



**ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA PATERNIDAD RESPONSABLE

Tesis para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Pilar Lourdes Flores Samaniego
Gloria Azucena Sabaduche Suárez

Lima – Perú

2014

PILAR LOURDES FLORES SAMANIEGO
GLORIA AZUCENA SABADUCHE SUÁREZ

**CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS ESTUDIANTES
DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA PATERNIDAD
RESPONSABLE**

ASESORA: LIC. LUZ OLINDA FERNÁNDEZ HENRIQUEZ

Lima – Perú

2014

Doy gracias a dios por darme las fuerzas que necesitaba para seguir adelante.

A mis padres abuelos, tíos y hermanos por su apoyo incondicional y su gran amor que fue mi motivo para ser mejor persona y profesional

Agradezco a Sor Felipa por su dedicación para con nosotras.

Agradezco a la asesora de tesis Lic. Luz Fernández por su paciencia, esmero, sabiduría y su apoyo incondicional.

Gloria.

Este trabajo está dedicado a Dios,
por darme la vida.
A mis padres, por su apoyo
incondicional y a mi hijo Daymi por
ser el motivo más grande que tengo
para seguir adelante.

Lourdes

INDICE

RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1:PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del Problema.....	3
1.2 Formulación del Problema.....	7
1.3 Objetivos de la Investigación.....	8
1.3.1 Objetivo General:	8
1.3.2 Objetivos Específicos.....	8
1.4 Justificación	9
1.5 Limitación del Estudio	10
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes Históricos.....	11
2.2 Investigaciones Internacionales.....	14
2.3. Antecedentes Nacionales	17
2.3 Base Teórica.....	19
2.4 Definición de Términos	59
2.6 Definición Operacional de Variables	60
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	61
3.1 Tipo de Investigación.....	61
3.2 Diseño de la Investigación	61
3.3 Lugar de Ejecución del Estudio	62
3.4 Universo de estudio, selección y tamaño de la muestra, unidad de análisis.....	63
3.5 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	63
3.6 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.....	63
3.7 Procedimientos para la Recolección de Datos	64
3.8 Aspectos éticos.....	65
3.9. Análisis de Datos.....	65
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	66
4.1 Resultados.....	66
4.2. Discusión	72
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	78
5.1 Conclusiones	78
5.2 Recomendaciones	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	88

RESUMEN

Introducción: La paternidad responsable es un proceso tendiente a armonizar la reproducción humana y a favorecer el respeto por la vida en el nivel familiar de acuerdo a las necesidades de salud y bienestar de ésta. En la actualidad los jóvenes tienden a usar los métodos anticonceptivos para evitar los embarazos no deseados, sin embargo ninguno de ellos es capaz de despertar en la juventud las grandes ideas de amor y respeto a los seres humanos. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza acerca de la paternidad responsable y los métodos anticonceptivos naturales. **Metodología:** El estudio fue de enfoque cuantitativo y de diseño cuantitativo, se realizará en la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma, la población estuvo constituida por 250 estudiantes de enfermería, se estudió el total de la población. Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario que consta de tres partes; la primera corresponde a datos generales, segunda información de conocimiento que consta de 20 preguntas y actitud 15 enunciados con escala de likert, en todo momento se respetaran los principios éticos de la investigación. El análisis de los datos se realizó aplicando la estadística descriptiva mediante el uso de la hoja de cálculo Excel 2010 y paquete estadístico SPSS versión 20. **Resultados:** Las estudiantes de enfermería tienen un nivel de conocimiento medio acerca de la paternidad responsable 70%, nivel alto 22% y nivel bajo 8%. Respecto a las dimensiones es de nivel medio según conceptos generales 78%, igualdad de género 82% y métodos naturales 70% y de nivel alto en relación al cuidado de la salud reproductiva

63%. La actitud hallada fue de indiferencia hacia la paternidad responsable en 66%, actitud de rechazo 19% y aceptación 15%, según las dimensiones cognitiva 69%, afectiva 56% y conductual 68% de indiferencia. **Conclusión:** Las estudiantes de enfermería tienen sobre la paternidad responsable un nivel de conocimiento medio y una actitud de indiferencia.

Palabras Clave: Paternidad responsable, conocimiento, actitud, educación sexual.

SUMMARY

Introduction: The responsible parenthood is a process aimed to harmonize the human reproduction and to promote respect for life on the family level according to the needs of health and well-being. In today's young people tend to use contraceptives to avoid unwanted pregnancies, however none of them is capable of arousing in the you the great ideas of love and respect for human beings. Objective: To determine the level of knowledge and attitude of the students of the School of Nursing Father Luis Tezza about responsible parenthood and natural contraception methods. Methodology: The study will be of quantitative approach and quantitative design, will be held in the School of Nursing Father Luis Tezza affiliated to the Ricardo Palma University, the population is made up of 250 nursing students, will be considered the total population. Will be used the technique of the survey instrument and as the question naire which consists of three parts; the first corresponds to general data, second know ledge information that costa of 20 questions and 15 set forth with attitude Likert-type scale, at all times respect the ethical principles of research. The analysis of the data shall be carried out by applying the descriptive statistics through the use of the Excel spreadsheet 2010 and statistical package SPSS version 20.

Results: Nursing student shave a level of average know ledge about responsible parenthood 70 %, 22% high level and low level 8 %. Concerning the size is medium level depending on general concepts 78 %, gender equality 82% and 70% natural methods and high level in relation to reproductive healthcare 63 %. The attitude found was one of indifference to ward the responsible parenthood in 66 %, attitude of rejection and acceptance 19% 15 %, according to the cognitive dimensions 69 %, affective

56% and 68% of be havi oral in difference. Conclusion: The nursing student shave on responsible fatherhood a medium level of knowledge and an attitude of indifference.

Key Words: responsible parenthood, knowledge, attitude, sex education.

INTRODUCCIÓN

La investigación, cumpliendo con las políticas de la Escuela de Enfermería Padre Luís Tezza, se encuentra dentro de la segunda línea de investigación; salud y género, ésta línea aborda las diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres, considerando no apenas los patrones patológicos a partir de factores biológicos, sino también las características de género, construidas socialmente y que determinan en gran medida el estado de salud.

La Paternidad Responsable (PR) es una realidad de constante actualidad y su trascendencia es tal, que nuestra constitución la menciona en el artículo 6 “Paternidad y Maternidad responsables, Derechos y Deberes de padres e hijos. Igualdad de los Hijos.”

A nivel mundial, la ONU y la Iglesia Católica se han ocupado del tema desde 1994 año en que fue dedicado a la familia. La paternidad responsable es un privilegio y una obligación. La iglesia católica menciona que el ser padres es un privilegio y no un derecho; un hijo es un don y el pareja confiere el derecho a entregarse en el acto conyugal del cual se puede derivar la vida, mas no confiere el derecho a tener hijos, pues son personas y no objetos.

La investigación está dirigida a dar una visión global de los factores que influyen en la toma de decisiones en cuanto a la paternidad responsable y al uso de los métodos anticonceptivos naturales.

Una de las variables de este proyecto es el conocimiento, que lo utilizamos para medir el nivel de conocimiento del estudiante bajo ninguna influencia, es decir, por su experiencia personal, educativa formal o informal.

Y la segunda variable es la actitud que se usa para relacionar el aspecto cognitivo, conductual y emocional de la persona que lo llevan a tener un comportamiento que se pueda modificar.

La investigación se ha estructurado en 5 capítulos, los cuales se presentan en el siguiente orden:

El Capítulo I: Planteamiento y Delimitación del Problema, que consta del planteamiento del problema, formulación del problema, delimitación de los objetivos (generales y específicos), justificación de estudio, finalmente las limitaciones de la investigación.

El Capítulo II: Marco Teórico, presenta las investigaciones relacionadas con la estructura teórica y científica que sustenta el estudio, definición de términos básicos (operacionales).

El Capítulo III: Metodología de estudio, se hace referencia al tipo y diseño de investigación, área de estudio, población y muestra de estudio, relación entre variables técnicas e instrumento de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos, aspectos éticos y análisis de datos.

El Capítulo IV: Resultados y Discusiones, consta de los resultados encontrados en relación al nivel de conocimiento encontrado en la población de estudio, para luego ser contrastado con los antecedentes y base teórica dando lugar a la discusión de la investigación.

El Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones, referido a los objetivos planteados de la investigación y la discusión.

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos respectivos.

CAPÍTULO 1:PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La Paternidad Responsable (PR) ha sido un tema que solo se ha venido estudiando desde el punto de vista del uso de métodos anticonceptivos, pero este tema es mucho más profundo que sólo eso, considerando que entre las causas del problema, tenemos la falta de tiempo y comunicación entre padres e hijos, ya sea por exceso de trabajo, la carencia de conocimiento de los padres sobre sexualidad, la desintegración familiar, padres que no permitan que sus hijos, en especial las mujeres se expresen libremente y pregunten sobre “sexo” responsable, porque no es común en sus hogares dialogar acerca de estos temas o porque creen que es inmoral.

Estas causas, traen como consecuencias que exista una pobre comunicación entre padres e hijos en especial con las adolescentes, que ellas busquen fuera de sus casas, amor, comprensión, paciencia en sus parejas y amistades que en ocasiones están pasando los mismos problemas y no podrían ser las mejores, para ayudarlos.¹

En los países desarrollados, como EEUU, aproximadamente 10 millones de mujeres utilizan anticonceptivos orales para regular su fertilidad, las que consideran a éstos anticonceptivos altamente efectivos para prevenir embarazos no deseados. Las estadísticas presentan que cinco de cada cien mujeres suelen quedar embarazadas y el fallo no supera el 1 por 100 mujeres.²

En Japón, el método anticonceptivo más popular es el condón o preservativo, casi el 80% de mujeres solteras que tienen relaciones sexuales utiliza el condón y 13% utiliza la píldora. A diferencia de otros países no se puede comprar sin receta médica. Su precio varía entre 2,500 y 3,500 yenes por ciclo (un mes). También están los dispositivos intrauterinos (T de cobre, Anillo anticonceptivo) pero su uso se prefiere para las mujeres que ya han tenido hijos. Las inyecciones hormonales no han sido aprobadas para su uso en Japón.

El condón femenino se puede comprar en algunas farmacias grandes, cada pieza cuesta alrededor de 1000 yenes y aunque es tan efectivo como el condón masculino su uso no es muy popular.³

El uso de los métodos anticonceptivos en España se ha elevado en los últimos años y pasó del 49% en 1997 al 80% en el 2007. Los métodos reversibles, como la píldora y el preservativo, se han convertido en los más utilizados para el uso de la anticoncepción femenina (4,1%) y masculina (4,3%) y otros sistemas de anticoncepción como el método Ogino (0,5%) o los parches y anillos (4,3%). El aumento del uso de la píldora se utiliza por el 20,3% de las mujeres españolas, siendo significativo ya que es muy similar al perfil del entorno europeo, en donde se registra que es el anticonceptivo más usado (49% en Francia, 38% en Alemania, 31% en el Reino Unido y 29% en Italia). El preservativo, por su parte, sigue siendo el sistema de contracepción más empleado entre las españolas, además de ofrecerles protección frente a enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, un 30% de los jóvenes no recurre a él, solo lo hacen en relaciones esporádicas.⁴

En América Latina se estima que existen 100 millones de mujeres en edad fértil, de las cuales unos 46 millones utilizan métodos anticonceptivos, de

éstas 30 millones utilizan métodos reversibles y casi 16 millones usan no reversibles. La falta de implementación de los métodos anticonceptivos indica el elevado índice de fecundidad de la mujer latinoamericana.⁵

En comparación con otras partes del mundo, en América Latina y el Caribe registraron un uso relativamente elevado de métodos anticonceptivos modernos, el cual se ha incrementado notablemente, pero al mismo tiempo existen grandes diferencias en el uso y a menudo son muy limitadas las opciones.⁶

Si bien el tamaño medio de las familias se ha reducido abruptamente en América Latina, siguen teniendo tasas relativamente altas de fecundidad. En Colombia, por ejemplo, un país cuya tasa global de Fecundidad es de 3,0 se denota que en áreas urbanas la fecundidad es de 2,5 niños mientras que en las zonas rurales haciende a 4,3.⁶

En Chile la población de usuarias de anticonceptivos creció notablemente de 600,374 mujeres en 1990 a 1,141 798 en 2005. El 54% de las mujeres que se atiende en el sector público usa un dispositivo intrauterino (DIU), la T de Cobre 380. El 36% de las mujeres que se atiende en el sector público usa anticonceptivos orales combinados que contienen levonorgestrel y etinil estradiol, combinación elegida por ser la que presenta menos riesgos cardiovasculares durante su uso. Un 7% de las mujeres usa otros métodos hormonales de su elección, y las restantes usan métodos de barrera.⁷

Esta realidad plasmada hace dar cuenta que la paternidad responsable ha venido siendo confundida con el control natal, este a vez es utilizado de manera equivocada, porque visto desde su etimología en el control natal no es la pareja

quien decide el número de hijos que desea tener o el método utilizado para planificar su familia sino es alguien más quien toma estas decisiones.

Generalmente en los programas de control natal se pretende tener un dominio sobre los índices de fertilidad de una población, sin importar el respeto hacia la persona, al bien integral del matrimonio y a la familia. Es precisamente en el análisis ético del medio utilizado para el control natal donde encaja la revisión de los dos temas la planificación familiar natural y de los métodos anticonceptivos.¹

En el Perú, las estadísticas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil está dado en un 49,2% al uso de cualquier método, 31,2 % al uso de los métodos modernos, el 15% usa los métodos tradicionales y un 50,8% no usan ningún método.⁸

Se ha observado que a nivel nacional, el 20% de las mujeres más pobres tienen en promedio 6,6 niños durante su vida, en tanto que el 20 % de mujeres de mayores ingresos tienen, en promedio, 1,7 niños, independientemente del nivel de fecundidad nacional.⁴

De acuerdo a las ENDES 2009 y 2007-2008 se dispone como datos importantes los siguientes: La tasa global de fecundidad (TGF) de las mujeres peruanas a nivel nacional fue de 2,6, siendo 2,3 en el área urbana y 3,6 a nivel rural; la tasa específica de fecundidad en las adolescentes es 63 por cada 1 000 mujeres de este grupo. Del total de adolescentes peruanas, 11% ya es madre y 3% está gestando por primera vez. En el área urbana, la cifra es 10,6 y en el área rural 22,2, En la zona urbana 74,6% usa algún método, 53,3% usa método

moderno y 21,3 tradicional; mientras que en la zona rural 70% usa algún método, 42,3% usa un método moderno y 27,8% un método tradicional.

Solo el 53% de las mujeres que usa el método de abstinencia periódica conoce que su período fértil se encuentra en la mitad del ciclo. La tasa de discontinuación de los métodos anticonceptivos es de 50% en promedio, siendo la píldora el método que más se discontinúa (59,6%) y el DIU el que menos tasa de discontinuación tiene (14,5%). La tasa de necesidades insatisfechas de anticoncepción es 7,2% a nivel nacional, siendo 6,5% a nivel urbano y 8,7% a nivel rural.

Del total de mujeres interrogadas sobre su último embarazo 31,8% lo quería tener más tarde y 34,9% no lo quería tener. Esto indica que es alta la frecuencia de embarazo no planeado y no deseado entre las mujeres.⁹

Lo que motiva la presente investigación es que existen diversos factores (económicos, sociales, entre otros) que influyen en la actualidad en los jóvenes para poner en práctica la paternidad responsable. Se observa en los distintos medios de comunicación la exagerada venta de métodos anticonceptivos sólo para evitar los embarazos no deseados, sin embargo ninguno de ellos es capaz de despertar en la juventud las grandes ideas de amor y respeto a los seres humanos, el respeto a su dignidad, el derecho a su libertad y la obligación de respetar bajo cualquier factor la vida.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento y la actitud de las estudiantes de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza acerca de la paternidad responsable, agosto 2013?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General:

- Determinar el nivel de conocimiento y la actitud de las estudiantes de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza acerca de la paternidad responsable, agosto 2013.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre conceptos generales de la paternidad responsable en estudiantes de enfermería.
- Evaluar el nivel de conocimiento sobre salud reproductiva en estudiantes de enfermería.
- Evaluar el conocimiento acerca de igualdad de género en las estudiantes de enfermería.
- Identificar el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos naturales en estudiantes de enfermería.
- Identificar la actitud de los estudiantes de enfermería de acuerdo al aspecto cognitivo, afectivo y conductual.

1.4 Justificación

La paternidad responsable se define como aquel deseo por parte de un matrimonio de tener tantos hijos como sea capaz de engendrar, alimentar y educar en una vida humana y cristiana. La falta de la responsabilidad afecta en la humanidad provocando el incremento de familias desunidas, hijos sin una adecuada autoestima por ende también se incrementara la falta de valores, lo que conllevará a una sociedad inadecuada para la convivencia.

