente de acuerdo = 1

(A) Acuerdo = 2

(I) Indiferente = 3

(D) Desacuerdo = 4

(TDA) Totalmente desacuerdo = 5