La anticoncepción no está en conflicto con la naturaleza humana, ni contra las leyes naturales si se practica para promover la paternidad responsable y se utilizan los medios adecuados. La fundamentación de los métodos naturales es doble, en primer lugar, el conocimiento científico de la sexualidad femenina que a través del análisis de los indicadores naturales externos, determina el momento de la ovulación y los períodos de fertilidad e infertilidad de la mujer con la mayor exactitud posible, sin alterar el proceso biológico natural.

El segundo fundamento es la libre voluntad de la pareja para mantener o abstenerse de las relaciones sexuales, según los fines propuestos y la fase del ciclo. Los métodos naturales contemplan la "paternidad responsable", que implica un conocimiento y respeto de los procesos biológicos de la persona, considerando las condiciones físicas, económicas, psicológicas y sociales de la pareja, que decidirá tener una familia numerosa, o bien, evitar un nuevo nacimiento durante algún tiempo o por tiempo indefinido; siempre y cuando tengan motivos graves y se respete la naturaleza humana.

La investigación permitirá proporcionar información actualizada en relación a los conocimientos y actitudes de los estudiantes de Enfermería en relación a la paternidad responsable, puesto que el tiempo ha demostrado que pese a los esfuerzos que hacen las instituciones de salud, escuelas y la iglesia católica de difundir información al respecto, las actitudes de las personas se mantiene con hábitos no saludables por tanto, continúa siendo un problema social, de tal forma que la información puede servir de base para la formulación de programas y talleres que logren mejorar la situación demostrada a través de la investigación.

Los métodos anticonceptivos no deberían ser los puntos importantes dentro de la educación sexual para los jóvenes en la toma de decisiones relacionadas a su vida sexual y sus relaciones personales sino el amor y respeto a los seres humanos, el respeto a su dignidad, el derecho a su libertad y la obligación de respetar bajo cualquier factor la vida, son los fundamentos que los llevaría a tener una vida digna. Así mismo la educación de sus hijos será mejor pues los padres podrán costear de manera adecuada su formación, contribuyendo a un buen desarrollo personal para su futuro.

1.5 Limitación del Estudio

El estudio presento limitaciones respecto a los escasos antecedentes de investigación respecto al tema investigado

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Históricos

La regulación de la fecundidad tiene muchos siglos de evolución, y empezó dentro de aspectos tradicionales y sin fundamento científico, alcanzando finalmente el desarrollo de métodos caracterizados por su efectividad, de los cuales las personas pueden decidir qué método escoger. Tal vez lo más valioso en la regulación de la fecundidad es el deseo de planificar los embarazos y por lo tanto evitarlos cuando no se los ha planificado, dentro de una práctica de derechos sexuales y reproductivos.¹⁰

El primer texto médico sobre anticoncepción se encontró en los papiros egipcios denominados Petri o Kahun, que datan de 1 850 años A.C. Allí se encuentran consejos y prescripciones ginecológicas, como el empleo del estiércol de cocodrilo mezclado con una pasta que actuaría a modo de vehículo, el mismo que era insertado en la vagina de la mujer; la irrigación con sustancias como el carbonato de sodio y el empleo de una sustancia semejante a la goma que se insertaba también en la vagina.

Las mujeres egipcias usaban tampones hechos de lino impregnados de zumo de limón o se colocaban cáscaras de limón sobre el cérvix. Las chinas ingerían 14 renacuajos vivos 3 días después de la menstruación. Más adelante, en la edad media, se preparaba pociones de hojas de sauce, óxido de hierro, barro o riñones de mula con propósitos anticonceptivos.¹¹

Los anticonceptivos hormonales orales aparecen en la década de los 50 y, en 1959, Openheimer, en Israel, lanzó el dispositivo intrauterino como un

avance importante en materia anticonceptiva, aunque ya años antes Ota había hecho lo mismo en Japón.¹²

En la década de los sesenta el Papa Pablo VI en el *Humanae Vitae* basa todo su desarrollo en dos pilares fundamentales: el amor conyugal y la paternidad responsable, haciendo uso de los métodos naturales ya que éstos facilitan el respeto a la otra persona y a su cuerpo. La abstinencia temporal, decidida de mutuo acuerdo por el hombre y la mujer, no sólo no debilita el amor, sino que lo hace más fuerte, más libre y más profundamente personal. En cambio, con los medios artificiales se abre el camino a que cada uno y sobre todo el varón, habituándose al uso de las prácticas anticonceptivas, se despreocupe del equilibrio físico y psicológico de la otra persona, y llegue a considerarla como un objeto de placer sexual que debe estar siempre disponible para su propia satisfacción.¹³

El Papa Pablo VI reconoce que tal vez las enseñanzas que intenta diseminar no serán aceptadas por todos, indica diversas consecuencias que podrían darse del uso de medios no naturales para el control de la natalidad: en el cual reitera que se abriría el camino para la infidelidad conyugal y la degradación de la moralidad, se perdería el respeto por la mujer que podría llegar a ser considerada como un mero objeto de placer, se daría a algunos estados la posibilidad de intervenir en temas tan íntimos de la pareja.

El Papa se dirige a diversos grupos para solicitar su apoyo. Pide a las autoridades públicas que se opongan a las leyes que deterioren las leyes naturales de moralidad, pide que los científicos estudien mejores métodos de control natal natural y un llamado a que los doctores, enfermeras y sacerdotes

promuevan “métodos naturales” sobre los artificiales.¹³

Así también la anticoncepción (AC) y con ella la planificación familiar (PF), tuvo sus orígenes en una concepción demográfica, la misma que dio un cambio muy grande luego de las Conferencias Internacionales de Cairo y de Beijing, en 1994 y 1995, respectivamente, transformándose en una concepción basada eminentemente en el respeto por los Derechos de las Personas, esto es los Derechos Sexuales y Reproductivos.¹⁴

En Perú, los pasos iniciales que se dieron en AC y PF aparecen en la década de los 60, cuando se fundó el Centro de Población y Desarrollo, institución que puso de relieve los aspectos demográficos de la población. A mediados de esa misma década se fundó también la Asociación Peruana de Planificación Familiar (APPF) y el Instituto Marcelino, instituciones ambas dedicadas a la prestación de servicios de PF y actividades de investigación en el campo reproductivo. Es durante el gobierno militar y luego de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1974, que el Gobierno aprobó los Lineamientos de Política de Población, en 1976, que fueron la base de las disposiciones políticas sobre AC y de la Ley de Población, aprobada en julio de 1985. En el año 1989, se aprobó formalmente un Programa de PF desde el MINSA, lo que dio inicio a actividades de entrega de servicios a nivel nacional en el sector público. Durante la década de los 90, las actividades de PF fueron fortalecidas y se diversificó la metodología AC, aunque no infrecuentemente, afectando los derechos de las mujeres en su capacidad de decidir.

La recuperación de la Democracia en el Perú, a inicios de la presente década, trajo consigo la desactivación de los Programas existentes hasta la fecha y con ellos el Programa de PF y desde entonces el país ha enfrentado diversos

problemas relacionados al escaso entendimiento que hay respecto de la importancia de políticas que aborden de una manera integral la salud sexual y reproductiva (SS y RR), que incluya la PF que contribuya a la disminución de los embarazos no deseados, los abortos inseguros y consecuentemente la mortalidad materna.¹⁵

2.2 Investigaciones Internacionales

Gallardo G, Gómez E, Muñoz M, Suárezen N. Realizaron en el 2006 un estudio de diseño descriptivo analítico, con el objetivo evaluar la relación entre la transformación de la Paternidad-Tradicional y el surgimiento de una Nueva-Paternidad, población jóvenes universitarios heterosexuales de nivel socioeconómico medio, de entre 18 y 25 años de edad. El instrumento fue el Grupo Focal, las cualidades evaluadas como positivas de la Paternidad-Tradicional se conservarían, pero transformadas mediante el proceso central de incluir la afectividad en la representación social de paternidad; por facilitar el intercambio de ideas entre los participantes a partir de sus sentimientos, creencias y experiencias, brindando así información en profundidad sobre el tema en cuestión. Los resultados refieren que los adolescentes, independientemente del sexo, nos muestran que la paternidad a la que aspiran los jóvenes del estudio se asume como un nuevo rol, aún por delinear y el cual ha de ser aprendido por el padre y facilitado en su ejecución por la madre. La emergencia de nuevos roles de género y la percepción de un cambio en el rol tradicional del padre, sientan las bases para el surgimiento del pensar una buena paternidad inserta en una relación de pareja de calidad. Ser un buen padre se vuelve una aspiración común entre los jóvenes entrevistados, para lo cual se hace imperiosa y necesaria una relación de pareja estable, afectiva y

comprometida. El matrimonio, si bien aún mantiene su importancia como institución social, pierde peso frente a la relevancia dada a estos factores. Una relación de pareja buena y estable permitiría, entre otras cosas, establecer con el hijo un mayor compromiso, estar más presente y distribuir roles y tareas de manera compartida y equilibrada con la madre.¹⁶

Maroto A, Moreno M, Moreno R, Ortiz C, Escobar F. Realizaron un estudio en el 2009 de diseño muestreo sistemático con el objetivo conocer qué métodos anticonceptivos conocen las mujeres en edad fértil, así como la prevalencia de su uso; la población 389 de las 5800 mujeres en edad fértil (15-45 años) asignadas a un centro de salud. Instrumento una encuesta, la cual incluía preguntas acerca del conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, características socioculturales y actividad sexual. Los resultados refieren que los adolescentes, independientemente del sexo, nos muestran que contactaron con 178 mujeres, de las que participaron 166 (tasa de respuesta de 42,7%). De ellas utilizaban algún método anticonceptivo 86 (51,8%; IC: 44,2 - 59,4%). Sin embargo, entre mujeres con riesgo de embarazo no deseado, la prevalencia de uso era del 70,5% (IC: 62,4-78,6%), destacando el hecho de que en el grupo de mujeres de 40 a 45 años sólo utilizaran anticonceptivos el 45,4%, con una frecuencia significativamente inferior a los otros grupos de edad. Los métodos más conocidos eran el preservativo (90,4%), los contraceptivos orales (89,2%) y el dispositivo intrauterino (78,3%), siendo escaso el conocimiento de otros métodos.¹⁷

Calero J, Santana F. Realizaron en el 2010 un estudio de diseño descriptivo explorativo, con el objetivo de determinar en un grupo de adolescentes, algunas percepciones relacionadas con la iniciación sexual, el embarazo en la

adolescencia y el aborto; y qué fuentes de información pudieron influir en la formación de estas percepciones.; la población a 399 adolescentes de 9no grado de ambos sexos, de 4 escuelas secundarias. Utilizaron como instrumento un cuestionario auto administrado y creado al efecto, el cual, fue sometido previamente a un pilotaje, con el fin de determinar el grado de comprensión y dificultad de cada acápite. Los resultados refieren que los adolescentes, independientemente del sexo, nos muestran que la mayoría de estos adolescentes residían en el municipio "Plaza de la Revolución" (72,4%), y el resto pertenecían a los municipios colindantes con este. Poco más de la mitad de los adolescentes (51,6%) convivía con sus 2 padres biológicos; y solamente 6 adolescentes (1,5%) vivían solo con el papá. De los 399 estudiantes, el 78,9 % (314) participó -alguna vez- en algún círculo de interés o charla sobre educación sexual; encontrando, que la mayor proporción de estos (72,2%) lo recibieron en las escuelas, y el resto se distribuyeron entre el barrio, el consultorio del médico de la familia y el policlínico; el 1,5% lo recibió en la Casa de la Cultura. Estos círculos y/o charlas, fueron impartidos -en su mayoría- por maestros (66,6%); por psicólogos en el 26,9% y por médicos en el 23,3%. El resto de los adolescentes lo recibieron por educadores para la salud, enfermeras y otras personas. En cuanto a las percepciones acerca del hecho de conversar sobre su sexualidad, se mostró una diferencia significativa ($p < 0,001$) entre los sexos, para la categoría "tienen a quien dirigirse"; a esta, el 68,2% de los chicos y el 77,1% de las chicas respondieron que "siempre", el 26,0% de los varones y el 22,4% de las muchachas dijo poderlo hacer "a veces" y "nunca" fue señalado por el 5,8% de los muchachos y el 0,5 % de las muchachas. Para las restantes categorías no se mostraron diferencias significativas.¹⁸

2.3. Antecedentes Nacionales

Komura L, Magnoni L. Realizaron en el 2009 un estudio de diseño historia oral temática con el objetivo de describir las vivencias de la trayectoria de la paternidad en la adolescencia; fueron entrevistados 19 residentes de una comunidad brasileña de baja renta, las categorías descriptivas de la experiencia fueron: Lagunas en la educación sexual, falta de cuidado con la anticoncepción y el deseo de ser padre, contribuyeron para la ocurrencia de la paternidad en la adolescencia; Los adolescentes fueron sorprendidos por la gravidez y aceptaron las responsabilidades paternas en la medida de sus posibilidades; La paternidad en la adolescencia significó alcanzar la madurez rápidamente y tener la vida transformada, y, Arrepentimiento o felicidad: resultados distintos de la paternidad en la adolescencia. Los resultados refieren que los adolescentes, independientemente del sexo, nos muestran que en el momento de la entrevista, los colaboradores tenían entre 16 y 27 años con una media de 19,7 años, diez eran solteros, seis estaban viviendo con sus parejas aun sin vínculo marital legalizado y dos eran casados, ellos habían tenido entre uno y cuatro hijos y todos habían tenido apenas un hijo en la fase de la adolescencia, dos eran estudiantes y los demás desarrollaban trabajos operacionales, dos tenían trabajo con registro en el Ministerio de Trabajo, dos estaban desempleados y 14 trabajando sin registro. En cuanto a la escolaridad, había un analfabeto y los años de estudio tuvieron variación entre seis y once años, con una media de 9.6 años. Seis no tenían religión y 12 eran católicos y la edad en que ocurrió la paternidad en la adolescencia varió entre 14 y 19 años, con una media de 16 años.¹⁹

García I, Ávila E, Lorenzo A. y Lara M. Realizaron en el 2009 un estudio de diseño descriptivo – retrospectivo con el objetivo determinar condiciones subjetivas y objetivas favorables para la preparación de las nuevas generaciones en el amor, el matrimonio, la vida en pareja y la familia. La población 100 adolescentes de 10 a 19 años del Policlínico Docente "Wilfredo Pérez Pérez" de San Miguel del Padrón. El instrumento un cuestionario sobre algunos aspectos de la sexualidad, fundamentalmente sobre anatomía del aparato genital, actividad sexual, anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual. Los resultados refieren que los adolescentes, independientemente del sexo, nos muestran que sólo el 5% de los adolescentes no tenía conocimientos sobre la anatomía del aparato genital y pertenecía al grupo de edad de 10 a 13 años. La totalidad de los adolescentes consideró como condiciones indispensables para su primera relación sexual, la privacidad del lugar y que fuera el resultado del deseo de ambos. Señalan como el principal peligro al que se enfrentan con la actividad sexual a la posibilidad de que se enteren los padres. Un porcentaje elevado (81%) consideró que la mejor edad para la maternidad es la comprendida entre los 20 y 34 años. El mayor porcentaje de adolescentes señala al condón como el mejor método de anticonceptivo en esta etapa de la vida, además de ser el ideal para evitar las enfermedades de transmisión sexual. La información previa sobre sexualidad fue recibida fundamentalmente por compañeros y amigos, sólo el 39 % por los padres.²⁰

2.3 Base Teórica

CONOCIMIENTO

El conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie. Científicamente, es estudiado por la epistemología, que se la define como la 'teoría del conocimiento'; etimológicamente, su raíz madre deriva del griego epísteme, ciencia, pues por extensión se acepta que ella es la base de todo conocimiento. Su definición formal es “Estudio crítico del desarrollo, métodos y resultados de las ciencias”.

Se la define también como “El campo del saber que trata del estudio del conocimiento humano desde el punto de vista científico”. En cambio, gnoseología deriva del griego gnosis, conocimiento al que también estudia, pero desde un punto de vista general, sin limitarse a lo científico. En la práctica, la gnoseología es considerada como una forma de entender el conocimiento desde la cual el hombre -partiendo de su ámbito individual, personal y cotidiano, establece relación con las cosas, fenómenos, otros hombres y aún con lo trascendente.

La teoría del conocimiento plantea tres grandes cuestiones:

La 'posibilidad' de conocer. La epistemología propone soluciones opuestas:

- Escepticismo: los escépticos dudan de la capacidad del hombre para conocer y por tanto para alcanzar alguna verdad o certeza. Sus

maximalistas ponen en duda toda, desconfían de la razón y aún de sus propias impresiones sensibles; viven en completa indiferencia, ignorando todo lo aceptado, en cuanta especulación o práctica.

- Dogmatismo: el dogmático sostiene que sí es posible conocer y que para lograrlo solo existen verdades primitivas o evidentes, que tienen ese carácter porque al pretender refutarlas implícita e involuntariamente se les afirma y porque fuera de ellas no puede haber conocimiento.

Las verdades evidentes del dogmatismo son:

- La existencia del mundo material.
- La existencia del yo cognoscente.
- El principio de la no contradicción.
- La amplitud de la mente para conocer.

La naturaleza del conocimiento, es decir, cuál es la esencia del conocimiento.

Se acepta al conocer como un acto consciente e intencional del sujeto para aprehender mentalmente las cualidades del objeto, por tanto, la relación sujeto-conocimiento se establece como un *ser-en* pero también con un *ser-hacia* que le da intencionalidad, característica que lo hace frágil y cambiante.

Para interpretar la naturaleza del conocimiento, la teoría propone dos grandes vertientes:

- Idealismo: como doctrina reduce el conocer al mundo a una actividad del espíritu e identifica lo real con lo racional, al objeto con el sujeto del conocimiento y afirma que aún lo que no se puede ver puede ser conocido.

- Realismo: al contrario, sostiene que el hombre solo puede conocer al 'ser en sí mismo' o al 'ser real' únicamente cuando su juicio es o está acorde con 'su' realidad, deviniendo en la corriente epistemológica opuesta al Idealismo.

Los medios para obtener conocimiento: Tema controvertido, que implica conceptuar de qué se vale el hombre para iniciar y desarrollar el conocimiento.

Las primeras experiencias del protosapiens se habrían manifestado concomitantes a cambios anatómicos; así, el tiempo consolida la oposición del pulgar, éxito que potencia y es potenciado por el desarrollo del cerebro, que por acierto y fracaso comienza a catalogar y valorar e instintivamente a desechar lo superfluo y solo guardar hechos esenciales y vitales. Alcanza su apogeo al desarrollar el lenguaje, hecho que mejora sustancialmente el avance al facilitar la transmisión a cada nueva generación lo aprendido de la anterior, para mantener la vida y que finalmente le va a hacer la especie dominante.

El inicio y desarrollo del conocimiento es un proceso gradual: el hombre al comienzo tiene en la experiencia captada por los sentidos la base para aprehender la realidad, luego aprende a razonar, es decir a derivar juicios que le lleven a representaciones abstractas, un campo diferenciado ya de la inicial captura de la realidad de su experiencia diaria.²¹

Tipos de conocimiento

Conocimiento empírico o conocimiento vulgar. En sus inicios, el hombre por observación natural comienza a ubicarse en la realidad, apoyado en el conocer que le da la experiencia de sus sentidos y guiado únicamente por su curiosidad. Este conocer inicial aprendido en la vida diaria se llama empírico, por derivar de la experiencia, y es común a cualquier ser humano que cohabite una misma circunstancia.

Conocimiento filosófico. Conforme el hombre avanza, busca conocer la naturaleza de las cosas y para entender mejor su entorno, y a él mismo, se cuestiona cada hecho aprehendido en la etapa del conocimiento empírico. Este cambio propicia una nueva forma de alcanzar el conocimiento, a la que denomina filosofía, otro tipo de conocer que se caracteriza por ser:

- Crítico: no acepta métodos ni reglas preestablecidas, aunque ya hayan sido validadas y aceptadas. Somete todo al análisis, sin ninguna influencia ni la de sus propios principios.
- Metafísico: va más allá de lo observable y entendible, al afirmar que el campo científico, físico, es finito y que por tanto donde acaba la ciencia comienza la filosofía, pero no la priva de tener su propia filosofía.
- Cuestionador: recusa todo lo conocido, incluyendo la realidad, y se interroga por la vida y su sentido y por el hombre mismo en cuanto hombre.
- Incondicionado: es autónomo, no acepta límites ni restricciones y, es más, incorpora el concepto de libre albedrío, para el acto de pensar para conocer.

- Universal: su meta es la comprensión total e integral del mundo, para encontrar una sola verdad, la verdad universal.

Conocimiento científico. El hombre sigue su avance y para mejor comprender su circunstancia explora una manera nueva de conocer. A esta perspectiva la llama investigación; su objetivo: explicar cada cosa o hecho que sucede en su alrededor para determinar los principios o leyes que gobiernan su mundo y acciones.

Con relación a la caracterización del conocimiento científico, éste se estructura en base a la relación interdependiente de sus elementos:

Teoría, característica que implica la posesión de un conocer ya adquirido y validado en base a explicaciones hipotéticas de situaciones aisladas, explicadas total o insuficientemente, pero con las que se puede establecer construcciones hipotéticas para resolver un nuevo problema

Método, procedimiento sistemático que orienta y ordena la razón para, por deducción o inducción, obtener conclusiones que validen o descarten una hipótesis o un enunciado

Investigación, proceso propio del conocimiento científico creado para resolver problemas probando una teoría en la realidad sustantiva, dejando a salvo ir en sentido inverso, de la realidad a la teoría.²²

Teorías del Conocimiento

Teoría del Aprendizaje Significativo

La teoría del aprendizaje significativo de Ausubel (TASA) es una de las teorías cognitivas elaboradas desde posiciones organicistas. La propuesta de Ausubel está centrada en el aprendizaje producido en un contexto educativo, es decir en el marco de una situación de interiorización o asimilación a través de la instrucción.

Ausubel desarrolló una teoría sobre la interiorización o asimilación, a través de la instrucción, de los conceptos verdaderos, que se construyen a partir de conceptos previamente formados o descubiertos por la persona en su entorno. Como aspectos distintivos de la teoría está la organización del conocimiento en estructuras y las reestructuraciones que se producen debido a la interacción entre esas estructuras presentes en el sujeto y la nueva información. Ausubel considera que para que esa reestructuración se produzca se requiere de una instrucción formalmente establecida, que presente de modo organizado y preciso la información que debe desequilibrar las estructuras existentes. La teoría toma como punto de partida la diferenciación entre el aprendizaje y la enseñanza.

El aprendizaje significativo es el proceso según el cual se relaciona un nuevo conocimiento o información con la estructura cognitiva del que aprende de forma no arbitraria y sustantiva o no literal. Esa interacción con la estructura cognitiva no se produce considerándola como un todo, sino con aspectos relevantes presentes en la misma, que reciben el nombre de ideas de anclaje.²³

Aprendizaje memorístico y significativo

Ausubel considera que toda situación de aprendizaje contiene dos dimensiones, que pueden ubicarse en los ejes vertical y horizontal. La dimensión representada en el eje vertical hace referencia al tipo de aprendizaje realizado por el alumno, es decir, los procesos mediante los que codifica, transforma y retiene la información e iría del aprendizaje meramente memorístico o repetitivo al aprendizaje plenamente significativo. Y la dimensión representada en el eje horizontal hace referencia a la estrategia de instrucción planificada para fomentar ese aprendizaje, que iría de la enseñanza puramente receptiva, en la que el profesor o instructor expone de modo explícito lo que el alumno debe aprender a la enseñanza basada en el descubrimiento espontáneo por parte del alumno.

Ausubel muestra que aunque el aprendizaje y la instrucción interactúan, son relativamente independientes, de tal manera que ciertas formas de enseñanza no conducen por fuerza a un tipo determinado de aprendizaje. Es decir, tanto el aprendizaje significativo como el memorístico son posibles en ambos tipos de enseñanza, la receptiva o expositiva y la enseñanza por descubrimiento o investigación.

Ubicándonos en el eje vertical, Ausubel distingue entre aprendizaje memorístico y aprendizaje significativo. El aprendizaje es significativo cuando puede incorporarse a las estructuras de conocimiento que posee el sujeto, es decir cuando el nuevo material adquiere significado para el sujeto a partir de su relación con conocimientos anteriores. Para ello es necesario que el material que debe aprenderse posea un significado en sí mismo, es decir, que haya una relación no arbitraria o simplemente asociativa entre sus partes. Pero es

necesario además que el alumno disponga de los requisitos cognitivos necesarios para asimilar ese significado.

En cuanto al aprendizaje memorístico o por repetición es aquel en el que los contenidos están relacionados entre sí de un modo arbitrario, es decir careciendo de significado para la persona que aprende. Sin embargo, el aprendizaje memorístico también puede producirse con materiales que posean un significado entre sí mismos, siempre que no se cumplan las condiciones del aprendizaje significativo.²⁴

Las condiciones del aprendizaje significativo:

Según Ausubel para que se produzca un aprendizaje significativo es preciso que tanto el material que debe aprenderse como el sujeto que debe aprenderlo cumplan ciertas condiciones. En cuanto al material, es preciso que posea significado en sí mismo, es decir, que sus elementos están organizados en una estructura. Pero no siempre los materiales estructurados con lógica se aprenden significativamente, para ello, es necesario además que se cumplan otras condiciones en la persona que debe aprenderlos.

En primer lugar, es necesaria una *predisposición* para el aprendizaje significativo, por lo que la persona debe tener algún motivo para aprender. Además del material con significado y la predisposición por parte del sujeto, es necesario que la estructura cognitiva del alumno contenga *ideas inclusoras*, esto es decir, ideas con las que pueda ser relacionado el nuevo material. A su vez, este proceso es similar a la acomodación piagetiana, la nueva información aprendida modificará la estructura cognitiva del individuo.

Formas de aprendizaje significativo

Aprendizaje subordinado:

- **Inclusión derivativa:** La nueva información es vinculada a la idea supra ordenada y representa otro caso o extensión. No se cambian los atributos de criterio del concepto que se tenía, pero se reconocen nuevos ejemplos como relevantes
- **Inclusión correlativa:** La nueva información es vinculada a la idea que se tiene, pero es una extensión, modificación o limitación de esta. Los atributos de criterio del concepto concebido pueden ser modificados con la nueva inclusión correlativa
- **Aprendizaje supra ordenado:** Las ideas establecidas se reconocen como ejemplos más específicos de la idea nueva y se vinculan a ésta. La idea supra ordenada se define mediante un conjunto nuevo de atributos de criterio que abarcan las ideas subordinadas.
- **Aprendizaje combinatorio:** La idea nueva es vista en relación con las ideas existentes, pero no es más inclusiva ni más específica que éstas. En este caso se considera que la idea nueva tiene algunos atributos de criterio en común con las ideas preexistentes.²⁵

Teoría del Conocimiento Andragógico

El término andragogía se usa para distinguir entre la teoría del aprendizaje de adultos y la teoría del aprendizaje de adolescentes, conocida como pedagogía. El término lo hizo popular Malcom Knowles en su trabajo clásico “La Práctica Moderna de la Educación a Adultos”.

Se hace necesario buscar nuevas formas de activar la meta cognición en la edad adulta y de ello se encarga la Andragogía que es la disciplina que se ocupa de la educación y el aprendizaje del adulto, a diferencia de la Pedagogía que se aplica a la educación del niño. De una manera muy sucinta podría decir que "Andragogía es al adulto, como Pedagogía al Niño".

El niño se somete al sistema, el adulto busca el conocimiento para su aplicación inmediata que le permita reeditar en el menor tiempo, existiendo la clara conciencia de buscar ser más competitivo en la actividad que el individuo realice, más aún si el proceso de aprendizaje es patrocinado por una organización que espera mejorar su posición competitiva, mejorando sus competencias laborales, entendiendo como competencias al conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes orientadas a un desempeño superior en su entorno laboral, que incluyen tareas, actividades y responsabilidades, que contribuyen al logro de los objetivos clave buscados

Teorías en las que se basa la Andragogía

Conductista: En el plano filosófico se asocia al objetivismo, una realidad objetiva, separada de la conciencia, y el individuo aprende a conocer esta realidad a través de los sentidos. El aprendizaje se define estrictamente por los comportamientos observables y medibles. Y están determinados por las condiciones medioambientales, el estudiante es un ser pasivo que reacciona a los estímulos. Las condiciones del medioambiente es el factor principal de aprendizaje, la modificación del comportamiento, el reforzamiento como actividad más relevante y los objetivos de aprendizaje.

Cognoscitivista o cognitiva: Proceso de organización y reorganización cognitiva del campo perceptual, en el cual el individuo juega un rol activo. El aprendizaje no está completo si las nuevas estructuras de conocimiento no son integradas en las estructuras previas. Tres elementos son fundamentales en el proceso de aprendizaje: Conocimientos previos, información que posee y las representaciones mentales que elabora.

El aprendizaje es un proceso activo, personal y de construcción de conocimientos, a través del cual el educando selecciona, organiza e incorpora a su sistema cognitivo la información que es presentada, por lo tanto es dependiente de las relaciones que pueda establecer entre los conocimientos previos y los nuevos contenidos que debe aprender. El concepto de evaluación es tomar en cuenta tanto los conocimientos como las estrategias cognitivas y meta cognitiva frecuentemente formativas y la retroalimentación se centra en las estrategias utilizadas y en la construcción del conocimiento, el rol del y la estudiante es activo, constructivo.

El método cognitivo surge a comienzos de los años sesenta y se presenta como la teoría que ha de sustituir a las perspectivas conductistas. Muestra una nueva visión del ser humano, al considerarlo como un organismo que realiza una actividad basada fundamentalmente en el procesamiento de la información, muy diferente a la visión reactiva y simplista que hasta entonces había defendido y divulgado el conductismo. Reconoce la importancia de cómo las personas organizan, filtran, codifican, categorizan, y evalúan la información y la forma en que estas herramientas, estructuras o esquemas mentales son empleados para acceder e interpretar la realidad.

El docente se centra especialmente en la confección y la organización de experiencias didácticas para lograr esos fines.

Constructivista: El educando construye su realidad de acuerdo a la percepción derivada de su propia experiencia, de manera que su conocimiento es una función de las experiencias previas, estructuras mentales y las creencias que utiliza para interpretar su entorno. Asume los principios de la teoría cognitiva pero además señala que las actividades deben hacerse en contextos auténticos y tener una significación personal, el rol del profesor además de ser un mediador, debe estimular al alumno a hacer una reflexión sobre el conocimiento construido y sobre el proceso de aprendizaje y a la utilización de múltiples modos de representación del conocimiento. Estimular el desarrollo de habilidades, ser activos en la selección de estrategias de aprendizaje.

La evaluación es formativa con énfasis en la autoevaluación y coevaluación y debe dar lugar al error para estimular al alumno a hacer una exploración estratégica de sus errores, la retroalimentación debe hacerse de manera consistente y a tiempo. El constructivismo sostiene que el aprendizaje es esencialmente activo por parte del alumno. Una persona que aprende algo nuevo, lo incorpora a sus experiencias previas y a sus propias estructuras mentales. El alumno ensambla, extiende, restaura e interpreta, y por lo tanto "construye" conocimientos partiendo de su experiencia e integrándola con la información que recibe.

En este proceso de aprendizaje constructivo, el profesor cede su protagonismo al alumno quien asume el papel fundamental en su propio proceso de formación, se convierte en el responsable de su propio aprendizaje,

mediante su participación y la colaboración con sus compañeros. No es que el individuo piense y de ahí construye, sino que piensa, comunica lo que ha pensado, confronta con otros sus ideas y de ahí construye. Desde la etapa de desarrollo infantil, el ser humano esta confrontando sus construcciones mentales con su medio ambiente.

El niño, y por extensión el adolescente, es una realidad concreta y dinámica diferente al adulto. Esta realidad se diferencia en el tiempo y el espacio. Ambos son biológica, psicológica y socialmente distintos en estructura y comportamiento. Por cuanto los principios pedagógicos son inaplicables en la educación del adulto, atribuimos a la ANDRAGOGIA la obligación de estudiar su realidad y determinar las normas adecuadas para dirigir su proceso educativo. Basado en los conocimientos previos y experiencias que la escuela de la misma vida le ha proporcionado.²⁶

ACTITUD

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. El término "actitud" ha sido definido como " reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado".

Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de las actitudes tienden a permaneces bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Las actitudes raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía.

Las actitudes se componen de 3 elementos:

- Lo que piensa (componente cognitivo): para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. 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.
- Lo que siente (componente emocional): es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo.
- Tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual): es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

Las emociones están relacionadas con las actitudes de una persona frente a determinada situación, cosa o persona. Entendemos por actitud una tendencia, disposición o inclinación para actuar en determinada manera, en la actitud (preámbulo para ejercer una conducta), podemos encontrar varios elementos, entre los que desarrollan los pensamientos y las emociones. Por ejemplo, en el estudio de una carrera, si la actitud es favorable,

encontraremos pensamientos positivos referentes a ella; así como, emociones de simpatía y agrado por esos estudios. Las emociones son así ingredientes normales en las actitudes. Todos tenemos determinadas "actitudes" ante los objetos que conocemos, y formamos actitudes nuevas ante los objetos que para nosotros son también nuevos.

Podemos experimentar sentimientos positivos o negativos hacia los alimentos congelados, etc. Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras actitudes se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otros dependen directamente del individuo. Pese a todo, hay veces que las actitudes pueden modificarse, lo cual obedece a diversos motivos.

Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y asimilar las actitudes de éste. Lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto.²⁷

PATERNIDAD RESPONSABLE

La paternidad responsable es el privilegio y obligación de una pareja casada de decidir con amor el número y espaciamiento de sus hijos utilizando un medio ético.

Las relaciones sexuales deben darse dentro del matrimonio, es decir, cuando exista un compromiso para toda la vida y pueda darse una entrega total de la que se deriven los fines unitivo (amor) y procreativo (apertura a la vida). Significa el respeto que debe tenerse a la persona, a la naturaleza humana, en fin, al acto conyugal.

Paternidad responsable implica que los padres tengan conciencia que el procrear un ser humano no sólo un compromiso y deber recíproco entre la pareja, sino también ante el hijo, la familia y la sociedad. No sólo es la decisión de dos para sí; sino que afectará a la totalidad de la familia, influirá en forma acertada o no en la sociedad, ya que la familia no es una isla en la sociedad, sino que es la célula básica de la sociedad.²⁸

En resumen, PR es "dar vida en plenitud"; tener los hijos deseados, para transmitirles vida "en plenitud". Es decir, que los padres (y no otros familiares o personas) enseñen a sus hijos, día a día, no sólo con palabras, sino con el ejemplo, a ser verdaderas personas humanas; esto exige una preparación mínima adecuada.

Que los padres no deben procurar solamente brindar adecuada vivienda, alimentación, educación, salud y vestimenta a sus hijos, sino, además, tienen la responsabilidad de brindarles amor, amistad, tiempo y protección. Esto último representa el aspecto más importante de la PR, sobre todo en nuestro país, donde la mayoría de la población vive en la pobreza y todo su tiempo está orientado a conseguir recursos económicos para alimentación, vivienda, educación...; "no hay tiempo" para estar con los hijos y, por lo tanto, no hay

oportunidad de brindarles amor, amistad y protección. Al final, son hijos de nadie.

En Salud Reproductiva decimos: "Padres Saludables, hijos saludables". Resulta difícil aplicar esta afirmación, cuando no hay salud psicológica, social y espiritual.

Aspectos de la Paternidad Responsable

La PR hay que considerarla bajo diversos aspectos legítimos y relacionados entre sí. En relación a los procesos biológicos, significa conocimiento y respeto de sus funciones; la inteligencia descubre, en el poder de dar la vida, leyes biológicas que forman parte de la persona humana.

Promoviendo acciones multidisciplinarias, lograremos que nuestra población conozca los aspectos biológicos de la concepción, el mejor momento para ejercerla, cómo evitar los riesgos de un embarazo no deseado, cómo espaciar las gestaciones. La labor educativa es esencial, pero también difícil y de efectos a largo plazo.

En relación a la tendencia del instinto y las pasiones, la PR ayuda al dominio necesario para que sobre ellas ejerzan la razón y la voluntad. La pregunta es: Si existe dominio sobre el instinto sexual, siendo la respuesta poco alentadora. Esto exige invertir recursos sobre todo en la población de riesgo. Una educación sexual que, no sólo impida las enfermedades transmitidas sexualmente o el nacimiento de niños no deseados, sino que promueva una PR y seres humanos responsables.

En relación con las condiciones físicas, económicas, psicológicas y sociales, la PR se pone en práctica para determinar el número de la familia. Es en la etapa pre concepcional donde se aborda los temas mencionados; el embarazo no debe ser una sorpresa, sino el corolario de una preparación de la pareja, la cual debe estar orientada por expertos.

La PR comprende, sobre todo, "Una vinculación con la conciencia recta", tanto de los padres como de los profesionales que los orientan, y esto exige preparación de ambos, en el marco de un respeto mutuo; conciencia recta, que conduce la conducta bajo principios éticos y morales.²⁹

Matrimonio y Paternidad

El concepto y los aspectos de PR exigen una unión estable de la pareja, donde los hijos logren desarrollarse como verdaderos seres humanos. El matrimonio, unión estable por excelencia y célula básica de la sociedad, garantiza el ejercicio de PR. El matrimonio implica la unión de una persona con todo su valer y con todo lo que representa la medida de su dignidad. La persona humana lleva consigo esta dimensión en cada sistema social, económico y político.

La promoción de la dignidad del matrimonio y la familia es un deber de quienes constituyen una familia. La PR expresa un compromiso concreto para cumplir ese deber que, en el mundo actual, presenta nuevas características.²⁹

En particular, la PR se refiere al momento en que el hombre y la mujer, al unirse, pueden convertirse en padres. Este momento tiene un valor significativo, tanto para su relación interpersonal como por su servicio a la vida.

Ambos comunican vida a un nuevo ser. La medicina, ciencia y arte al servicio de la vida y salud de las personas, aglutina a otras ciencias y colabora en el ejercicio de una adecuada PR. Los esposos aprenden lo que significa PR por propia experiencia y, también, de la experiencia de otras parejas que viven en condiciones análogas, así como de la ciencia, la cual se ha nutrido de la experiencia.

Para evitar visiones y tendencias erróneas difundidas actualmente sobre PR, es necesario precisar lo que significa entrega y responsabilidad. Cada hombre y cada mujer se realizan a plenitud mediante la entrega sincera de sí mismos, que se hace recíproca en el matrimonio, a través de la entrega de la masculinidad y la femineidad. Se trata de una entrega total, participando en el desarrollo pleno de la pareja, aceptándola tal cual es. Esto implica la responsabilidad procreativa vinculada al acto conyugal. Aunque la mujer es la primera que se da cuenta que es madre y el esposo adquiere conciencia de su paternidad a través de su esposa, ambos son responsables de la potencial y después efectiva PR. Ambos, asumen ante sí y los demás la responsabilidad de la nueva vida suscitada por ellos,

En el caso de las responsabilidades reproductivas, se pone énfasis en el Comportamiento sexual de los hombres y en el deseo con que ellos se enfrentan al hecho reproductivo. Los diagnósticos centroamericanos elaborados en el marco del proyecto sobre paternidad responsable.

Paternidad responsable evidenciaron que los varones de la región se mueven dentro de un patrón de comportamiento sexual con arreglo a valores centrados en los estereotipos de género sobre la masculinidad y la femineidad.

En este sentido, los varones tienden a no utilizar métodos anticonceptivos y a restringir su uso por parte de las mujeres. Si se considera, además, que ellos se involucran en múltiples experiencias sexuales, se hace comprensible cómo es que llegan a ser parte de embarazos no deseados en los que desconocen su responsabilidad y evaden su participación durante los distintos momentos del nacimiento y la crianza de los hijos(as). Como parte de este patrón, existe una relación positiva entre el estado civil de los hombres y las responsabilidades que asumen con sus hijos(as).

Consecuentes con la idealización de la maternidad, los hombres reconocen como sus hijos a aquellos infantes nacidos de la madre que ellos escojan y les brinde la certeza de su descendencia. Los hombres operan sobre la base de distinguir aquellas mujeres aptas para el matrimonio y las que no lo son. Priva la creencia que las mujeres que tienen relaciones sexuales por placer pueden haberlo hecho con otros hombres y por lo tanto, no son "adecuadas" para ser reconocidas como madres de un hijo que termina siendo rechazado.

Con miras a la medición y la construcción de indicadores, en este componente se han considerado algunas de las categorías y de los conceptos utilizados por la demografía para aproximarse al estudio del comportamiento sexual y reproductivo de los sujetos. Al respecto, habría que señalar que los varones han estado ausentes del estudio de la reproducción tanto por limitaciones técnicas de medición de la fecundidad masculina, como por los conceptos que han prevalecido en la interpretación de la sexualidad y la reproducción de mujeres y hombres.²⁹

GÉNERO³⁰

El término género hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres. El término distingue los aspectos atribuidos a hombres y mujeres desde un punto de vista social de los determinados biológicamente. A diferencia del sexo biológico, los *roles de género* y los comportamientos y relaciones entre hombres y mujeres (*relaciones de género*) pueden cambiar con el tiempo, incluso si ciertos aspectos de estos roles derivan de las diferencias biológicas entre los sexos.

Igualdad de Género

Según la terminología del FIDA, por igualdad de género se entiende una situación en la que mujeres y hombres tienen las mismas posibilidades, u oportunidades en la vida, de acceder a recursos y bienes valiosos desde el punto de vista social, y de controlarlos. El objetivo no es tanto que mujeres y hombres sean iguales, sino conseguir que unos y otros tengan las mismas oportunidades en la vida. Para conseguirlo, a veces es necesario potenciar la capacidad de los grupos que tienen un acceso limitado a los recursos, o bien crear esa capacidad. Por ejemplo, una de las medidas posibles es facilitar servicios de guardería para los niños a fin de que las mujeres puedan participar en los talleres de capacitación junto con los hombres.

Equidad de Género

Por equidad de género se entiende el trato imparcial de mujeres y hombres, según sus necesidades respectivas, ya sea con un trato equitativo o con uno diferenciado pero que se considera equivalente por lo que se refiere a los derechos, los beneficios, las obligaciones y las posibilidades. En el ámbito

del desarrollo, el objetivo de lograr la equidad de género, a menudo exige la incorporación de medidas específicas para compensar las desventajas históricas y sociales que arrastran las mujeres.

Salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad”. Esto quiere decir que estar sanos no implica solamente no estar enfermos o que no nos duela nada, sino también sentirnos bien, disfrutar de un nivel de vida que nos permita tener acceso a la educación, a una vivienda digna, una alimentación adecuada, y a la asistencia para el cuidado de la salud. Nuestra salud está y genéticos, el medio ambiente en el que vivimos, nuestro estilo de vida, nuestros comportamientos y costumbres, y nuestras posibilidades de acceder a los servicios de salud.

Sexualidad

La sexualidad es parte de la vida de todos los seres humanos. Muchas personas creen que la sexualidad es sólo tener relaciones sexuales o que tiene que ver solamente con nuestros genitales. Pero la sexualidad es mucho más que eso, abarca nuestro cuerpo, los sentimientos y las emociones y está muy ligada a nuestra identidad. La sexualidad la vivimos y la sentimos: tiene que ver con la forma de movernos, vestirnos, expresarnos y relacionarnos con los demás. Todas y todos tenemos sexualidad a lo largo de la vida, desde que nacemos hasta que nos morimos, aunque se exprese de manera diferente en las distintas edades.

Cada persona vive su sexualidad de una manera diferente. La sexualidad es tan amplia y variada como personas hay en el mundo y se expresa de distinta forma según seamos mujeres o varones, niños, jóvenes o adultos y también según las costumbres y creencias de nuestra familia y nuestro entorno. A pesar de ser tan importante en nuestra vida, muchas veces tenemos dificultades y vergüenza para hablar de nuestra sexualidad.

Los mitos sobre la sexualidad:

- En nuestra sociedad circulan muchas ideas falsas o incorrectas sobre la sexualidad que se transmiten de boca en boca pero que no tienen ningún fundamento. Por ejemplo, muchas personas creen que una mujer no puede tener relaciones sexuales, o que un varón que tiene relaciones con una mujer que está menstruando puede quedar impotente. Esto es absolutamente falso.
- También existen ideas acerca de que ciertos comportamientos son “correctos” o “naturales” y otros “incorrectos”, “indecentes” o “prohibidos” (masturbación, relaciones sexuales entre personas del mismo sexo). Estas nociones no son de ningún modo verdades absolutas, y lo que le gusta a algunos puede no gustarle a otros pero no por ello deben ser criticados o juzgados.
- Las falsas creencias y la información errónea nos impiden disfrutar libremente de nuestra sexualidad. Además, pueden fomentar actitudes discriminatorias frente a otras personas.

Inequidades de Género

En todas las sociedades se espera que varones y mujeres nos comportemos de formas diferentes. Desde la infancia nos enseñan normas acerca de qué es lo apropiado para un hombre o una mujer. Nos vestimos de forma diferente, jugamos juegos diferentes, nos interesamos por cosas diferentes y también aprendemos que mujeres y varones deben mostrar distintas emociones (por ejemplo “las mujeres son sensibles”, “los hombres no lloran”). En este modelo tradicional los hombres tienen la responsabilidad de proveer sostén económico, y las mujeres son las encargadas del hogar y el cuidado de los hijos.

Estas diferencias entre lo que debe y lo que no debe hacer un hombre y una mujer están presentes también en la sexualidad. Se espera que las mujeres se muestren atractivas para los varones, pero que sean pasivas, y que no tomen la iniciativa para tener relaciones sexuales. Por su parte, los varones aprenden que deben ser fuertes y dominantes, saber “todo” sobre sexo, tener muchas parejas y tomar la iniciativa para tener relaciones sexuales sin dejar pasar ninguna oportunidad. Estas definiciones sobre “lo femenino” y “lo masculino” están tan profundamente instaladas en nuestra sociedad que nos parece que hombres y mujeres somos así “por naturaleza”, que siempre hemos sido así y que no podríamos ser de otro modo. Sin embargo esto no es así.³⁰

Lo único natural e inmodificable es el sexo con el que nacemos, todo lo demás que implica comportarnos de forma “masculina” o “femenina” lo aprendemos de nuestra familia, la escuela, los medios de comunicación y la sociedad en general que constantemente producen y reproducen estas ideas indicándonos lo que se espera de nosotros. Esto último es lo que se define

como “género”. Hombres y mujeres estamos constantemente ajustándonos a los mandatos de género.

Muchas veces nos sentimos tristes o frustrados porque nuestros deseos y necesidades son diferentes de los que la sociedad espera y por ello nos critican, burlan o rechazan. A su vez, los mandatos de género conllevan inequidades entre hombres y mujeres ya que en general implican desventajas y limitaciones para las mujeres en el acceso a los recursos económicos y sociales. También, las inequidades representan riesgos diferenciales para la salud y el bienestar. La salud sexual y reproductiva es uno de los ámbitos de la vida donde las inequidades de género tienen mayor impacto.³¹

Salud Reproductiva³²

La salud sexual y reproductiva es la capacidad de las personas de disfrutar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, y la libertad para decidir si tener o no relaciones sexuales. Es también poder decidir si tener o no tener hijos, cuántos y cuándo tenerlos. Incluye nuestro derecho a recibir información adecuada para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual como el VIH/sida, y a acceder a servicios de salud adecuados.

La salud sexual y reproductiva es un concepto muy amplio que abarca desde la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual hasta los cuidados durante el embarazo y el parto, la prevención y el tratamiento del cáncer gineco - mamario y el tratamiento de la infertilidad entre otras cosas.

Aunque el concepto de salud reproductiva se refiere a mujeres y hombres, tiene un impacto mucho mayor en las mujeres ya que ellas “ponen el cuerpo” en el embarazo y el parto, y por lo tanto requieren una mayor atención particularmente para reducir los riesgos que sólo ellas enfrentan. “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de planificación de la familia de su elección que sean seguros, eficaces, aceptables, económicamente asequibles y que no estén legalmente prohibidos; y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.³²

Los derechos sexuales y reproductivos incluyen:

- Todos y todas tienen derecho a conocer su cuerpo, cómo funciona y las formas de cuidarlo evitando riesgos y enfermedades.
- Contar con información adecuada para poder tomar decisiones libres y responsables.
- Todos y todas pueden decidir libre y voluntariamente si quieren o no tener relaciones sexuales, con quién y en qué momento. Nadie puede ser forzado/a por otra persona (ni siquiera por su pareja) a tener relaciones sexuales.
- Todos y todas tienen derecho a tener relaciones sexuales seguras que no pongan en riesgo su salud.
- Todos y todas tienen derecho a tener relaciones sexuales seguras sin temor a tener o causar un embarazo no deseado.
- Todos y todas tienen derecho a explorar su sexualidad sin miedo, vergüenza, culpa, falsas creencias ni nada que impida la libre expresión de sus deseos.
- Todos y todas tienen derecho a sentir placer, a expresar su preferencia sexual y a elegir sus parejas.
- Nadie tiene derecho a agredirlos ni física ni verbalmente, ni su pareja ni ninguna otra persona.
- Derecho a decidir si tener hijos o no y cuándo tenerlos
- La decisión de ser mamá o papá es personal y nadie puede obligarlos a tener hijos si no quieren.
- Ninguna mujer puede ser forzada a tener un embarazo o un aborto contra su voluntad.

- Toda persona, hombre o mujer, debe tener a su alcance información completa y servicios que ofrezcan métodos seguros y eficaces para evitar el embarazo, incluida la anticoncepción de emergencia.³³

EL CUERPO³⁴

El cuerpo es la casa “más propia” de cada ser humano. Por su intermedio experimentamos sensaciones, emociones y sentimientos. Con el cuerpo nos comunicamos, nos relacionamos con los otros, trabajamos, estudiamos, jugamos, nos divertimos, sentimos dolor, demostramos alegría, tristeza, vergüenza. El cuerpo es algo que nos pueden lastimar y también un medio con el que podemos herir a otros pero el cuerpo no es igual ni tiene el mismo significado para todos los seres humanos.

Niñas y niños, adolescentes, jóvenes, personas adultas y ancianas poseen cuerpos diferentes y experimentan distintas sensaciones con sus cuerpos. Además, a lo largo de la vida, el cuerpo cambia externa e internamente así como también cambian los cuidados y la atención que necesita. Tanto varones como mujeres tienen los mismos órganos respiratorios, digestivos, circulatorios, visuales, auditivos y otros. Pero son diferentes los órganos sexuales y reproductivos. Además, la forma del cuerpo de varones y mujeres es distinta y sus características propias, que ya existen desde el nacimiento, comienzan a ser más visibles a partir de la adolescencia.

Las mujeres tienen senos, caderas anchas, el vello concentrado en algunas áreas y órganos sexuales y reproductivos del sexo femenino. También tienen situaciones y funciones que ocurren solamente en las mujeres como la menstruación, el embarazo y la lactancia.

Los varones, por lo general son más altos, su espalda es más ancha, tienen mayor volumen muscular, su vello se distribuye por todo el cuerpo y tienen los órganos sexuales y reproductivos típicos de su sexo.

Los varones también tienen situaciones y funciones específicas como las erecciones y la eyaculación. Las diferencias corporales entre hombres y mujeres se hacen más marcadas a partir de la adolescencia. En esta etapa las mujeres experimentan el crecimiento de los pechos, se acentúa la redondez de sus formas y crece el vello del pubis, señales que acompañan la aparición de la primera menstruación, llamada menarca. Los varones suelen experimentar erecciones, las primeras eyaculaciones nocturnas involuntarias, el crecimiento de vello alrededor de sus genitales y en el resto del cuerpo, y el cambio de la voz.

Tanto varones como mujeres tienen derecho a conocer y estar informados acerca del funcionamiento de su cuerpo, a decidir libremente si quieren tener hijos y cuántos, y a vivir la sexualidad voluntariamente y sin temor ni violencia. También tienen derecho a no sentir vergüenza o miedo frente a las expresiones de su cuerpo, como menstruaciones, erecciones, eyaculaciones, fantasías y deseos.

En cada cultura, cada sociedad, cada época, el cuerpo fue objeto de diversas valoraciones. La ciencia, la religión, la familia, la escuela, los medios de comunicación, la publicidad han promovido y promueven formas de ver el cuerpo, de relacionarse con él, de vivirlo y de disfrutarlo. Estos mensajes muchas veces se traducen en prohibiciones, culpas, exigencias y/o mitos

referidos al cuerpo, a los que hemos estado expuestos desde nuestra infancia y que definen muchas de nuestras vivencias.

Desde niños, muchos de nosotros hemos aprendido, equivocadamente, que el cuerpo tiene partes malas, que no debemos mirarlas, tocarlas, o hablar de ellas, y hemos sentido vergüenza, temor o ansiedad por los cambios que ocurren en el cuerpo a medida que crecemos. Por todo ello, es importante que los niños, las niñas, los jóvenes y las personas adultas conozcan los cambios que experimentarán sus cuerpos y sus vidas, y disfruten de un clima de comprensión y confianza que les permita expresar sus deseos y temores.

En la medida que podamos hablar de nuestro cuerpo y de sus cambios con naturalidad, sin miedo ni vergüenza y expresar todo lo que sentimos, iremos aprendiendo a valorarlo, a quererlo, a disfrutarlo y a cuidarlo.³⁴

Menstruación

La menstruación o regla es la pérdida de sangre por la vagina una vez por mes durante muchos años de la vida de las mujeres. Por lo general la primera menstruación (llamada menarca) ocurre entre los 12 y los 14 años de edad.

La menstruación se ausenta temporalmente durante el embarazo y durante un tiempo luego del parto. Entre los 45 y 50 años las mujeres entran en la menopausia y dejan de ovular y de tener menstruaciones. Esto significa que ya no pueden quedar embarazadas. En las mujeres en edad reproductiva, todos los meses, la pared interna del útero (el endometrio) se vuelve más gruesa y se

prepara para recibir un posible óvulo fecundado (un óvulo penetrado por un espermatozoide).

Si esto no ocurre, es decir, si la mujer no está embarazada, el ovario deja de producir las hormonas que mantienen al endometrio y éste se desprende y baja por el cuello del útero y la vagina hacia el exterior (sangrado menstrual). En cambio, cuando se ha producido un embarazo, no hay menstruación ya que el ovario sigue produciendo las hormonas que alimentan y sostienen al endometrio. Por ello el síntoma más claro de que una mujer está embarazada es que no tiene menstruación. El período menstrual de una mujer puede no ser igual todos los meses, ni ser igual al de otras mujeres.

El sangrado puede ser escaso o abundante, y su duración también varía. Aunque la mayor parte de los períodos menstruales duran entre tres y cinco días, los períodos que duran entre dos y siete días también son considerados normales. En los primeros años luego de la primera menstruación, los períodos suelen ser muy irregulares. También pueden volverse irregulares a medida que una mujer se acerca a la menopausia. Hay muchas falsas creencias sobre la menstruación. Algunas mujeres piensan que no pueden hacer sus actividades en forma normal: hacer deporte, bañarse, nadar, comer algunos alimentos, lavarse la cabeza, etc. Lo cierto es que se puede hacer lo mismo que el resto de los días, incluso tener relaciones sexuales si es que la mujer y su pareja lo desean y se sienten cómodos

Ciclo menstrual

Los ovarios producen óvulos maduros una vez por mes y es lo que se llama el ciclo menstrual. El ciclo está regulado por hormonas que actúan como

mensajeras químicas en el cuerpo. Los niveles de hormonas sexuales son bajos durante la infancia, se incrementan mucho durante bajan luego de la menopausia. Durante los años fértiles todos los meses ocurren cambios hormonales que determinan el momento de la ovulación y la menstruación. El ciclo menstrual abarca desde el primer día que baja la menstruación hasta un día antes de que empiece la siguiente menstruación.

Es decir, el día 1 del ciclo es el día que empieza el sangrado menstrual. La duración del ciclo no es la misma para todas las mujeres. En general dura entre 22 y 36 días. Cuando el número de días del ciclo menstrual se repite siempre igual se dice que la mujer tiene ciclos regulares. Pero el ciclo menstrual es muy sensible y puede variar a causa de viajes, dietas, preocupaciones, emociones fuertes, ejercicios extenuantes y otras situaciones. En las adolescentes el ciclo menstrual suele ser menos regular que en las mujeres adultas.

En cada ciclo menstrual se libera un óvulo que ha madurado en uno de los ovarios (ovulación). Esto ocurre alrededor del día 14 del ciclo y es el momento en que la mujer tiene mayores probabilidades de quedar embarazada. El útero también empieza a modificarse con el fin de prepararse para la posibilidad de recibir el óvulo fecundado. Las células de la pared interna del útero (el endometrio) se multiplican y se agrandan para poder alojar a un posible embarazo. Eso sucede por la acción de las hormonas femeninas, estrógenos y progesterona, que se producen en el ovario.

Si el óvulo no fue fecundado (es decir que no se juntó con un espermatozoide), la pared del endometrio se elimina a través de la vagina y se produce la menstruación. Y vuelve a empezar otro ciclo menstrual.

Si una mujer tiene la menstruación significa que el óvulo no ha sido fecundado y por lo tanto no está embarazada. En cambio, si una mujer que tuvo relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, no menstrúa en la fecha esperada es probable que esté embarazada. Resulta útil marcar el primer día de la menstruación en un calendario o anotarlo para que la mujer sepa aproximadamente en qué fecha volverá a menstruar.³⁵

Anticonceptivos

Es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación o un embarazo en las relaciones sexuales. Los métodos anticonceptivos contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad (número de hijos que se desean o no tener), la prevención de embarazos, así como en la disminución del número de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes.³⁶

Tipos de métodos anticonceptivos

- Métodos Hormonales: Píldoras, Inyectables, Parches, Píldora de Anticoncepción De Emergencia.
- Métodos de Barrera Mecánica: Diafragma, anillo vaginal, preservativo femenino y masculino.
- Métodos de Barrera Química: Espermicidas (espumas, cremas, gel).
- Dispositivo Intrauterino (DIU).

- Métodos Naturales: Método del Ritmo o Calendario, El Moco Cervical. MELA.
- Métodos Definitivos o Esterilización Quirúrgica: Ligadura de Trompas (mujer) y la Vasectomía (varón).³⁶

Métodos Anticonceptivos Naturales

Son métodos que se basan en la función hormonal normal de la mujer, en el cual hay detención al llevar a cabo el acto sexual durante la ovulación (momento en el cual el óvulo sale del ovario) y los días cercanos a ella (días de riesgo para quedar embarazada) o también llamados días fértiles. Además son todos aquellos métodos que aprovechan las variaciones fisiológicas que se producen en la mujer durante el ciclo menstrual.

Los Métodos anticonceptivos naturales para el control de la fertilidad consisten en una serie de técnicas para que una pareja, mediante el conocimiento de los ciclos de ovulación y distintos actos sexuales pueda decidir si desea o no tener hijos. Para que sea efectivo "es necesario que la pareja esté motivada y haya una verdadera unión entre ambos"

Ventajas

- No provocan cambios físicos
- Pueden ser utilizados por la mayoría de las parejas si ambos se comprometen
- Enseñar a reconocer las señales corporales de fertilidad de la mujer.
- La abstinencia periódica en la que se basan los métodos es aceptable para algunos grupos religiosos que rechazan la utilización de otros métodos anticonceptivos.

Desventajas

- Son poco fiables
- Para evitar el embarazo son menos eficaces que la mayoría de métodos
- Se basan en patrones menstruales regulares para el cálculo de los días fértiles pero hay que tener en cuenta que factores como las enfermedades, el estado de ánimo, la medicación, la ingesta de alcohol, las horas de sueño el sueño, pueden variar dificultando así los cálculos
- Requieren un largo periodo de observación y autoregistro de las señales corporales de la ovulación
- La abstinencia sexual puede producir dificultades en la pareja y tensión psicológica
- No suelen tener éxito sin la firme determinación y colaboración de las dos partes de la pareja.
- No protegen contra las enfermedades de transmisión sexual
- Las mujeres con ciclos menstruales irregulares tienen más dificultades para aplicar los métodos

Tipos de métodos anticonceptivos naturales

El Método Billings: Es uno de los mejores métodos de planificación natural de la familia. Consiste en verificar los cambios producidos en el moco cervical del cuello uterino, en las distintas fases del ciclo menstrual. Así se puede determinar con alta seguridad, la presencia de un período infértil o fértil. La sola presencia de moco cervical con características de fertilidad obliga a abstenerse de las relaciones sexuales. Aunque la técnica es sencilla y segura, para su correcto uso, se requiere de un aprendizaje previo que involucra a la pareja y un compromiso de ésta para seguir este método con responsabilidad.

El Método del Ritmo, Ogino Knaus o Calendario: Es uno de los métodos naturales tradicionales para evitar el embarazo. En efecto, éste método, como todos los métodos naturales, se basa en que la mujer identifique su período fértil y se abstenga de tener relaciones en esos días. Para ello es fundamental que la mujer identifique el día que ovula. En el método del ritmo o calendario se calcula el día de la ovulación mediante una fórmula basada en el comportamiento de las menstruaciones de la mujer durante varios meses.

Si repetitivamente transcurren 28 días entre una y otra menstruación, esa mujer está ovulando el día 14 de su ciclo y debe suponerse que el intervalo de fertilidad se extiende desde 7 días antes de la ovulación hasta 3 días después de la misma. Es decir, para evitar el embarazo, esa mujer no debiera tener relaciones sexuales desde el día octavo hasta el día 17 del ciclo. Este método es uno de los métodos naturales más antiguos descritos y ha sido usado por muchos años, sin embargo, es también uno de los métodos más inexactos y con mayor porcentaje de falla, que resulta en embarazos no deseados, ya que la ovulación de la mujer puede variar por diversas circunstancias.³⁷

Método de la Temperatura Basal: Este método anticonceptivo se basa en el hecho de que la temperatura corporal de la mujer aumenta, durante el ciclo menstrual ovulatorio, es decir que se compone de dos partes claramente distinguibles entre sí. Esta diferencia de temperatura entre una y otra fase se debe a la influencia hormonal natural de la mujer; primero a la acción de los estrógenos, producidos en la primera fase desde la menstruación hasta la ovulación, que bajan ligeramente la temperatura, y a la posterior acción de la progesterona producida durante la segunda fase correspondiente al tiempo

desde que ocurre la ovulación hasta la siguiente menstruación y que hace que la temperatura se eleve ligeramente.

Al tomar la temperatura cada día y registrarla gráficamente, se observa que dicha temperatura es más baja durante la primera mitad del ciclo y la ovulación ocurre antes o al mismo tiempo en que la temperatura se eleva, es decir: o el último día de la fase baja de temperatura o el primer día de la elevación de temperatura.

Para evitar el embarazo es preciso no mantener relaciones sexuales durante al menos los siete días anteriores al día en que se espera que aumente la temperatura y los tres días posteriores a dicho aumento. La eficacia de este método es mayor cuando no se realiza el coito desde el primer día del ciclo menstrual hasta cuatro días después del aumento de la temperatura, lo que presupone la limitación de las relaciones sexuales a unos 10 días en cada ciclo.³⁸

El Método Coito Interrumpido o más conocido como Coitus Interruptus: Es el método más antiguo y puesto en práctica por el varón para el control de la natalidad. Este método consiste en la extracción o retiro del pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación, de tal modo que el semen sea expulsado fuera de la vagina y lejos de los genitales. Esta técnica sigue siendo usado erróneamente principalmente por gran parte de los jóvenes y adolescentes, como método de anticoncepción, provocando un número de fallos reiterados por su alto grado de ineficacia. Este líquido se produce para lubricar desde el inicio de la erección y de forma independiente si el hombre presenta orgasmo; por tanto, el riesgo de que ocurra un embarazo es alto, casi

como si no se usara método anticonceptivo. A la hora de considerar las ventajas de este método está el que no requiere de capacitación por parte de especialistas ni uso de procedimientos químicos o mecánicos. En cuanto a los inconvenientes del coitus interruptus, el principal es la alta tasa real de embarazo no deseado. También está la imposibilidad por parte del hombre de interrumpir el coito con suficiente antelación para que el semen no contacte con los genitales externos de la mujer.^{39, 40}

TEORIA DE ENFERMERIA DE NOLA PENDER⁴¹

El modelo de promoción a la salud de Pender, está basado en la concepción de la promoción de la salud, que es definida como aquellas actividades realizadas para el desarrollo de recursos que mantengan o intensifiquen el bienestar de la persona.

El modelo surge como una propuesta de integrar la enfermería a la ciencia del comportamiento, identificando los factores que influyen los comportamientos saludables, además de una guía para explorar el complejo proceso biopsicosocial, que motiva a los individuos para que se comprometan en comportamientos promotores de la salud.

El modelo de la promoción a la salud es básicamente un modelo de enfermería, para evaluar la acción de promoción a la salud y el comportamiento que conduce a la promoción a la salud y de la interrelación entre tres puntos principales:

- Características y experiencias de los individuos.

- Sensaciones y conocimiento en el comportamiento que se desea alcanzar.
- Comportamiento de la promoción de la salud deseable.

Principales conceptos del modelo:

Está dividido en tres dimensiones con factores que condicionan la promoción a la salud una cada dimensión.

- Conducta previa relacionada: la frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado, efectos directos o indirectos de la probabilidad de comportarse con las conductas de promoción a la salud.
- Factores personales: se refiere a todos los factores relacionados con las personas que influyen en el individuo para que se relacione con su medio para desarrollar conductas promotoras de salud que incluyen factores biológicos, psicológicos y socioculturales, además de los beneficios percibidos de las acciones promotoras de salud, así como las barreras que encuentra para estas conductas.
- Influencias situacionales: son las percepciones y cogniciones de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta.
- Factores cognitivo-preceptuales: son mecanismos motivacionales primarios de las actividades relacionadas con la promoción de la salud.

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, propone las bases para el estudio de cómo los individuos toman decisiones sobre su propia salud, y se plantea cómo representar la naturaleza multidimensional de las personas cuando interactúan con el medio en búsqueda de la salud. Se refiere al conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan estrecha relación con la salud, es decir con todo aquello que provee bienestar y desarrollo de la persona humana.

2.4 Definición de Términos

Paternidad Responsable: Es el accionar de los estudiantes de enfermería que implica decidir con amor el número y espaciamiento de hijos utilizando un medio ético y respetando el derecho a la vida.

Conocimiento: Es el acumulo de información, ideas, prejuicios que tienen los estudiantes de Enfermería en cuanto a la paternidad responsable.

Actitud: Predisposición que representan los estudiantes frente a la paternidad responsable.

Características Demográficas

- Estado civil: Es la situación de las personas físicas, determinada por sus relaciones de familia, según su decisión marital; pueden ser por matrimonio o unión libre, en los que se establecen ciertos derechos y deberes, de las estudiantes de enfermería.

- Ciclo de estudio: de los estudiantes de enfermería, ciclos logrados desde el inicio de su formación.
- Edad: La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad, de los estudiantes de enfermería.

2.6 Definición Operacional de Variables

- **Conocimiento sobre Paternidad Responsable:** Es la información internalizada por las estudiantes de enfermería sobre la paternidad responsable y que les otorga la capacidad de decidir con amor el número y espaciamiento de sus hijos utilizando un medio ético.
- **Actitud ante Paternidad Responsable:** Predisposición que tienen las estudiantes de enfermería hacia la paternidad responsable como una forma de proceder que puede ser de aceptación, indiferencia y rechazo.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

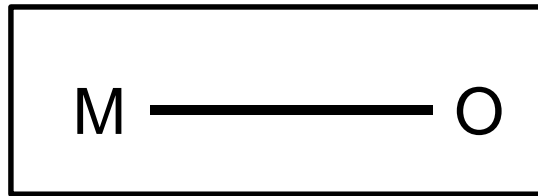
3.1 Tipo de Investigación

La investigación fue de naturaleza cuantitativa por que fueron codificados los indicadores de las variables y valorados numéricamente para obtener resultados mesurables y cuantificables, es descriptivo por que se describieron las características de las variables sin realizar ninguna manipulación en el hecho o realidad estudiada y de corte transversal pues la información se obtuvo en un espacio y tiempo determinado.

3.2 Diseño de la Investigación

El diseño de estudio fue de tipo descriptivo porque estuvo orientada a obtener información precisa tal como se presenta en la situación sin sufrir alteración o manipulación. De corte transversal, porque la información se obtuvo en un solo momento y tiempo determinado.

Se esquematiza de la siguiente manera:



Dónde:

M: Estudiantes de Enfermería

O: Conocimiento y Actitud acerca de la Paternidad Responsable

3.3 Lugar de Ejecución del Estudio

El estudio se realizó en la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma, la Escuela de Enfermería se encarga de educar al estudiante para que éste sea capaz de brindar un cuidado integral, satisfaciendo las necesidades derivadas de las experiencias de salud de las personas durante su ciclo vital, utilizando el proceso de atención de enfermería como instrumento de trabajo científico basado en las teorías de enfermería, siendo capaz de liderar el equipo de salud y actuar en su quehacer personal y profesional con integridad, responsabilidad, compromiso y respeto a la diversidad cultural, sustentado en los principios ético - morales y humanísticos.

3.4 Universo de estudio, selección y tamaño de la muestra, unidad de análisis

La población estuvo constituida por 213 estudiantes de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, para efectos del estudio se estudió a la población total de los ciclos existentes en el periodo 2013 – II, además se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión.

3.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión:

- Los estudiantes que se encuentren matriculados en el periodo 2013 – II de los diferentes ciclos de enfermería
- Estudiantes de ambos géneros
- Estudiantes que acepten participar voluntariamente en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes de enfermería que no deseen participar en el estudio.
- Estudiantes que no se encuentren al momento de la encuesta.

3.6 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Se utilizaron dos instrumentos elaborados por las autoras, el primer cuestionario fue para recolectar datos sobre el conocimiento de las (os) estudiantes de enfermería acerca de la paternidad responsable que constó de 20 preguntas con alternativas dicotómicas, representando a cada uno de los indicadores propuestos para el estudio de la variable.

El segundo instrumento, fue elaborado teniendo en cuenta la Escala de Likert, conteniendo 15 preguntas distribuidas en las dimensiones: cognitiva, afectiva y conductual; mostrando la conducta que podría adoptar el (la) estudiante de enfermería frente la paternidad responsable.

Las alternativas de respuestas son las siguientes:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Los instrumentos fueron sometidos a pruebas de validez de instrumento mediante el juicio de expertos y con la prueba binomial (Anexo 3) y para la prueba de confiabilidad se aplicó la prueba piloto, para emplear KR-20 (Conocimiento) y Alfa de Cronbach (Actitud). (Anexo 4)

3.7 Procedimientos para la Recolección de Datos

Para la recolección de los datos primero se solicitó la aceptación del Proyecto de Tesis por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Ricardo Palma, luego se coordinó con la Directora de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza para la aplicación del instrumento y las fechas exactas en las que se realizará. Se conversó con la Unidad Académica y la responsable de tutoría. Por último se le informó al estudiante y se entregó el Consentimiento Informado para que acepte participar de la investigación de manera libre y voluntaria.

3.8 Aspectos éticos

En ésta investigación se respetó al estudiante de enfermería, se le respeto como un ser humano considerando un enfoque holístico en el trato con dignidad, respeto y sin dañar su integridad, siguiendo los principios éticos de *Justicia*: cada participante fue tratado como correspondía, con la finalidad de evitar las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.), *Beneficencia* actuaremos en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios, *No maleficencia* las preguntas de la encuesta se abstienen de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. *Autonomía* otorga a cada participante la capacidad y el derecho de decidir si desea o no participar de ésta investigación.

3.9. Análisis de Datos

El análisis se inició con el procesamiento de datos previa codificación de respuestas de los instrumentos para elaborar una matriz de datos con ayuda del programa Excel 2010 y luego ser exportados al paquete estadístico SPSS versión 20, para la elaboración y de tablas y gráficos además de estadígrafos para univariabes utilizando medidas de tendencia central (moda, mediana y media), correspondiente a la estadística descriptiva.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

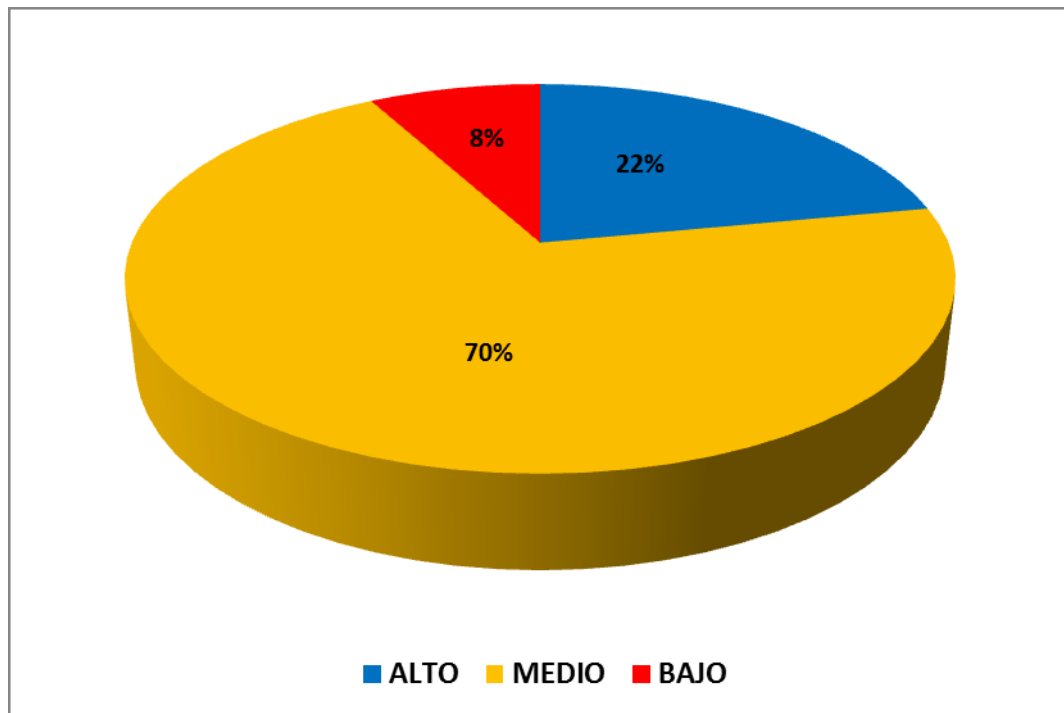
A continuación se presentará los resultados obtenidos por medio de tablas y gráficos

Tabla 1: Datos Generales de estudiantes de enfermería de la Escuela Padre Luis Tezza Noviembre - 2013

Las estudiantes de enfermería tienen en su mayoría edades que oscilan entre 20 a 24 años 53% (88), proceden de la zona de la costa 77% (128), la mayoría son solteras 79% (133) y se dedican solo a estudiar 93% (156).

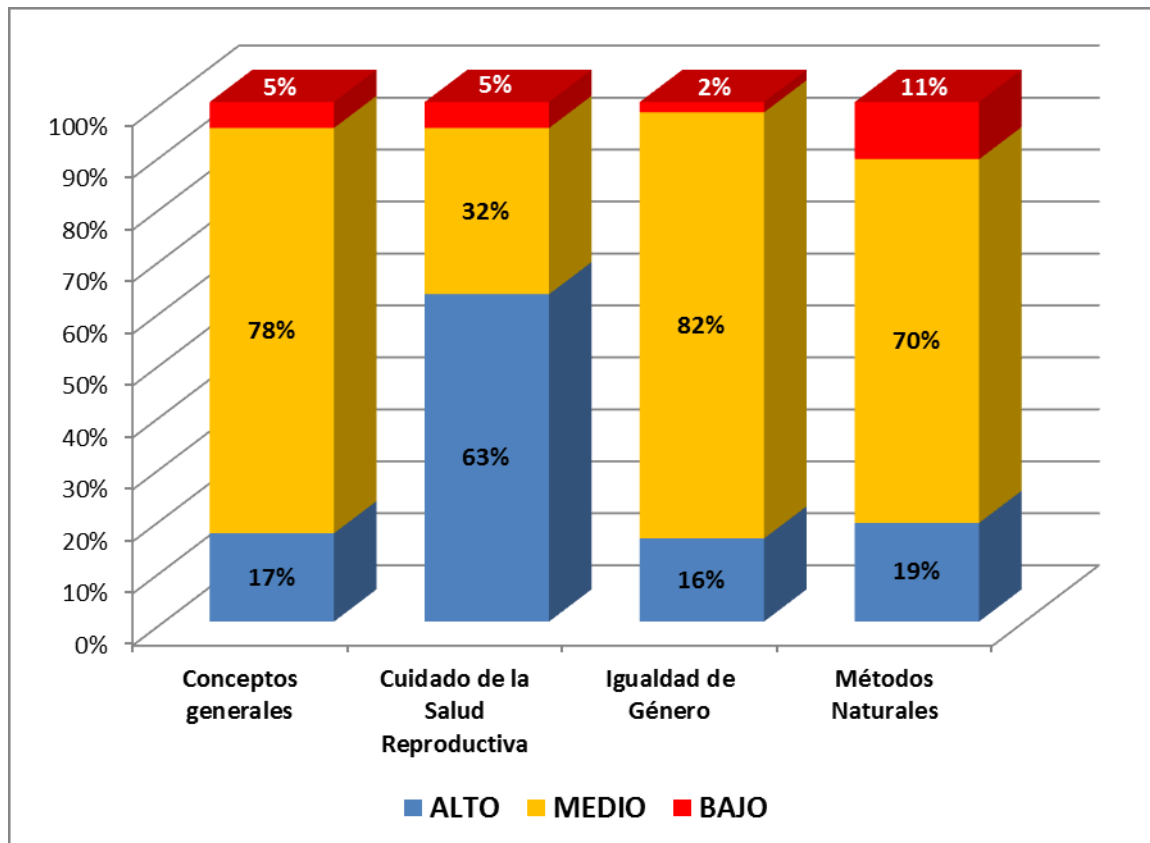
DATOS	CATEGORIA	N=167	100%
Edad	< 20 años	40	24
	20 a 24 años	88	53
	25 a 29 años	17	10
	30 a 34 años	12	7
	>35 años	10	6
Procedencia	Costa	128	77
	Sierra	30	18
	Selva	9	5
Estado Civil	Soltera	133	79
	Conviviente	18	11
	Casada	13	8
	Divorciada	3	2
Ocupación	Estudiante	156	93
	Trabajo dependiente	3	2
	Trabajo independiente	3	2
	Trabajo eventual	5	3

Gráfico 1: Nivel de Conocimiento de las estudiantes de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza acerca de la Paternidad Responsable Noviembre - 2013



Las estudiantes de enfermería tienen un nivel de conocimiento medio acerca de la paternidad responsable 70% (117), nivel alto 22% (37) y nivel bajo 8% (13).

Gráfico 2: Nivel de Conocimiento de las estudiantes de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza acerca de la Paternidad Responsable Noviembre - 2013



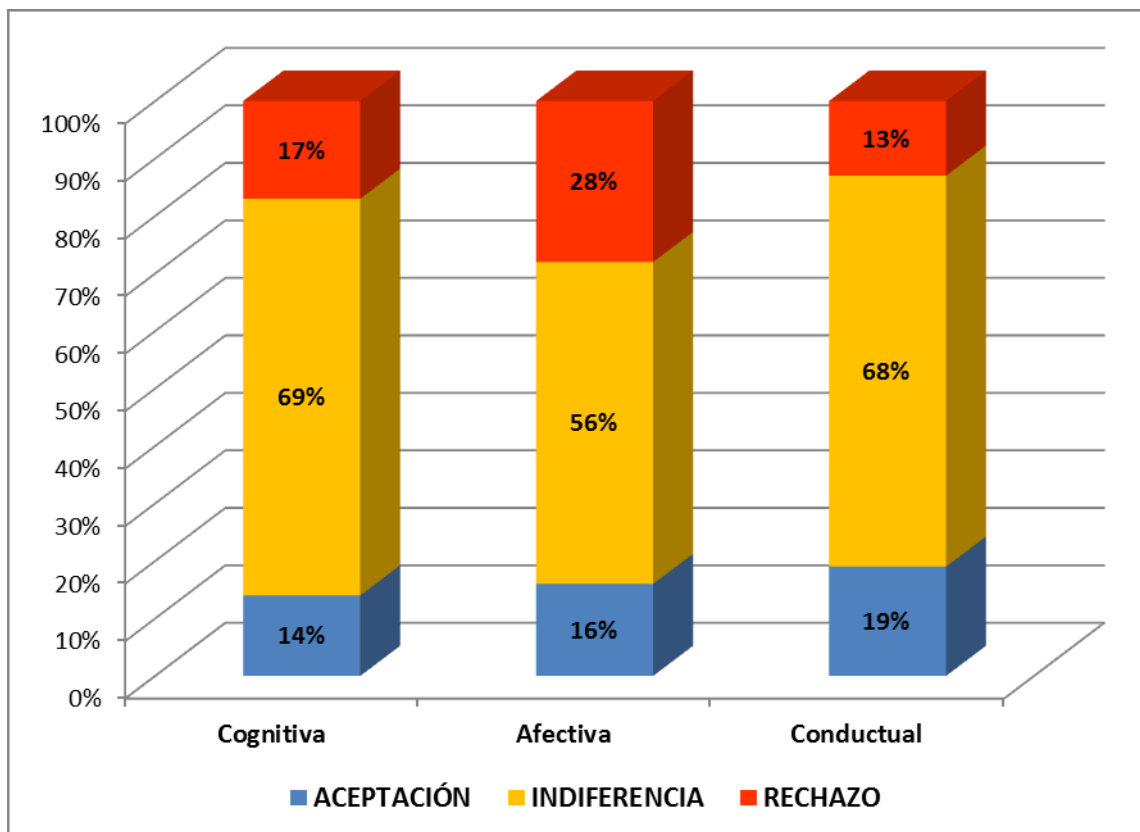
Las estudiantes de enfermería tienen un nivel de conocimiento medio acerca de la paternidad responsable respecto a las dimensiones de conceptos generales 78% (130), igualdad de género 82% (137) y métodos naturales 70% (117) y de nivel alto en relación al cuidado de la salud reproductiva 63% (105).

Gráfico 3: Actitud de las estudiantes de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza hacia la Paternidad Responsable Noviembre - 2013



Las estudiantes de enfermería tienen una actitud de indiferencia hacia la paternidad responsable en 66% (111), actitud de rechazo 19% (31) y aceptación 15% (25).

Gráfico 4: Actitud de las estudiantes de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza hacia la Paternidad Responsable según dimensiones Noviembre - 2013



Las estudiantes de enfermería tienen una actitud de indiferencia hacia la Paternidad Responsable en las dimensiones cognitiva 69% (115), afectiva 56% (95) y conductual 68% (114).

4.2. Discusión

La maternidad y paternidad responsable se inician con la elección de la pareja, que debe estar basada en el amor, respeto mutuo y comprensión, así como el deseo de compartir responsabilidades, aspiraciones, intereses, alegrías y tristezas.

Los datos generales de las estudiantes de enfermería muestran en la Tabla 1 que tienen en su mayoría edades que oscilan entre 20 a 24 años, proceden mayormente de la zona de la costa, son solteras y se dedican solo a estudiar.

Las estudiantes universitarias de enfermería se encuentran en la etapa de la adultez joven, etapa siguiente a la adolescencia en la que en algunos casos aun denotan inmadurez en el comportamiento, la paternidad responsable requiere un reconocimiento que implique el discernimiento de las decisiones teniendo en cuenta que de no cumplirse puede trasgredir los planes a futuro de los y las jóvenes.

Las estudiantes tienen estado civil de soltería, según el concepto y los aspectos de PR exigen una unión estable de la pareja, donde los hijos logren desarrollarse como verdaderos seres humanos. Es importante que las jóvenes reconozcan en el matrimonio, la unión estable por excelencia y célula básica de la sociedad, garantiza el ejercicio de PR.

Si las y los jóvenes estudiantes de enfermería universitarias sean sensibilizados sobre la importancia que el matrimonio implica en la unión de una persona con todo el reconocimiento de su libertad y con todo lo que representa

la medida de su dignidad, además de afirmarse como persona humana y que lleva consigo esta dimensión en cada sistema social, económico y político.³⁰

Otro aspecto importante de destacar es que su dedicación en la mayoría de los estudiantes es únicamente estudiar, razón por la cual reciben el apoyo de sus padres para realizar estudios superiores, la práctica de una paternidad responsable pone de manifiesto su responsabilidad no solo respecto al uso de su sexualidad sino a todo lo que implica este cuidado en su salud reproductora.

En el Gráfico 1 se muestra que las estudiantes de enfermería tienen un nivel de conocimiento medio acerca de la paternidad responsable 70%, nivel alto 22% y nivel bajo 8%.

El proceso de organización y reorganización cognitiva del campo perceptual, en el cual el individuo juega un rol activo, no está completo si las nuevas estructuras de conocimiento no son integradas en las estructuras previas. Tres elementos son fundamentales en el proceso de aprendizaje: Conocimientos previos, información que posee y las representaciones mentales que elabora.²⁶

En la juventud la persona está haciendo uso del pensamiento hipotético como parte de los conocimientos que fueron adquiridos durante la adolescencia, el conocimiento sobre la PR podrá lograr en los y las jóvenes universitarias de enfermería que hagan uso de su libertad de manera coherente y siempre dispuesto a respetarse y respetar a los otros reconociendo en la sexualidad no un uso solo placentero sino de aspectos de trascendencia en su vida futura.

Los resultados han demostrado que el nivel alcanzado no es el óptimo porque se encuentra ubicado en el nivel medio, seguido del alto y bajo; es decir es posible incorporar nueva información mediante espacios de aprendizaje dinámicos y de apertura sobre temas de sexualidad abordados aplicando diferentes estrategias educativas que permitan que este conocimiento se vuelva significativo y aplicable en su vida diaria.

Las estudiantes de enfermería tienen un nivel de conocimiento medio acerca de la paternidad responsable respecto a las dimensiones de conceptos generales 78%, igualdad de género 82% y métodos naturales 70% y de nivel alto en relación al cuidado de la salud reproductiva 63%.

Los resultados evidencian que los y las estudiantes de enfermería tienen conocimiento del cuidado de la salud reproductiva; sin embargo alcanzaron el nivel medio en las otras dimensiones que son importantes como la igualdad de género y la aplicación de los métodos naturales, estos aspectos son fundamentales en la aplicación de la PR porque permite reconocer el valor que tiene cada género y no solo se circunscribe la responsabilidad en las mujeres como una condición y posicionamiento “machista” de parte de los varones.

Semejante a lo se analiza en el estudio Gallardo G, Gómez E, Muñoz M, Suárez N.¹⁶ en su estudio demostraron que los adolescentes, independientemente del sexo, nos muestran que la paternidad a la que aspiran los jóvenes del estudio se asume como un nuevo rol, aún por delinear y el cual ha de ser aprendido por el padre y facilitado en su ejecución por la madre.

Es necesario que la formación en la educación de la sexualidad surja de una formación en la igualdad de género, el respeto por el cuerpo y la vida; la paternidad responsable implica que se debe proporcionar a sus hijos los bienes materiales y espirituales necesarios para su subsistencia, como alimentación, educación, vestido, vivienda, cuidados de su salud, amor, comprensión, comunicación, entre otros y que esto requiere la suficiente preparación para lograr una maternidad y paternidad exitosa.

Las estudiantes de enfermería tienen una actitud de indiferencia hacia la paternidad responsable en 66%, actitud de rechazo 19% y aceptación 15%.

La actitud es aprendida en el transcurso de la vida las personas, se vuelven estables de acuerdo a que se han dado frecuentemente durante un periodo de tiempo de manera repetitiva, en el estudio se encontró que demostraban un actitud de indiferencia frente a la PR, esto es preocupante porque denota desidia frente a un tema que es importante para el desarrollo de familias funcionales y saludables. Considerando que su formación y constitución se fundamenta en la unión responsable de la pareja, donde se educaran y formaran a los hijos para construir una sociedad equilibrada y humanizada.

La PR ayuda al dominio necesario para que sobre ellas ejerzan la razón y la voluntad. La pregunta es: Si existe dominio sobre el instinto sexual, siendo la respuesta poco alentadora. Esto exige invertir recursos sobre todo en la población de riesgo. Una educación sexual que, no sólo impida las enfermedades transmitidas sexualmente o el nacimiento de niños no deseados, sino que promueva una PR y seres humanos responsables.²⁹

Las estudiantes de enfermería tienen una actitud de indiferencia hacia la Paternidad Responsable en las dimensiones cognitiva 69%, afectiva 56% y conductual 68%.

Los componentes de la actitud están relacionados entre sí, porque tiene una carga cognitiva, afectiva y conductual como aspectos característicos en la manera de actuar de las estudiantes²⁷; sin embargo llama la atención que frente a la paternidad responsable se haya encontrado indiferencia, esto puede revelar cierto desgano y apatía; pero también la poca importancia que se le asigna a esta variable en estudio.

El rol del profesional de enfermería es fundamental en aspectos asociados a la promoción de la salud, en el entorno de la formación académica de profesionales de enfermería con mucho más relevancia por su condición de futuro miembro del equipo de salud, una formación e valores hará que el futuro profesional ofrezca un cuidado cálido y humano, dejando de lado lo que la sociedad actual ofrece por medio de la globalización del cuidado.

La paternidad responsable no sólo trae beneficios para el estudiante universitario, sino también para la familia que va reconociendo la importancia de los conocimientos y actitudes en aspectos de la sexualidad y paternidad responsable que debe conversarse al interior del hogar del estudiante durante la etapa de la adolescencia pero si se refuerza con el diálogo constante entre padres e hijos.

Finalmente se recalca que la difusión de la paternidad responsable debe partir por la enseñanza y el ejercicio de la autoestima, que den valor a sus

aspiraciones y metas trazadas, la elección de la pareja basada en principios morales y reconociendo que el amor, respeto es necesario a la hora de elegir y que permite un concreto discernimiento y ofrecer en el futuro a sus hijos el cumplimiento de las necesidades básicas.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Las características sociodemográficas de las estudiantes de enfermería de la Escuela Padre Luis Tezza son en su mayoría adultas jóvenes, que proceden de la región de la costa, de estado civil solteras y que en su mayoría se dedican solo a sus estudios universitarios.
- Las estudiantes de enfermería han alcanzado en su mayoría un nivel de conocimiento sobre la paternidad responsable es medio, seguido de alto y bajo.
- Los estudiantes de enfermería en relación a las dimensiones de la paternidad que conocen en nivel medio destacan los conceptos generales, igualdad de género y métodos naturales, encontrándose en nivel alto de conocimiento sobre aspectos de la salud reproductiva.
- La actitud de las estudiantes de enfermería frente a la paternidad responsable es de indiferencia en su mayoría, seguida de valores menores de actitud de rechazo y aceptación.
- En relación a las dimensiones de la actitud las estudiantes de enfermería manifiestan actitud de indiferencia frente a aspectos cognitivos, afectivos y conductuales.

5.2 Recomendaciones

- Implementar programas educativos considerando la Teoría de Enfermería de Nola Pender que promueve hábitos saludables que podrían considerarse en la salud sexual y reproductiva, e coordinación con la tutoría para poder informar a las estudiantes de enfermería acerca de la paternidad responsable con un enfoque humanístico y de respeto por la vida y la salud.
- Realizar talleres vivenciales entre grupos de estudiantes para lograr que manifiesten sus dudas y miedos respecto a temas relacionados a la paternidad responsable y lograr la sensibilización con esta problemática actual evidenciada en el estudio.
- Se sugiere que los docentes sean capacitados en temas de paternidad responsable para que puedan hacer un abordaje integral e su trabajo cotidiano en las aulas y en su compartir con los estudiantes.
- Realizar trabajos de investigación en poblaciones similares e incluso de educación secundaria para profundizar en la problemática y que permita elaborar programas educativos con un enfoque centrado en la persona y en su integralidad, respetado el derecho a la vida.
- Ejecutar investigaciones en poblaciones de jóvenes universitarios de enfoque cualitativo, para poder ahondar en la problemática estudiando las representaciones sociales formadas en la población joven y que estén interfiriendo en el cuidado de su salud reproductiva e integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estupiñán-Aponte MR, Rodríguez-Barreto L. Aspectos psicosociales en universitarias embarazadas. [en línea] Tunja: 2009 [fecha de acceso 15 de abril de 2013] Rev. Salud Pública. 11 (6): 988-998. URL Disponible: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n6/v11n6a15.pdf>
2. Castro H. Reproducción humana y métodos artificiales para regularla. RELI [en línea]. 2008. [fecha de acceso 15 de abril de 2013] URL Disponible en: http://www.observatoriobioetica.com/pp/10-2_html#arriba
3. Lourdes H. Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social, RELI [en línea]. 2007. [fecha de acceso 17 de abril de 2013] N°75 URL [Lima. Perú] Disponible en: <http://latin-a.com/2012/05/m%C3%A9todos-anticonceptivos-para-adolescentes-en-jap%C3%B3n/>
4. Javier V. Encuesta Bayer Schering Pharma, Anticonceptivos en España. Salmeán Ginecología y Obstetricia del Hospital Severo Ochoa de Madrid, RELI [en línea]. 2008. [fecha de acceso 15 de abril de 2013]; URL Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/salud/2007/10/24/171062.php>
5. Mario G. El Centro Latinoamericano salud y Mujer. El anticonceptivo en América Latina celsam RELI [en línea]. 2008. [fecha de acceso 14 de abril de 2013]; URL disponible en: http://www.org/home/interiorCelsam.asp?pagina=3&cve_cont=112

6. Ruth L, Amanda G, Miriam Sc. Salud de la Mujer en América Latina y el Caribe Banco interamericano de Desarrollo, RELI [en línea]. 2011. [fecha de acceso 15 de abril de 2013]; URL disponible en: www.cleaedu.com/.../33-demografia?...salud-de-la-mujer-en-america-latina
7. Soledad D. Medicina Reproductiva, información sobre la situación de la Planificación Familiar en Chile. RELI [en línea]. 2010. [fecha de acceso 17 de abril de 2013]; N° 35 URL Disponible en: http://www.icmer_org/documetos/anticoncepcion_de_emergencia/inf_situac_planific_familiar_chile.pdf
8. Banco Mundial, actualización 5 de junio del 2005, [en línea]. 2008. [fecha de acceso 17 de abril de 2013]; URL disponible en: http://www.google.com.pe/publicdata/explore?ds=d5bncppiof8f9_&met_y=sp_pop_grow&idim=country.PER&dl=es&hl=es&q=crecimiento+poblacion#!ctype=l&strail?false&bcs=d&nسلم=h&met_y=sp_dyn_tfrt_in&scale_y=lin&ind_y=false&rdim=country&idim=country.PERU.USA.JPN&ifdim=country&hl=es&dl=es&ind=false
9. Instituta Nacional de estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [en línea]. 2009. [Fecha de acceso 17 de abril de 2013]; URL disponible en www.redgyt.org/publicacion_esumen_Ejecutivo.pdf
10. Mahabadi V, Bioética y aborto, Análisis de la oferta de Anticonceptivos en Ecuador. Med clin (Reg) 2010; 17(1): 7-31

11. Williams T, Milkins C, Medical history of contraception of Baltimore. (NY):2010; 23(4):45-47
12. Senanayake P. Fertility regulation An NGO perspective in contraception, Researcher of Development. (NY) 2009; 15(7): 19-24
13. Hagar M. United Nations, Report of the International Conference on Population of Development. Cairo 2010; 12 (9). 9 -11
14. Andrés M. Análisis de Oferta de Anticonceptivos en Perú Luis Tavará-Orozco Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos SPOG 1 Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos FLASOG Trabajo recibido el 15 de Julio de 2010 y aceptado para publicación el 19 de Julio del 2010. RELI [en línea]. 2010. [fecha de acceso 15 de abril de 2010] URL disponible en:
http://www.Revista Peruana, pagina=3 Ginecología. y Obstetricia 2010.56 120-136_cont=112
15. Iván G. Autonomía de los Cuerpos Anticoncepción. RELI [en línea]. 2007. [fecha de acceso 19 de abril de 2013]; URL disponible en:
<http://www.scielo.php?pid=S0034-cuerpo897434. 91222102. Pdf>
16. Komura L; Magnoni L. Vivencias de la paternidad en la adolescencia en una comunidad brasileña de baja renta. Revista da Escola de Enfermagem da USP. RELI [en línea] [fecha de acceso 20 de abril del 2013] URL disponible en
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100014,](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100014)

17. Maroto a, Moreno m, Moreno r, Ortiz c, Escobar f. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud. Año/ vol. 13 número 003, RELI [en línea]. 2008 [fecha de acceso 15 de abril de 2013] URL disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557271998000600008&script=sci_arttext&tlng=pt
18. Calero J, Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Revista Cubana de Salud Pública. Año/vol. Número 003. [Citado el 20 de abril del 2013] URL disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100007.
19. Gallardo G, Gómez E, Muñoz M, Suárez N. Paternidad: Representaciones Sociales en Jóvenes Varones Heterosexuales Universitarios sin Hijos. Año/ vol 6 numero 005, RELI [en línea]. 2006. [fecha de acceso 15 de abril de 2013] Disponible en: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/315>
20. García I, Ávila E, Lorenzo A. y Lara M. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Citado el 20 de abril del 3013]. URL disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000400006&script=sci_arttext.
21. Abarca R. El proceso del conocimiento: gnoseología o epistemología. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María; RELI [en línea].

1991 [Fecha de acceso el 19 de abril de 2013]. URL disponible en:

<http://www.ucsm.edu.pe/rabarcaf/procon00.htm>

22. Bunge M. La investigación científica. Barcelona: RELI [en línea]. 2009. [fecha de acceso 15 de abril de 2013]. URL disponible en: http://books.google.com.pe/books?id=iDjRhR82JHYC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
23. Rodríguez M. La Teoría del Aprendizaje Significativo. Centro de Educación a Distancia. España. RELI [en línea].2010. [Fecha de acceso 17 de abril de 2013]. URL Disponible en: <http://cmc.ihmc.us/papers/cmc2004-290.pdf>.
24. Fiszer J. Aprendizaje Significativo o Aprendizaje Memorístico. [diapositiva]. 2010 Argentina. URL disponible en: http://www.mental-gym.com/Docs/ARTICULO_101.
25. Díaz, F, Hernández G. Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo. Una interpretación constructivista. RELI [en línea]. 2008. [fecha de acceso 17 de abril de 2013] URL Disponible en: http://www.antropologia.uady.mx/avisos/frida_gerardo.pdf
26. Javier v. Conocimiento con todo y para todos ECURED. RELI [en línea]. 2008. [fecha de acceso 15 de abril de 2013]. URL Disponible en: <http://www.ecured.cu/index.php/Andragog%C3%ADa>

27. Mateo J. Asociación de profesionales del hospital materno infantil Ramón .RELI [en línea]. 2008. [fecha de acceso 19 de abril de 2013]. URL Disponible en:
<http://www.itescam.edu.mx/principal/sylabus/fpdb/recursos/r57322.PDF>
28. Manuel M. Paternidad responsable. RELI [en línea]. 2010. [Fecha de acceso el 19 de abril de 2013]. URL Disponible en:
<http://www.paternidadresponsableyvida.org/detalledocumento.asp?op=30&id=18>
29. Erick D. paternidad responsable y vida RELI [en línea]. 2009. [fecha de acceso 19 de abril de 2013] URL Disponible en:
<http://www.paternidadresponsableyvida.org/detalledocumento.asp?op=30&id=18>
30. Gabriel B. Sexualidad y Bioética. RELI [en línea]. 2010. [fecha de acceso 20 de abril de 2013] URL Disponible en:
<http://es.catholic.net/sexualidadybioetica/338/1366/articulo.php?id=6062>
31. Garcia I, Avila E, Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Ciudad de la Habana. RELI [en línea]. 2009 [fecha de acceso 19 de abril de 2013] URL Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312002000400007&script=sci_arttext
32. Marañón G. Sexualidad y género. Madrid. RELI [en línea]. 2008. [fecha de acceso 18 de abril de 2013]. URL Disponible en:
<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/MDG/noticias/noticias/1/47391/P47391.xml&xsl=/MDG/tpl/p1f.xsl>

33. Peláez M. Adolescencia y sexualidad. En: Controversias sobre una vida que comienza. La Habana: Ed. Científico Técnica; RELI [en línea].2009 [fecha de acceso 19 de abril de 2013] URL Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312002000400007&script=sci_arttext
34. Fernando B. Derechos sexuales. RELI [en línea].2009 [fecha de acceso 19 de abril de 2013] URL Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/avise/derechos2.php>
35. Corona V, Esther G. Hablemos de educación y salud sexual; Manual para profesionales de la educación, información, herramienta y recursos. RELI [en línea].2009 [fecha de acceso 19 de abril de 2013] URL Disponible en: <http://www.me.gov.ar/monitor/nro11/dossier1.htm>
36. Routi A. Planificación familiar y salud. En: Anticoncepción en la Adolescencia. Asunción, Paraguay EFACIM, 1994:255-62. RELI [en línea]. 2008. [fecha de acceso 15 de abril de 2013] URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312002000400007&script=sci_arttext
37. Ignacio G, Emilia M. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos; RELI [en línea]. 2008. [fecha de acceso 18 de abril de 2013]. URL Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400010

38. Juan g. Medicina Alternativa y Métodos Naturales. [En línea]. 2010 [fecha de acceso 23 de abril de 2013] URL Disponible en: [http://scielo.isciii.es.about.com/od/ABD-de-la-Medicina-Alternativa/tp/Metodos-Naturales-De-Anticoncepcion.htm](http://scielo.isciii.es/about.com/od/ABD-de-la-Medicina-Alternativa/tp/Metodos-Naturales-De-Anticoncepcion.htm)
39. Robert F. Salud y Medicina Natural. RELI [en línea]. 2008. [fecha de acceso 15 de abril de 2013]. URL disponible en: <http://remediosnaturaleshttp://www.msal.gov.ar/saludshttp://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombresycuidado09.pdfsexual/pdf/unfpa-baja.pdf>
40. Bulechek G. Métodos Anticonceptivos Naturales “Vida Sana”. Colombia RELI [en línea]. 2009. [Fecha de acceso 15 de abril de 2013]; disponible en: <http://anticonceptivosnaturales.blogspot.com/2009/07/el-metodo-billings-es-uno-de-los.html> RELI [en línea].
41. Aristizabal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. Rev ENEO-UNAM [en línea] 2011 4.(8) [Fecha de acceso 15 de abril de 2013] URL Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>

ANEXOS

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Conocimiento sobre paternidad responsable	Es la información internalizada por las estudiantes de enfermería sobre la paternidad responsable y que les otorga la capacidad de decidir con amor el número y espaciamiento de sus hijos utilizando un medio ético.	<p>Igualdad de género</p> <p>Métodos anticonceptivos naturales</p>	<p>Por igualdad de género se entiende una situación en la que mujeres y hombres tienen las mismas posibilidades, u oportunidades en la vida, de acceder a recursos y bienes valiosos desde el punto de vista social, y de controlarlos.</p> <p>El conocimiento de los métodos anticonceptivos contribuye a la toma de decisiones sobre el control de la natalidad del número de hijos que se desean, o no tener hijos, la prevención de embarazos no deseados y de embarazos en adolescentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Respeto/ auto respeto a la mujer - Equidad de genero - Responsabilidad masculina -Definición -Tipos -Ventajas -Uso(aplicación)

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Actitud sobre paternidad responsable	Predisposición que tienen las estudiantes de enfermería hacia la paternidad responsable como una forma de proceder que puede ser de aceptación, indiferencia y rechazo.	<p>Cognitivo(sabe)</p> <p>Afectivo(siente)</p>	<p>Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes.</p> <p>Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definición - Beneficios de la paternidad responsable - Beneficio de los métodos naturales - Intereses - Compromiso - Dudas - Temor

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Actitud sobre paternidad responsable	Predisposición que tienen las estudiantes de enfermería hacia la paternidad responsable como una forma de proceder que puede ser de aceptación, indiferencia y rechazo.	Conductual(hace)	Tendencia a manifestar los pensamientos y emociones. Es el componente activo de la actitud.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación - Participa en capacitaciones - Respeto por su sexualidad - Equidad de genero



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



ANEXO 2: CUESTIONARIO

Presentación:

Buenos días estimadas estudiantes de enfermería de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, nosotras somos estudiantes de IX ciclo Gloria Sabaduche y Lourdes Flores, estamos realizando un estudio de investigación con el objetivo de obtener información acerca del conocimiento y actitud hacia la paternidad responsable.

Este cuestionario es de carácter anónimo y confidencial por lo que se les pide absoluta sinceridad al momento de responder las preguntas.

I. DATOS GENERALES: Marque con un aspa (X) su respuesta:

1. **Edad:**_____ (años cumplidos)

2. **Ciclo de estudios:** _____

3. **Procedencia :**

a. Costa ()

b. Sierra ()

c. Selva ()

4. **Estado Civil:**

a. Soltera ()

b. Conviviente ()

c. Casada ()

d. Divorciada/Separada ()

5. Ocupación :

- a. Estudiante ()
- b. Trabajo dependiente ()
- c. Trabajo independiente ()
- d. Trabajo eventual ()

III. INFORMACIÓN ESPECÍFICA:

Marque V (Verdadero) o F (Falso) según considere Ud.

N°	PREGUNTAS	V	F
1	Paternidad responsable implica entrega y compromiso de la pareja que deriva únicamente del amor para la procreación		
2	La paternidad responsable incluye a la pareja y no tiene ninguna implicancia en la sociedad.		
3	La paternidad responsable implica que la pareja tenga dominio de sí y ejerza la voluntad y la razón.		
4	Se debe ejercer la paternidad al interior de un matrimonio constituido que pueda ofrecer una sólida formación familiar		
5	La salud reproductiva incluye la capacidad de disfrutar de una vida sexual sin riesgos y de procrear en libertad responsable.		
6	Conocer nuestro cuerpo, cómo funciona y las formas de cuidarlo evitando riesgos y enfermedades, es un derecho reproductivo.		
7	Todos y todas tenemos derecho a tener relaciones sexuales seguras y sin temor		
8	La salud reproductiva tiene un impacto mayor en las mujeres porque ellas "ponen el cuerpo" en el embarazo y el parto		
9	La sexualidad se vive y se siente: tiene que ver con el respeto en cómo movernos, vestarnos, expresarnos y relacionarnos con los demás		
10	El objetivo de la igualdad de género no es tanto que mujeres y hombres sean iguales, sino conseguir que unos y otros tengan las mismas oportunidades en la vida.		

11	Los hombres tienen la responsabilidad de proveer sostén económico, y las mujeres son las encargadas del hogar y el cuidado de los hijos.		
12	Los métodos naturales se basan en la función hormonal normal de la mujer y aprovechan las variaciones fisiológicas		
13	El método del moco cervical, en las distintas fases del ciclo menstrual, puede determinar con alta seguridad, la presencia de un período infértil o fértil.		
14	En el método del ritmo o calendario se calcula el día de la ovulación mediante una fórmula basada en el comportamiento de las menstruaciones		
15	Al tomar la temperatura cada día y registrarla gráficamente , se observa que dicha temperatura es más baja durante la primera mitad del ciclo y la ovulación ocurre antes o al mismo tiempo en que la temperatura se eleva		
16	Los factores como las enfermedades, el estado de ánimo, la medicación, la ingesta de alcohol, las horas de sueño no permiten aplicar los métodos naturales		
17	El uso de métodos naturales provoca igual que los artificiales alteraciones del peso de las mujeres y cambios de ánimo		
18	El método natural más seguro es el coito interrumpido que es aplicado por los varones para la contracepción.		
19	Las hormonas producen alteraciones en la temperatura corporal de las mujeres por eso se puede aplicar la temperatura basal al menos los cinco días anteriores al día en que se espera que aumente la temperatura		
20	En el método del ritmo con un ciclo menstrual de 28 días, para evitar el embarazo, la mujer no debiera tener relaciones sexuales desde el día séptimo hasta el día 15 del ciclo.		
21	El método Billings requiere de un aprendizaje previo que involucra a la pareja y un compromiso de ésta para seguir este método con responsabilidad.		

IV. ACTITUD: Marque la respuesta que considere se acerque a su vivencia, ninguna respuesta es correcta o incorrecta.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo

N°	ENUNCIADO	1	2	3	4	5
1C	La paternidad responsable es tener responsabilidad por la naturaleza humana y decidir el número de hijos pensando en el bienestar de la familia					
2C	La paternidad responsable crea lazos más sólidos para la convivencia de la familia porque exige estabilidad y fidelidad					
3C	Considero que la paternidad responsable permite una entrega más auténtica en la pareja					
4C	El uso de métodos anticonceptivos naturales requiere un conocimiento amplio del cuerpo sólo de la mujer.					
5C	Puede ser utilizado por la pareja si hay un compromiso de ambos, pero por sobre todo de la mujer					
6A	Me comprometería a usar métodos naturales de anticoncepción porque siento que es posible hacerlo					
7A	Dudo que sea posible que la pareja logre tal unión que permita que sea posible tener los hijos a los que se le pueda dar todo lo necesario					
8A	Me daría temor que los métodos naturales no logren el objetivo deseado y no logre mis metas trazadas					

9A	Me interesaría conocer con detalle la aplicación de los métodos naturales anticonceptivos para actuar con mayor responsabilidad					
10A	Siento que reconocer las señales corporales de fertilidad de la mujer debe incluir también a la pareja					
11c	Cuando se dé el caso aplicaré la paternidad responsable con mi pareja para defender la vida y evitar otros métodos que no sea los naturales					
12c	Participaría en capacitaciones para informarme con mayor profundidad sobre temas de paternidad responsable					
13c	Cuido mi manera de vestir y comportarme porque eso implica respetar tu sexualidad					
14c	Tengo un trato imparcial con las personas sin importar el género al que pertenezca					
15c	Tengo un trato diferenciado de acuerdo al género, distinguiendo las diferencias propias de cada sexo.					

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo



ANEXO 3

VALIDEZ DE INSTRUMENTO

ÍTEMS	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Juez 9	Juez 10	Suma	P
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,0010
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,0010
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,0010
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,0010
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,0010
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,0010
7	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	0,0098
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,0010
9	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	0,0098
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0,0010
											0,0273	

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa.

1: Si la respuesta es positiva.

Excepto en las preguntas 7 y 8 que es lo contrario.

n=10

$P = \frac{0,273}{10} = 0.0273$

10

Si "P" es menor de 0.05 entonces la prueba es significativa Por lo tanto el grado de concordancia es significativo, siendo el instrumento válido según la prueba binomial aplicada al juicio de experto **p = 0.01719**.



ANEXO 4: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

CONOCIMIENTO	N	KR - 20	Confiabilidad
General	21	0,795	Aceptable
Conceptos generales	04	0,765	Aceptable
Cuidado de salud reproductiva	03	0,775	Aceptable
Igualdad de género	04	0,816	Aceptable
Métodos anticonceptivos naturales	10	0,783	Aceptable

$$r_u = \frac{n}{n-1} * \frac{V_t - \sum pq}{V_t}$$

En donde:

r_u = coeficiente de confiabilidad.

N = número de ítems que contiene el instrumento.

V_t = varianza total de la prueba.

$\sum pq$ = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1 y es mayor que 0,5 por lo cual la confiabilidad del instrumento es **ACEPTABLE**, tomando en cuenta todos los ítems de cada dimensión.

ALFA DE CRONBACH

ACTITUD	N	Alfa-Cronbach	Confiabilidad
General	15	0,790	Aceptable
Cognitivo	5	0,776	Aceptable
Afectivo	5	0,754	Aceptable
Conductual	5	0,769	Aceptable

COEFICIENTE ALFA – CRONBACH

Dónde:

N= Número de ítems

$$\sum s^2(Y_i)$$

Sumatoria de las varianzas de los ítems

$$s_x^2$$

Varianza de toda la dimensión

$$\alpha = \frac{N}{(N-1) \left[1 - \frac{\sum_i s^2(Y_i)}{s_x^2} \right]}$$

El valor de Alfa de Cronbach, cuanto se acerca a 1 denota una confiabilidad en la aplicación del instrumento.



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



ANEXO 5: ESCALA DE VALORACIÓN DE CONOCIMIENTO

CONOCIMIENTO	BAJO	MEDIO	ALTO	X ± 0.75 DE
General	< 14	14 - 17	> 17	15,2 ± 0.75 * 1,96
Conceptos generales	<	2 - 3	> 3	3,59 ± 0.75 * 0,73
Cuidado de la salud reproductiva	< 3	3 - 4	> 4	3,59 ± 0.75 * 0,56
Igualdad de género	< 4	4 - 6	> 6	1,98 ± 0.65 * 1,2
Métodos Naturales	< 6	6 - 7	> 7	6,3 ± 0.65 * 1,12

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ACTITUD

ACTITUD	RECHAZO	INDIFERENCIA	ACEPTACIÓN	X ± 0.75 DE
General	< 51	51 - 60	> 60	55,6 ± 0.75 * 5,84
Cognitivo	< 16	16 - 21	> 21	18,3 ± 0.75 * 3,34
Afectivo	< 16	16 - 21	> 21	17,48 ± 0.75 * 2,46
Conductual	< 17	17 - 22	> 22	19,75 ± 0.65 * 3,3



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA PATERNIDAD RESPONSABLE

Estimado joven, estamos realizando una investigación titulada, Conocimiento y Actitud de los Estudiantes de Enfermería en relación a la Paternidad Responsable, que tiene por finalidad obtener información acerca del conocimiento y actitud hacia la paternidad responsable. Antes de responder los cuestionarios se le ha tenido que explicar lo siguiente: El propósito del estudio, riesgos, beneficios, confidencialidad, para finalmente pasar a la aceptación firmada del mismo.

Propósito del estudio

El presente estudio es un estudio descriptivo, es decir, se tratará de encontrar un diagnóstico para presentar posibles soluciones y/o recomendaciones. Específicamente trataremos de medir el conocimiento y actitud que tenga Ud. Estos datos nos permitirán tener un poco más de información sobre esta posible relación, que tendrán que realizarse en estudios posteriores.

Riesgos

Como el estudio trata con formularios plenamente identificados y no haremos otro tipo de evaluación, solamente se aplicarán cuestionarios, consideramos que el presente estudio no presenta riesgos para los sujetos de investigación,

cualquier consulta realizarlo a las Srtas. Lourdes Flores Samaniego y/o Gloria Sabaduche Suárez.

Beneficios

El presente estudio tiene varios beneficios tales como medir el nivel de conocimiento y actitud de su hijo en relación a la paternidad responsable.

Confidencialidad

Para efectos de investigación solamente la investigadora tendrá el acceso a la información de los participante que son las (os) estudiantes de enfermería, para efectos posteriores se procederá a identificar a cada participante a través del código ID, que será un número correlativo, el cual se ingresará a la base de datos para análisis posteriores.

Por lo tanto, yo _____,
manifiesto que he sido informada (o) sobre el estudio y doy mi conformidad para realizármelo.

Nombre

Firma

Investigador 1

Firma

Fecha



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



ANEXO 7

CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA