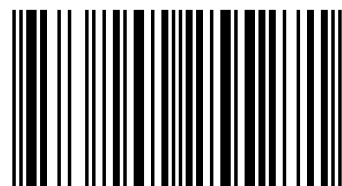


Las habilidades sociales y la sexualidad en adolescentes embarazadas

Las habilidades sociales de las adolescentes no embarazadas son cuantitativa y cualitativamente más altas que las de las adolescentes embarazadas. Las habilidades sociales y la sexualidad se correlacionan en forma significativa en las edades de 15 a 19 años de edad y en el nivel de secundaria en las adolescentes embarazadas. Las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas revelan déficit en las habilidades sociales avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos, habilidades alternativas frente a la agresión y habilidades para hacer frente al stress. En el área de la sexualidad, el déficit se da en conocimientos y comportamiento sexual y reproductivo. El poco autocontrol, la incapacidad para negociar y las emociones y sentimientos inadecuados jugarían un rol fundamental en el embarazo adolescente.



Lic. en Psicología. Magíster en Farmaco-dependencia: Univ. Peruana Cayetano Heredia. Doctor en Psicología: Univ. Nacional Federico Villarreal, 2004. Estudios Doctorales de Salud Pública: Univ. Nacional Federico Villarreal. Autor de 30 libros sobre educación sexual y prevención del consumo de drogas. Director de Investigación de la Univ. César Vallejo.



978-620-2-25527-1

editorial académica **española**

Adolescentes embarazadas de Lima

Vallejos Saldarriaga

adae
editorial académica española



José Francisco Vallejos Saldarriaga

Las habilidades sociales y la sexualidad en adolescentes embarazadas

Un Estudio en la ciudad de Lima

José Francisco Vallejos Saldarriaga

**Las habilidades sociales y la sexualidad en adolescentes
embarazadas**

José Francisco Vallejos Saldarriaga

**Las habilidades sociales y la
sexualidad en adolescentes
embarazadas**

Un Estudio en la ciudad de Lima

Editorial Académica Española

Imprint

Any brand names and product names mentioned in this book are subject to trademark, brand or patent protection and are trademarks or registered trademarks of their respective holders. The use of brand names, product names, common names, trade names, product descriptions etc. even without a particular marking in this work is in no way to be construed to mean that such names may be regarded as unrestricted in respect of trademark and brand protection legislation and could thus be used by anyone.

Cover image: www.ingimage.com

Publisher:

Editorial Académica Española

is a trademark of

International Book Market Service Ltd., member of OmniScriptum Publishing Group

17 Meldrum Street, Beau Bassin 71504, Mauritius

Printed at: see last page

ISBN: 978-620-2-25527-1

Zugl. / Aprobado por: Lima, Universidad Federico Villarreal, Tesis Doctoral, 2004

Copyright © José Francisco Vallejos Saldarriaga

Copyright © 2017 International Book Market Service Ltd., member of OmniScriptum Publishing Group

All rights reserved. Beau Bassin 2017

LAS HABILIDADES SOCIALES Y LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS

Autor: José Vallejos Saldarriaga

Lima, 2017

AGRADECIMIENTOS:

Al Fondo de Población de las Naciones Unidas de Lima, por el apoyo brindado para el desarrollo de la investigación.

Al Dr. Carlos Arenas Iparraguirre, asesor de la presente investigación.

A todos mis profesores del Doctorado, Drs.: Ramón León, Carlos Arenas, Irma Altez, Federico Infante, Gustavo Ríos, Alberto Villalobos y Alejandro Loli

A los Jueces del Instrumento de la Investigación, Especialistas: Dra. Irma Altez; Dra. Yodalia Leyva (Cuba); Dra. Jenny Martínez (UNFPA-Lima); Dr. Carlos Arenas; Dra. Martha Moyano (UNFPA-México); Mg. Luis Pérez (URP); Mg. Héctor Ramos (UNFPA-Lima); Dr. Edgard Rodríguez (UNIFE); Mg. Luz Sánchez; Dr. William Torres (URP).

A los Directores de los Institutos Perinatales y de Maternidad en donde se desarrolló la investigación.

A los Directores y Directoras de los colegios en donde se aplicaron las encuestas de investigación y que conformaron la muestra de contraste.

A la Dra. Carmen Amelia Ríos de Coloma, por su apoyo permanente.

Al Dr. Raúl Coloma Vera, por su apoyo permanente.

Al Dr. Ramón León, por su permanente aliento y motivación.

A la Dra. Ylia Espinoza, Jefe del Departamento de Investigación del Instituto Perinatal Materno Infantil (Ex – Maternidad de Lima).

Al Dr. Fernando Bautista, Jefe del Departamento de Maternidad Adolescente del Instituto Materno Infantil (Ex – San Bartolomé).

Al Mag. César Malpartida, por su apoyo estadístico.

“Las Habilidades Sociales y la Sexualidad en Adolescentes Embarazadas y no embarazadas”

Resumen

La Investigación trata acerca de la descripción y correlación entre las habilidades sociales y la sexualidad en las embarazadas adolescentes del Instituto Materno Perinatal (Ex - Maternidad de Lima) y el Instituto Materno Infantil (Hospital San Bartolomé) y una muestra de contraste de adolescentes no embarazadas.

Mediante el diseño descriptivo comparativo relacional se estudian las relaciones y correlaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en las embarazadas adolescentes, en comparación a las adolescentes no embarazadas.

Se ha investigado a 386 adolescentes embarazadas y 409 adolescentes no embarazadas, a las cuales se les ha aplicado el inventario de habilidades sociales de Goldstein y una prueba específica de conocimientos, actitudes y comportamiento sexual, elaborada específicamente para la presente investigación.

El estudio comprende el control de las siguientes variables principales: edad, estado civil, grado de instrucción, paridad (primiparidad y biparidad) y estructura familiar.

Las habilidades sociales de las adolescentes no embarazadas son cuantitativa y cualitativamente más altas que las de las adolescentes embarazadas. Las habilidades sociales y la sexualidad se correlacionan en forma significativa en las edades de 15 a 19 años de edad y en el nivel de secundaria en las adolescentes embarazadas. Las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas revelan déficit en las habilidades sociales avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos, habilidades alternativas frente a la agresión y habilidades para hacer frente al stress. En el área de la sexualidad, el déficit se da en conocimientos y comportamiento sexual y reproductivo. El poco autocontrol, la incapacidad para negociar y las emociones y sentimientos inadecuados jugarían un rol fundamental en el embarazo adolescente.

Palabras Claves: embarazo adolescente, habilidades sociales, sexualidad, conocimientos sexuales, actitudes sexuales y comportamiento sexual y reproductivo.

"Social Abilities and the Sexuality in Pregnant and not pregnant Adolescents"

Summary

The Investigation tries about the description and correlation between the social abilities and the sexuality in the pregnant adolescents and the not embarrassed adolescents of the Perinatal Maternal Institute (Ex - Maternity of Lima) and the Infantile Maternal Institute (Hospital San Bartolomé) and a sample of contrast of not embarrassed adolescents.

By means of the design descriptive comparative relational the relationships and correlations are studied between the social abilities and the sexuality in the pregnant adolescents, in comparison to the not embarrassed adolescents.

It has been investigated 386 pregnant adolescents and 409 not embarrassed adolescents, to which have been applied the inventory of social abilities of Goldstein and a specific test of knowledge, attitudes and sexual behavior, elaborated specifically for the present investigation.

The study understands the control of the following main variables: age, civil state, instruction grade, parity (primiparidad and biparidad) and family structure.

The social abilities of the not embarrassed adolescents are quantitative and qualitatively higher that those of the pregnant adolescents. The social abilities and the sexuality are correlated in significant form in the ages from 15 to 19 years of age and in the level of secondary in the pregnant adolescents. The social abilities of the pregnant adolescents reveal deficit in the advanced social abilities, abilities related with the feelings, alternative abilities in front of the aggression and abilities to make in front of the stress. In the area of the sexuality, the deficit is given in knowledge and sexual and reproductive behavior. The deficit of the auto control, the inability to negotiate and the emotions and inadequate feelings would play a fundamental rol in the adolescent pregnancy.

Key words: I embarrass adolescent, social abilities, sexuality, sexual knowledge, sexual attitudes and sexual and reproductive behavior.

INDICE
INTRODUCCION

	Pág.
I.- MARCO TEORICO	17
1.- Antecedentes de investigaciones previas relevantes	17
2.a.- Antecedentes a nivel internacional	17
2.b.- Antecedentes a nivel nacional	19
2.- Habilidades Sociales	
2.a.- Aspectos generales y conceptuales.	27
2.b.- Modelos conceptuales de las habilidades sociales.	35
2.b.1. El modelo del aprendizaje social: vinculado con el aspecto cognitivo.	35
2.b.2. El modelo del análisis de tarea.	36
2.c.- Componentes de las habilidades sociales	37
2.c.1. Componentes conductual.	38
2.c.2. Componente Cognitivo.	38
2.c.3. Componente Fisiológico.	38
2.d.- Modelo de las fases de la conducta social en la relación interpersonal.	40
2.e.- Adquisición y desarrollo de las habilidades sociales	42
2.f.- Modelos explicativos del déficit en las habilidades sociales	45
2.f.1. El modelo del déficit en las habilidades sociales.	45
2.f.2. El modelo de la inhibición.	45
2.f.3. El enfoque de Goldstein.	45
2.f.4. El enfoque de la interferencia.	46
3.- Adolescencia y Sexualidad	48
3.a. Características generales y conceptuales de la adolescencia.	48
3.b. Características biopsicosocioculturales de la adolescencia.	50
3.c. Sexualidad en la adolescencia.	56
3.d. El embarazo adolescente.	59
3.d.1. Aspectos conceptuales	59
3.d.2. El embarazo adolescente en el Perú: aspectos epidemiológicos, reproductivos y sociodemográficos	62
4. Teorías de la conducta de riesgo	67
4.a. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor.	67
4.b. Teoría de la resiliencia y el riesgo.	72
4.c. Teoría del desarrollo de las habilidades sociales.	73
4.d. Teoría del aprendizaje social.	74
4.e. El modelo de creencias en la salud.	75

II.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	Pág.
2.1.	Identificación y delimitación del problema.	76
2.2.	Formulación del problema.	78
2.3.	Objetivos.	78
2.4.	Justificación de la investigación.	79
III.	FORMULACION DE LAS HIPOTESIS	81
IV.	METODOLOGIA	83
4.1.	Tipo y diseño de la investigación.	83
4.2.	Nivel del estudio.	83
4.3.	Selección y definición operacional de variables.	83
4.3.1.	Variables del estudio.	83
4.3.2.	Variables a controlar.	83
4.3.3.	Definición operacional de las variables.	84
4.4.	Universo, muestra, muestreo y unidades de análisis.	86
4.4.1.	Descripción de la muestra.	86
4.5.	Los instrumentos de la investigación.	100
4.5.1.	Lista de chequeo de las habilidades sociales de Goldstein.	101
4.5.2.	Encuesta de sexualidad.	108
4.6.	Procedimiento general de la investigación.	113
4.7.	Tratamiento de la información.	113
V.	PRESENTACION DE RESULTADOS	
5.1.	Las habilidades sociales en las adolescentes embarazadas y no embarazadas.	116
5.2.	La sexualidad en las adolescentes embarazadas y la adolescente no embarazada.	126
5.3.	Relación entre las habilidades sociales y la sexualidad en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada.	133
5.4.	Verificación de hipótesis.	138
5.5.	Hallazgos complementarios.	150
5.6.	Perfil de la embarazada adolescente.	152
VI.	DISCUSION DE RESULTADOS	153
VII	CONCLUSIONES	164
VIII	SUGERENCIAS	166
	REFERENCIAS	
	APENDICE	

INDICE DE TABLAS, CUADROS Y GRÁFICOS

INDICE DE TABLAS

Tabla Nro. 01	Resumen de los aspectos conceptuales de las habilidades sociales	Pág. 33
Tabla Nro. 02	Número de hijos de las adolescentes en el Perú	pág. 63
Tabla Nro. 03:	Adolescentes atendidas en la Maternidad de Lima (2001)	pág. 64
Tabla Nro. 04:	Población y Muestra Principal de los 2 Hospitales en el año 2001	pág. 86
Tabla Nro. 05:	Conformación de la Muestra de Contraste	pág. 86
Tabla Nro. 06:	Descripción de la muestra de acuerdo a la edad	pág. 89
Tabla Nro. 07:	Descripción de la muestra de acuerdo al grado de instrucción	pág. 90
Tabla Nro. 08:	Descripción de la muestra de acuerdo al estado civil	pág.91
Tabla Nro. 09:	Descripción de la muestra de adolescentes embarazadas de acuerdo a la paridad	pág. 92
Tabla Nro. 10:	Descripción de la muestra de acuerdo a la estructura de la familia.	pag. 93
Tabla Nro. 11:	Descripción de la muestra de acuerdo a las relaciones en la familia	pág. 94
Tabla Nro. 12:	Descripción de la muestra de acuerdo a las relaciones familiares.	pág. 95
Tabla Nro. 13:	Descripción de la muestra de acuerdo al apoyo brindado por los papás	pág. 96
Tabla Nro. 14:	Descripción de la muestra de acuerdo al nivel de comunicación	pág. 96
Tabla Nro. 15:	Descripción de la muestra de acuerdo a la cantidad de años escolares repetidos	pág. 97
Tabla Nro. 16:	Descripción de la muestra de acuerdo al nivel de autoestima	pág. 97
Tabla Nro. 17:	Descripción de la muestra de acuerdo a la expectativa acerca del número de hijos	pág. 97
Tabla Nro. 18:	Descripción de la muestra de acuerdo al lugar de nacimiento.	pág. 97
Tabla Nro. 19:	Descripción de la muestra de acuerdo a la religión	Pág.99
Tabla Nro. 20:	Descripción de la muestra de acuerdo a si desempeña algún trabajo remunerado	Pág. 99
Tabla Nro. 21:	Composición de los Grupos, áreas e ítems de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein,	pág. 101

Tabla Nro. 22:	Puntajes de Correlacion Item-Test que expresan la Validez y Confiabilidad de la Lista de Chequeo de las Habilidades Sociales de Goldstein (Ambrosio, T., 1997).	p. 105
Tabla Nro. 23:	Puntajes de correlación escala-test de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein (Ambrosio, T., 1997).	p. 106
Tabla Nro. 24:	Normas ene atípicas para la muestra de escolares de secundaria de 1° A 5°, colegio nacional, clase baja, 12 a 17 años. (Ambrosio, T., 1995).	p.107
Tabla Nro. 25:	Perfil de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales.	p. 108
Tabla Nro. 26:	Resultados de la Evaluación de Jueces de los instrumentos de la investigación.	p. 111
Tabla Nro. 27:	Indice de Crombach resumido del Goldstein (Vallejos, J., 2003)	p. 112
Tabla Nro. 28:	Indice de Crombach resumido del Instrumento de Sexualidad (Vallejos, J., 2003).	p. 112
Tabla Nro. 29:	Las habilidades sociales. En las adolescentes embarazadas y no embarazadas.	p. 116
Tabla Nro. 30:	La sexualidad en las adolescentes embarazadas y no embarazadas.	p. 117
Tabla Nro. 31:	Descripción de las habilidades sociales en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada de acuerdo a la edad menor de 14 años de edad	p.117
Tabla Nro. 32:	Habilidades Sociales en la adolescente embarazada y no embarazada de acuerdo a la variable edad, entre 15 a 19 años de edad	p. 118
Tabla Nro. 33:	Habilidades Sociales en la adolescente embarazada y no embarazada de acuerdo a la variable grado de instrucción primaria.	p. 119
Tabla Nro. 34	Habilidades Sociales en la adolescente embarazada y no embarazada de acuerdo a la variable grado de instrucción secundaria	p. 119
Tabla Nro. 35:	Habilidades Sociales en la adolescente embarazada y no embarazada de acuerdo a la variable estado civil (Solteras).	p120
Tabla Nro. 36:	Habilidades Sociales en la adolescente No embarazada de acuerdo a la variable estructura familiar completa.	p.122
Tabla Nro. 37:	Habilidades Sociales en la adolescente embarazada de acuerdo a la variable estructura familiar incompleta.	p. 123
Tabla Nro. 38	Habilidades Sociales en la adolescente embarazada de acuerdo a la variable estructura familiar extensa.	p. 123
Tabla Nro. 39:	Habilidades Sociales en la adolescente embarazada de acuerdo a la variable paridad.	p. 124
Tabla Nro. 40:	Descripción de la sexualidad en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada de acuerdo a la edad menor de 14 años de edad.	p. 126
Tabla Nro. 41:	Sexualidad en la adolescente embarazada y no embarazada de acuerdo a la variable edad entre 15 a 19 años de edad.	p. 126

Tabla Nro. 42:	Sexualidad en la adolescente embarazada y no embarazada de acuerdo a la variable grado de instrucción secundaria.	p. 128
Tabla Nro. 43:	Sexualidad en la adolescente embarazada y no embarazada de acuerdo a la variable estado civil (Solteras).	p. 129
Tabla Nro. 44:	Sexualidad en la adolescente No embarazada de acuerdo a la variable estructura familiar completa.	p. 130
Tabla Nro. 45:	Sexualidad en la adolescente embarazada de acuerdo a la variable estructura familiar incompleta.	p. 130
Tabla Nro. 46	Sexualidad en la adolescente No embarazada de acuerdo a la variable estructura familiar extensa.	p. 131
Tabla Nro. 47	La sexualidad en la adolescente embarazada de acuerdo a la variable paridad.	p. 132
Tabla Nro. 48	Relación entre las habilidades sociales y la sexualidad en las adolescentes embarazadas y no embarazadas	p. 133
Tabla Nro. 49	Relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada de acuerdo a la edad.	p. 134
Tabla Nro. 50	Relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada de acuerdo al grado de instrucción.	p. 135
Tabla Nro. 51	Relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada de acuerdo al estado civil.	p. 136
Tabla Nro. 52	Relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada de acuerdo a la estructura familiar.	p. 137
Tabla Nro. 53	Hipótesis Nro. 01: Existe relación directa positiva entre las habilidades sociales y la sexualidad en las adolescentes embarazadas, en comparación a las adolescentes no embarazadas.	p. 138
Tabla Nro. 54	Hipótesis Específica Nro. 02: Las adolescentes embarazadas presentan valores significativamente menores en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales y reproductivos, a diferencia de las no embarazadas	p. 139
Tabla Nro. 55	Hipótesis Específica Nro. 03: Las adolescentes embarazadas presentan déficits significativos en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable edad.	p. 140
Tabla Nro. 56	Hipótesis Específica Nro. 04: Las adolescentes embarazadas presentan déficits significativos en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable grado de instrucción.	p. 141

Tabla Nro. 57	Hipótesis Específica Nro. 05: Las adolescentes embarazadas presentan déficits significativos en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable estado civil.	p. 142
Tabla Nro. 58	Hipótesis Específica Nro. 06: Las adolescentes embarazadas primíparas presentan déficit significativo en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes embarazadas múltiparas.	p. 143
Tabla Nro. 59	Hipótesis Específica Nro. 07: Las adolescentes embarazadas presentan déficits significativos en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable estructura de familia.	p. 144
Tabla Nro. 60	Hipótesis Nro. 08. Las adolescentes embarazadas presentan valores significativamente bajos en los comportamientos, actitudes y conocimientos sexuales a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable edad.	p. 145
Tabla Nro. 61	Hipótesis Específica Nro. 09: Las adolescentes embarazadas presentan valores bajos en los comportamientos, actitudes y conocimientos sexuales a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable grado de escolaridad	p. 146
Tabla Nro. 62	Hipótesis Específica Nro. 10: Las adolescentes embarazadas solteras presentan valores significativamente menores en los comportamientos, actitudes y conocimientos sexuales a diferencia de las adolescentes no embarazadas solteras.	p. 147
Tabla Nro. 63	Hipótesis Específica Nro. 11: Las adolescentes embarazadas primíparas presentan valores significativamente menores en los comportamientos, actitudes y conocimientos sexuales a diferencia de las adolescentes embarazadas múltiparas.	p. 148
Tabla Nro. 64	Hipótesis Específica Nro. 12: Las adolescentes embarazadas presentan valores significativamente menores en los comportamientos, actitudes y conocimientos sexuales a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable estructura familiar.	p. 149

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico Nro. 01:	Componentes de las habilidades sociales.	p. 39
Gráfico Nro. 02:	Fases de la conducta social en las relaciones interpersonales.	p. 41
Gráfico Nro. 03:	Mecanismo de aprendizaje de las habilidades sociales.	p. 44
Gráfico Nro. 04:	Modelos explicativos del déficit de las habilidades sociales.	p. 47
Gráfico Nro. 05:	Adolescencia: perspectiva biológica, psicológica y sociocultural.	p. 55
Gráfico Nro. 06:	Aspectos conceptuales de la sexualidad humana.	p. 58
Gráfico Nro. 07:	Esquema de la teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1991).	p. 71
Gráfico Nro. 08:	Descripción de la muestra de adolescentes embarazadas y no embarazadas de acuerdo a la edad	p. 89
Gráfico Nro. 09:	Descripción de la muestra de adolescentes embarazadas y no embarazadas de acuerdo al grado de instrucción	p. 90
Gráfico Nro. 10	Descripción de la muestra de adolescentes embarazadas de acuerdo al estado civil.	p. 91
Gráfico Nro. 11	Descripción de la muestra de adolescentes embarazadas y no embarazadas de acuerdo a la paridad	p. 92
Gráfico Nro. 12	Descripción de la muestra de adolescentes embarazadas y no embarazadas de acuerdo a la estructura de la familia.	p. 93
Gráfico Nro. 13	Esquema de las habilidades sociales de Goldstein.	p. 102
Gráfico Nro. 14	Modelo de Análisis de la Presente Investigación	p. 115
Gráfico Nro. 15	Las habilidades sociales y la edad.	p. 118
Gráfico Nro. 16	Las habilidades sociales y la variable estado civil	p. 121
Gráfico Nro. 17	Habilidades Sociales y la paridad en adolescentes embarazadas	p. 125
Gráfico Nro. 18	La Sexualidad de acuerdo a la edad	p. 127
Gráfico Nro. 19	La sexualidad de acuerdo al estado civil	p. 129
Gráfico Nro. 20	La Sexualidad y la paridad	p. 132

INTRODUCCIÓN

La Psicología contemporánea ha relevado y demostrado la importancia de las habilidades sociales o de las relaciones interpersonales en el éxito o fracaso de las personas en la sociedad. Los hechos sociales son cada vez más complejos y se necesita que las personas sepan percibir adecuadamente los hechos individuales y sociales; que sepan educar sus emociones y expresar sus sentimientos, así como tomar decisiones adecuadas y proyectar sus aspiraciones y sus vidas.

El y la adolescente, en casi todas las sociedades occidentales sufren el impacto de la exigencia social. Existen afirmaciones de ciertos autores (Caballo, V. 1996) que señalan que uno de los factores de los problemas psicosociales de los y las adolescentes es el déficit en habilidades sociales y sería una de las explicaciones de problemas tales como el consumo de drogas, el embarazo adolescente, la delincuencia, el aborto, el fracaso vocacional, etc.

La adolescencia es una etapa de la vida humana en que se experimenta una transición cada vez menos gradual y más dramática a la edad adulta, tanto desde un punto de vista social como físico y psicológico. La experiencia ha demostrado que los jóvenes ingresan cada vez más tempranamente en la actividad sexual y sin el propósito de reproducirse. En el Perú la población adolescente, entre 10 y 19 años de edad, representa aproximadamente el 25% de la población total, más de 5 millones de personas (Mascaro, P. et. al., 2,000), que tienen necesidades específicas en materia de educación y salud, incluida la salud sexual y salud reproductiva. El embarazo temprano impide el desarrollo equilibrado, físico y mental de las jóvenes y dan lugar frecuentemente alumbramientos de alto riesgo.

En la presente investigación se propone identificar, describir y correlacionar las habilidades sociales y la sexualidad en la adolescente embarazada y no embarazada, para lo cual se aplicará el cuestionario de habilidades sociales de Goldstein, A. (1989) y una encuesta de conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales, elaborada para los objetivos de la presente investigación. Se pretende, mediante el método descriptivo-comparativo correlacional, encontrar diferencias y relaciones significativas de las mencionadas habilidades sociales y la sexualidad en las adolescentes embarazadas de 2 hospitales de atención materna adolescente de la ciudad de Lima Metropolitana, en comparación con las adolescentes no embarazadas.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.-Antecedentes de Investigaciones previas

1.a. Investigaciones a nivel internacional

Friedman, H. (1993), afirma que el significado del desarrollo social del adolescente, para cada cultura, debe ser tomado en consideración para desarrollar perspectivas y políticas globales.

Estos significados diferentes son afectados por el ambiente social cambiante, diferentes patrones culturales del desarrollo social en la pubertad y el matrimonio y problemas de salud y promoción de salud. Además afirman que la mayoría de los problemas centrales de salud para los adolescentes, en cualquier lugar, son aquellos aspectos asociados con la conducta de la identidad sexual y reproducción.

Hay, D. (1994), identificó las tendencias generadas en el estudio de la conducta prosocial y proponen un modelo general de desarrollo prosocial, desde la infancia a la adultez, como resultado de la revisión selectiva de las investigaciones que sobre el tema se realizaron desde 1985. Se encontraron 5 hipótesis del desarrollo prosocial:

1. Un impulso prosocial general, se desencadena el primer año de vida.
 2. La frecuencia de la conducta prosocial declinan posteriormente.
 3. Durante la niñez, la conducta social se diferencia en términos de sexo.
 4. Con excepción de los individuos autistas, la mayoría de infantes normales muestran una conducta prosocial y diferencias individuales, y
 5. Irregularmente, el desarrollo prosocial coloca a un niño en riesgo psicopatológico.
- Los datos apoyan las hipótesis 1 y 2.

Hope, D. y Mindell, J. (1994), señalan que muchas estimaciones de las habilidades sociales pueden ser confundidas por el atractivo físico del individuo evaluado, posiblemente debido a una percepción generalizada que el atractivo físico y la

competencia social están correlacionadas positivamente. Para examinar esta posible relación, solicitaron a un grupo de sujetos que realizaran estimaciones globales de la habilidad social y el atractivo de un compañero, a quien se le cambió la conducta y apariencia para que aparezca atractivo o no atractivo y socialmente habilitado o no habilitado, en una escena asertiva y heterosocial. Los resultados indicaron que la misma conducta habilitada fue vista como más competente cuando fue realizada por una persona atractiva, comparando a una persona “no atractiva”.

El atractivo no tuvo influencia sobre las estimaciones de la conducta generalmente incompetente. En suma, parece que el atractivo físico no compensa para las habilidades interpersonales pobres, pero un individuo habilitado y atractivo podría ser juzgado que tiene buenas habilidades sociales.

Alvarez. ; Excava, R.; Zvaighat, A.(1987) investigaron las características socioculturales de adolescentes encinta de condición socio económica baja en Santiago de Chile, 129 adolescentes embarazadas por primera vez (Grupo A) se compararon con 100 adolescentes no embarazadas (Grupo B). Ambos grupos eran similares en edad y barrio de procedencia. Los datos muestran que las adolescentes embarazadas tenían menos nivel de instrucción, presentaban niveles inferiores de aspiración de logro, se orientaban a vivir “el presente”, tenían normas más permisivas de comportamiento social, no practicaban ninguna religión y tenían amigos con actitudes más liberales.

El Instituto Nicaragüense de la Mujer, realizó en 1998 una investigación cualitativa en su país con muestra no probabilística, aunque de tamaño significativo de 729 adolescentes de ambos sexos a nivel nacional y se llegó a las siguientes conclusiones:

- a) El espacio de relaciones de las adolescentes es limitado, con referentes sociales inexistentes o que no superan la micro dimensión familiar, mientras que una gran proporción de las adolescentes relaciona su proyecto de vida con el embarazo, o sencillamente manifiestan no tener una meta en la vida.
- b) Muchas adolescentes comienzan su vida sexual sin la información y los conocimientos adecuados para vivirla con responsabilidad.
- c) La familia no cumple con su papel socializador y transmisor de valores. Probablemente, esto también es una consecuencia de la cultura de la pobreza. Las personas adultas tienen que preocuparse más por la sobre vivencia que por estudiar las formas de transmitir valores. Esta situación genera poca preocupación hacia el hecho de que nuestra conducta también es una forma de transmitir valores.
- d) Hay un porcentaje de adolescentes que si quieren tener un embarazo, en contra de lo que muchas veces piensan las personas adultas. Algunas de las motivaciones posiblemente se encuentran en las condiciones socioculturales, muchas adolescentes de sectores muy empobrecidos quieren de su vida lo que han visto en sus madres, es decir, ser madres a temprana edad. Sencillamente no conocen otras opciones. Otro grupo de adolescentes creen que, satisfaciendo los deseos de su pareja de tener un hijo o hija, logran mantenerlo consigo y puede sostener de ésta forma su propia relación. Otro grupo de adolescentes creen que teniendo un hijo pueden evitar los conflictos que viven en sus casas, es decir, encuentran en ello una salida a sus propios problemas. Muy posiblemente existe

otro grupo de adolescentes que están dispuestas a iniciar una vida en pareja y que sienten apoyo de parte de su pareja.

1.b. Investigaciones a nivel nacional

La Universidad Cayetano Heredia, (1989-1990) estudió entre estudiantes de colegios secundarios, estatales de 2 Unidades de Servicios Educativos (USEs), de Lima, los niveles de conocimiento y actitudes acerca de sexualidad humana, embarazo, enfermedades de transmisión sexual y abuso de sustancias. Los resultados de este trabajo arrojaron que el nivel de conocimientos respecto a la sexualidad humana y el SIDA es deficiente en este grupo de adolescentes, las deficiencias son mayores con respecto a los conocimientos sobre la adquisición de enfermedades de transmisión sexual y del embarazo no planificado.

Rojas, R. (1991) en su trabajo “**Perfil Psicosocial de la adolescente gestante de estrato socioeconómico bajo**” encontró que la mayor parte de las adolescentes gestantes son migrantes, la mayoría de ellas son solteras y que viven con su padre o hijos u otro familiar, y si viven con el padre de su bebé, generalmente no son casados. Un gran número de ellas presentan secundaria incompleta, la principal causa de deserción es el embarazo. También hay un inicio temprano en la actividad laboral, la cual abandonan por la gestación. Por otro lado, se encuentra que las parejas son adolescentes o adultos jóvenes con un nivel educativo inferior a la secundaria completa, y que realizan actividades económicas informales, por lo que no brindan apoyo a la madre gestante (económica, social o emocionalmente). Ante el embarazo de la adolescente, en la mayoría de los casos, el padre de la adolescente reacciona de manera agresiva, su madre con tristeza, y el padre del bebé con alegría, cólera y/o temor.

Varona, S. (1991), investigó los efectos de un programa para la sustitución de la agresión, mediante el desarrollo de las habilidades sociales y el autocontrol, en menores de 11 a 15 años en condiciones especialmente difíciles institucionalizados del COMAIN. Los resultados indican que el grupo al que se le aplicó el Programa evidenció una mayor ocurrencia de habilidades prosociales que el grupo de control. Se logró una mejora significativa en las siguientes habilidades sociales: formular una queja, comprender los sentimientos de los demás, prepararse para una conversación difícil, responder a la cólera, mantenerse al margen de las peleas, enfrentar una acusación, enfrentar la presión del grupo, expresar efecto y responder al fracaso; no obteniéndose una mejoría significativa en la habilidad de ayudar a otros. Además se evidenció un mayor nivel de autocontrol de la cólera (respiración profunda, conteo regresivo, imágenes tranquilizadoras y/o agradables y recordatorias). Al finalizar el Programa, el Grupo experimental mostró menor nivel de agresión que al inicio de éste.

Ferrando, D. (1992) en un estudio nacional, “**Conocimiento y uso de drogas en los colegios de secundaria**”, con una muestra de 10,057 alumnos, solicitado por los Programas de Prevención Integral del Ministerio de Educación, reporta que del 18% que admitió tener vida sexual, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales bordea

los 13.3, tanto para la muestra de Lima como de provincias, siendo las diferencias insignificantes por sexo. Del total que ya ha tenido experiencia sexual, casi el 6% la tuvo antes de los 10 años frente a menos del uno por ciento entre los varones. Entre éstos las proporciones más altas se concentran entre los 11 y los 14 años. Pero también cabe hacer notar que si bien las mujeres se inician más temprano que los varones, una mayor proporción de ellas (40%) lo hace después de los 15 años.

En la época, la autora llamaba la atención acerca de que la edad de la primera relación sexual era cada vez menor y le preocupaba que ésta, en una proporción elevada de casos (42%), se diera con un amigo (a) “conocido”, es decir con una persona con quien el (la) escolar al parecer no tuviera una vinculación afectiva de pareja. Por otro lado, casi la tercera parte tuvo su primera relación sexual con su enamorado (a), situación que, en la gama de posibilidades, resultaría normal y que corresponde a la mitad de las mujeres y más usualmente a los de mayor edad.

La Rosa, L. (1992) encontró que el 38.3% tuvo su primera relación sexual con su enamorado, el 41.6% con un amigo y/o conocido (a), el 12.5% con un familiar y el 7.5% con una prostituta o desconocido, también se señala que en el 61% de casos su primera relación sexual fue voluntaria siendo el porcentaje de quienes ya han tenido experiencia sexual ligeramente superior (23%) al encontrado en esta encuesta (18%).

Salaverry, M (1993) realizó un estudio sobre los factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes de Lima, y concluyó que el 90% de las madres adolescentes son solteras o convivientes, no llegando a formalizar su unión a través del matrimonio. En relación al grado de instrucción indica que el 97% de las adolescentes tienen algún grado de instrucción y el 65% de ellas termina la educación secundaria. En lo que respecta al número de hijos, el 36% de las madres adolescentes tienen dos o más hijos. En cuanto al estado civil el 33% son solteras y solo el 10% son casadas.

Izaguirre, A. (1995) realizó un estudio sobre el “**Perfil Psicosocial de un Grupo de Madres Adolescentes que provienen de un estrato sociocultural bajo**” y encontró que en la totalidad de la muestra estudiada los padres de las adolescentes proceden de provincias y tienen escasa o poca preparación académica. En relación al tipo de comunicación de la familia de las madres adolescentes se encontró que ésta es directa y no compartida o retroalimentada. En cuanto al aspecto sexual, tienen un inicio temprano motivado por deseos propios de hacerlo o por los problemas familiares por los cuales atraviesa. También se encontró que la actitud que muestran las jóvenes ante su situación de embarazo es el rechazo en un primer momento y posteriormente se convierte en una ilusión o esperanza. En cuanto a la maternidad de la adolescente, inicialmente la oculta, y si la familia se entera es la madre quien apoya a su hija, o en otros casos, terminan expulsando a la adolescente embarazada de su hogar.

Rojas T, A. (1995) investigó “**La Conducta Tipo A y Habilidades Sociales en Estudiantes del Primer al Quinto Año de Psicología de una Universidad Nacional**” utilizando el Inventario de Habilidades Sociales del Goldstein, obtuvo que: no existen diferencias significativas en el nivel de las habilidades sociales, según la variable sexo. No existen diferencias significativas en el nivel de las habilidades sociales, según la

variable edad, estas se dan para las habilidades sociales básicas y las habilidades de enfrentamiento al stress.

Existen diferencias significativas en el nivel de las habilidades sociales, según grados de estudios. El nivel de habilidades sociales avanzadas es mayor en cuarto y quinto año; en el segundo año se manifiesta un mejor nivel de habilidades alternativas a la agresión.

Gutiérrez, C. (1996) en su investigación sobre: **“Conducta Reproductiva y Maternidad en la Adolescencia en Lima Metropolitana”**, del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), encontró los siguientes resultados:

El nivel de información de los/las adolescentes sobre la sexualidad es insuficiente, no existiendo diferencias sustanciales en los estratos socioeconómicos medio y bajo.

Este descenso de la fecundidad adolescente estaría influenciado por los paulatinos cambios en sus expectativas de realización como mujeres, lo que contribuye para el aumento de la permanencia de las mujeres en el sistema educativo, al incremento del ingreso al mercado de trabajo, al mayor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

Existe una relación inversamente proporcional entre el nivel educativo y la fecundidad adolescente, apreciándose que la proporción de adolescentes que tuvieron hijos disminuye a medida que aumenta el nivel de educación.

El uso de métodos anticonceptivos seguros por adolescentes limeñas activas sexualmente es aún bajo. Mientras casi la mitad de ellas no utilizaba ningún método y más de la cuarta parte utilizaban métodos tradicionales, apenas el 23,8% utilizaba métodos modernos.

El aborto es un fenómeno que ofrece muchas dificultades para la determinación de su magnitud, sobre todo por el carácter de ilegalidad que tiene en nuestro país. La ilegalidad también sería factor principal para la determinación del riesgo existente para la vida de las personas que por interrumpir un embarazo no deseado se someten a dichas prácticas.

Odar Bernuy, Y., (1995), investigó en Lima los **“Factores Bio – Sociales materno que Inciden en el Tipo de Parto de Primíparas Adolescentes: estudio de los casos presentados en el Hospital Nacional Madre – Niño “San Bartolomé”** en el período de 1990 a 1993, para su título de Obstetrix.

Revisó 300 historias clínicas de primíparas adolescentes, de las cuales 150 fueron de parto eutócico y 150 de parto distócico y llegó a las siguientes conclusiones:

1. Se encontró que a mayor edad menor es el número de partos distócicos y a menor edad mayor es el número de distócicos.

2. En los 2 tipos de partos se observó que predominó el estado marital informal (solteras y convivientes) encontrándose que éste es un factor que no influye en el tipo de parto de primíparas adolescentes.
3. El grado de instrucción es un factor que no influye en el tipo de parto de las primíparas adolescentes.
4. Las primíparas adolescentes que no presentaron patologías en el embarazo tuvieron un porcentaje de partos eutócicos, que aquellos que tuvieron una o más patologías del embarazo quienes presentaron un mayor porcentaje de partos distócicos.
5. Las entidades patológicas más frecuentes fueron: la enfermedad de hipertensión del embarazo, seguridad de prematuridad e inmadurez, estrechez pélvica, infección del tracto urinario y las patologías asociadas, siendo las asociaciones de infecciones urinarias más la enfermedad de hipertensión y la anemia más hipertensión las más frecuentes.

Ragúz, M. (1996), en una investigación de variables predictoras de embarazo adolescente en una muestra aleatoria de escolares diurnos, nocturnos y desertores de escuelas estatales de Lima, hombres y mujeres, de los últimos tres años de escolaridad, encontró que más adolescentes hombres que mujeres se han iniciado sexualmente, pero mientras que la gran mayoría de escolares nocturnos y desertores lo habían hecho, para los escolares diurnos era menos de un tercio. En cambio, sólo un 15% de los escolares diurnos se habían iniciado sexualmente (comprenden al 40% de las desertoras y 30% de las escolares nocturnas), se habían iniciado sexualmente.

En la investigación de **Quintana, A. y Vásquez, E. Construcción social de la sexualidad (1997)** realizada en adolescentes de El Agustino, sobre construcción sociocultural de la sexualidad, encuentra que los varones comienzan su vida sexual entre los 14 y 16 años y en las mujeres se produce entre los 15 y 17 años de edad. La edad promedio de inicio sexual es 15.2 y 14.5 en los varones.

Fernández, M. (1998). En su investigación: **Conocimiento y actitudes sexuales de escolares adolescentes**, encontró que los conocimientos sobre sexualidad son mayores en los escolares que han participado en experiencias educativas de educación sexual, las mujeres muestran tener mayores conocimientos que los varones y en actitudes de los escolares en general hacia la sexualidad son favorables independientemente de haber sido sometidos a un Programa.

Cáceres, C. (1999), reporta que entre los adolescentes, la experiencia sexual llega casi al 50% en el caso de los varones y al 15% en el de las mujeres. La iniciación heterosexual en una muestra de jóvenes entre los 16 y 30 años, los hombres se iniciaban entre los 14 y los 17 años, y las mujeres entre los 18 y 21 años de edad.

Huertas Mogollón, J. A. (1999) en su investigación de Licenciatura en Obstetricia: **“Actitudes, comportamiento sexual de la Gestante Primigesta en el Hospital Materno Infantil”**, San Bartolomé, Abril- Agosto 1999, se planteó el objetivo de determinar las actitudes y el comportamiento sexual de la gestante primigesta, mediante una muestra intencional de 165 gestantes. Se utilizó el inventario de las actitudes hacia la sexualidad y la escala de conducta sexual.

En actitudes se encontró liberalismo que disminuye paulatinamente durante el transcurso del embarazo, a diferencia del puritanismo que se incrementa predominando sin embargo, en mayor porcentaje un liberalismo y un puritanismo ligero, así mismo, se evidencia que la excitabilidad y la inseguridad en sus diversas categorías disminuyen gradualmente conforme avanza la gestación. El neuroticismo en las diversas categorías aumenta en el 2do trimestre, con relación al 1er y 3er. Trimestre.

Con respecto a las conductas sexuales encontramos en besos y caricias el menor porcentaje en las diversas categorías; con relación a la aceptación se encuentra bajo en el 1er. Trimestre, incrementándose paulatinamente en el 2do. y 3er trimestre. En urogenitalidad la tendencia al rechazo, rechazo y rechazo definitivo, se observa en mayor porcentaje en el 1er y 3er trimestre; en lo que se refiere al coito la tendencia al rechazo, rechazo y rechazo definitivo es mayor en el 3er trimestre.

Hammer, P. (1999) en su estudio sobre: **“Evaluación de los factores socioculturales que afectan a la salud reproductiva y sexual de los y las adolescentes rurales”** en una muestra de 77 adolescentes embarazadas obtuvo los siguientes resultados:

1. El promedio del primer parto en la muestra es 18 años.
2. Los jóvenes expresan deseos para postergar su primer hijo.
3. El rango de preferencia de edad preferible de tener el primer parto está entre 19-30 años. El promedio es 25 años.
4. Las adolescentes rurales les falta apoyo emocional, social y personas de confianza para conseguir información sobre salud reproductiva.
5. En las jóvenes tienen la idea de que las mujeres tienen sus días fértiles cuando están menstruando.
6. Hay un bajo conocimiento relacionado con las infecciones de transmisión sexual. La palabra más mencionada es el SIDA.
7. Los jóvenes identifican como fuentes de información sobre sexualidad y salud reproductiva: gente de influencia y confianza (madre, profesora, enfermera, amiga pareja); medios de comunicación (radio, televisión, películas, periódicos, revistas, libros).
8. En cuanto a las actitudes se encontró que las ETS se transmiten de mujeres a varones por “mujeres sucias” y por prostitutas.
9. Las ETS están transmitidas de varones a mujeres por “maleados”.
10. El embarazo es malo para menores de edad.
11. La mujer debe hacerse respetar con el enamorado para que él no le exija tener relaciones sexuales.
12. Las parejas deben casarse para que hay comprensión. Cuando se casan a la fuerza, sin quererse ni amarse, siempre surgen problemas.
13. En relación a las reacciones frente al embarazo no deseado, la madre le pega a su hija, hacen que los jóvenes se casan a la fuerza. Por temor a sus padres la mujer escapa a la selva a veces sola, con su enamorado, o con otro amigo. Su pareja abandona a la adolescente, no reconoce el embarazo ni el hijo nacido. La adolescente intenta abortar con hierbas y prácticas manuales en casa o la chacra, busca el aborto fuera de la comunidad (viajando a la ciudad o la selva). Hay intentos de suicidios por parte de las adolescentes embarazadas y/o violadas.

14. Las causas del embarazo adolescente no deseados están asociadas a la actitud que asumen los padres de los y las adolescentes: Padres que inducen a deshacerse de sus hijos (por problemas económicos); falta de control de los padres (permiten estar a altas horas de la noche fuera de la casa), descuido de los padres; por falta de confianza y comprensión de los padres, especialmente de la madre; por falta de orientación de los padres; mucho libertinaje (falta de control de los padres).

Lucich, E. (1999) realizó un estudio sobre las “**características de salud reproductiva en gestantes adolescentes**” y concluyó que un 34% de la muestra estudiada de madres adolescentes presenta una edad de 18 años y el grado de instrucción que predomina, es el de secundaria incompleta.

En el nivel conyugal, el 59% de gestantes adolescentes son convivientes, por lo tanto, la adolescente no trabaja y depende de su pareja. En cuanto a la gestación, el 83.3% no deseó el embarazo.

En su estudio también señala que la primera pareja sexual de la madre adolescente, es su enamorado que llega a ser el padre de su bebé en el 75%.

Acosta Ch., M. (2000) en su investigación sobre: “**Morbimortalidad Materna en Adolescentes**” realizada en el Instituto Materno Perinatal, sobre mortalidad perinatal, llevado a cabo entre 1998 y 1999 en una muestra de 132 adolescentes obtuvo los siguientes hallazgos:

1. De acuerdo a la edad, las adolescentes mayores de 17 años representan el 74.2%, las de 15 a 16 años representan el 23.5% y las menos de 14 años el 2.3%. En esta casuística se encontró sólo 03 madres con menos de 14 años.
2. En el estado civil, se apreció que el mayor grupo de madres adolescentes tienen un estado civil inestable expresado como convivencia con 66.7%, le sigue en magnitud la madre soltera con 31.8% y sólo un 1.5% manifestó estar casada.
3. En el grado de instrucción resalta que el 77% de madres con nivel de secundaria y superior, en segundo lugar con educación primaria con 20.4% y en tercer lugar las analfabetas que sólo representa el 2.3%. Esta investigación encontró este dato como contradictorio, pues se sabe que existe una relación inversa entre el embarazo y el grado de instrucción, a mayor educación es de esperar que existan menor cantidad de embarazos.
4. Las adolescentes primigestas lo conforman el 71.2%, un 28.8% son ya multiparas entre las cuales se ha podido distinguir 2 hijos y un número considerable tuvieron como antecedente abortos previos.
5. Según el autor, los resultados de este trabajo se demuestra que el riesgo materno en adolescentes entre 11 a 15 años no es significativamente elevado tal como se afirmaba anteriormente.
6. La frecuencia de malformaciones congénitas es mucho mayor en las embarazadas de mayor edad.

Alayo, C. (2000), realizó la investigación: “**Maternidad precoz, intervención y prevención**” rompiendo la reproducción intergeneracional de la pobreza”, recopiló entre enero de 1999 a marzo del año 2,000 los datos socio-económicos de 144

adolescentes así como de sus parejas y familiares del Programa de Madres Adolescentes de la Asociación Taller de los Niños y obtuvo los siguientes hallazgos:

1. El perfil de la adolescente de este centro es el de una joven de 17 años en promedio (ha habido adolescentes de 14 años). La gran mayoría de ellas (71%) son convivientes y el 11% de las jóvenes han sido abandonadas por sus respectivas parejas.
2. El 83% de las adolescentes no han culminado sus estudios de educación básica, con un 8% de ellas que tienen primaria incompleta. Según los presentes datos, en el 46 de los casos, el abandono escolar ocurrió antes del embarazo, lo que ha permitido deducir que en muchos casos el abandono escolar antes de ser una consecuencia es más bien uno de los factores de riesgo para un embarazo precoz.
3. Las adolescentes no muestran alegría frente a su embarazo (87%) y, por el contrario, reacciona con tristeza, miedo o desesperación; el 9% de ellas intentó el aborto. Por otro lado, la existencia de abuso sexual como causa de embarazo precoz es baja (1.3%). El 87% de ellas no planificó el embarazo.
4. Respecto a la instrucción, si bien la mayoría de las adolescentes tiene como aspiración estudiar (72%) o trabajar (25%), sólo el 6% de ellas se encontraba completando sus estudios, por lo que el 82% de las madres adolescentes se dedican a atender su casa o la de su familia.
5. Más del 85% usan algún método de planificación familiar, pero de manera irregular. El preferido por ellas es el método hormonal parenteral (inyectables en el 81%). La mayoría no va a sus controles, poniendo en peligro la eficacia del método, además del riesgo de que el 71% de ellas convive o se ve con su pareja, presente un segundo embarazo, lo que se refleja que en el 3% de ellas ya tiene más de un hijo.
6. La relación de pareja se va deteriorando conforme avanza y se culmina el embarazo. Mientras que el 44% de las parejas afirmaba tener una buena relación durante el embarazo, esta cifra baja al 25% entre aquellas que ya han culminado este proceso.
7. El 76% de las parejas de adolescentes viven alojados en casas de sus padres, suegros o al algún familiar. Sólo el 13% viven en forma independiente, pero en la mayoría de los casos de trata de una vivienda construida con material no convencional, sin servicios sanitarios y ubicados en invasiones recientes. El 25% de las familias residen en viviendas construidas con esteras o madera. El 74% de estas viviendas cuentan con servicios de desagüe y el 63% de agua potable, pero éste presenta un abastecimiento de 3 a 4 horas ínter diario.

Pathfinder International (2,000) realizó un estudio sobre: “**Antecedentes de la actividad sexual temprana y uso de condón en estudiantes de escuelas secundarias urbanas en el Perú**”, con la finalidad de identificar los factores de riesgo y los factores protectores frente a la actividad sexual temprana y al sexo inseguro entre estudiantes de escuelas secundarias en nueve grandes ciudades del Perú. Los datos de la encuesta con 6,962 estudiantes de 13 a 18 años de edad señalan que las conductas de los jóvenes de zonas urbanas del Perú son influenciadas de manera importante por innumerables factores. Estos factores incluyen el lugar de residencia, nivel económico de la familia, estructura familiar, comunicación con los padres, trabajo, conducta de los pares y autoestima. El tener conocimientos sobre el embarazo, los riesgos de las ETS y los métodos de prevención, sin embargo, no hacen la diferencia entre aquellos adolescentes de riesgo y los que no. En la principales ciudades del Perú, la juventud que se encuentra

en mayor riesgo de resultados adversos para la salud reproductiva parece ser aquellas provenientes de familias de estatus económico bajo, quienes residen en la Selva (un indicador equivalente para normas sociales más liberales con respecto al sexo y al matrimonio), quienes no viven con los dos padres o al menos tienen a un adulto del mismo género en casa con quien puedan hablar sobre sus vidas, quienes trabajan, y quienes tienen amigos/pares sexualmente activos. Una alta autoestima parece ser importante contra la actividad sexual temprana entre adolescentes mujeres, pero para los adolescentes varones una alta autoestima fue asociada con mayor probabilidad de haber tenido sexo alguna vez y menor probabilidad de usar condones.

Salazar Ch., M., (2000) en el estudio del “**Comportamiento Sexual y Reproductivo de los adolescentes**” sistematizó la casuística de la población adolescente embarazada adolescente y no embarazada del Instituto de Maternidad Perinatal (Maternidad de Lima) llegó a las siguientes conclusiones:

1. La tasa de actividad de actividad sexual entre adolescentes ha subido a través de los últimos treinta años.
2. En 1970, el 55% de adolescentes varones tenían relaciones sexuales; hoy el 73%. Una proporción significativa de adolescentes permanecen abstinentes: uno de cada cinco.
3. Si hablamos de la actividad sexual de los más jóvenes, esta actividad se vuelve cada vez más común: A los 12 años 9%, a los 14 años 23%, a los 16 años 42% y a los 18 años 71%.
4. El 23% de estudiantes de la secundaria tenían relaciones sexuales: el 72% eran varones y el 28% mujeres.
5. El intervalo entre pubertad y el primer matrimonio/ convivencia tiene dos corrientes: en los países desarrollados se está incrementando (12 años), mientras que en los países en desarrollo está disminuyendo (0 – 6 años).
6. El embarazo adolescente, se encuentra en incremento constante sobre todo en las mujeres de baja condición económica, perpetuándose el círculo de la pobreza.
7. Las adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 o 5 años antes de ser emocionalmente maduros.

Carrillo, S., y Pérez, B., (2000), en su estudio para optar el grado de magíster, “**Actitudes de las madres adolescentes hacia la crianza de sus hijos de la Costa y Sierra de un nivel socioeconómico bajo**” con muestras de madres adolescentes de Lima y Huancayo llegaron, entre otras, a las siguientes conclusiones relacionadas con el presente estudio:

1. En cuanto a las edades de las madres adolescentes se observa que en la ciudad de Lima, el 46.3% obtiene una edad de 20 años y el 27.5% de las madres adolescentes de Huancayo presentan una edad de 18 años.
2. El 63% de la muestra estudiada presenta una unión consensual (convivientes), mientras que el 28.1% son solteras y sólo un 8.8% son casadas.
3. El 43.8% de las madres adolescentes de ambas muestras presentan como grado de instrucción secundaria completa y el 38.1% secundaria incompleta.
4. El 65% de las madres adolescentes de Huancayo tienen dos hijos, mientras que el 92.5% de las madres adolescentes de Lima tienen un hijo.

Ríos, M., C.A., (2003), en su tesis doctoral: “Efectos del Programa Nacional de Educación Sexual sobre conocimientos y actitudes sexuales en estudiantes de secundaria de Lima”, concluyó que:

1. El 74.86% de los escolares evaluados conoce y el 91.79% poseen actitudes positivas respecto el área familiar;
2. El 74.43% conocen y 87.13% poseen actitudes positivas respecto el área de sexualidad; y
3. El 73.66% conocen y el 89.08% poseen actitudes positivas respecto el área de paternidad responsable.

2. Habilidades Sociales

2. a. Aspectos Generales y Conceptuales

El binomio habilidad social se refiere básicamente a la “destreza para actuar socialmente; en este sentido, las habilidades sociales, comparten el movimiento y el cambio de una cultura o una sociedad concreta y por otra, no son algo permanente en el tiempo y en el espacio, con lo cual se connota su significado antropológico e histórico.

La pluralidad de individuos que conforman una realidad de conjunto, fundamenta a su vez, una diversidad direccional de relaciones; y buscando una definición referente de lo social (o sociedad), podemos concretar que las relaciones dadas entre los hombres, suelen ser de intercambio.

A su vez, las sociedades que permanecen con un status temporal relevante, se sustentan en que las relaciones de intercambio que se producen entre los hombres, busquen una sanción positiva o favorable; esto es, que obtenga la “conformidad” o la “confianza” del medio en que han sido establecidas (normas, hábitos, costumbres). (Maisonneuve, J. (1988) se expresa en los siguientes términos: “Lo propio del hombre es ser simultáneamente un ser **sociable** y un ser **socializado**; con eso queremos decir que es a la vez un sujeto que aspira a comunicarse con sus semejantes, y un miembro de una sociedad que existe previamente, que lo forma y lo controla de buen o mal grado”

Las relaciones (de intercambio) que buscan una sanción favorable entre las personas pueden ser de diverso tipo: económicas, informativas, artísticas, sexuales, y todas ellas mantienen un denominador común, la conducta humana.

Teniendo en cuenta que las relaciones sociales son relaciones de intercambio, también pueden ser intercambios “negativos”, así la habilidad social es posible definirla en virtud del afrontamiento de intercambios “favorables”

Actualmente, según los diferentes autores, no existe un único concepto de habilidad social, debido al carácter del mismo: habilidades sociales, habilidades de interacción social, habilidades para la interacción, habilidades interpersonales, habilidades de relaciones interpersonal, habilidades para la relación interpersonal, destrezas sociales,

habilidades de intercambio social, conducta interactiva, conducta interpersonal, relaciones interpersonales, conducta socio interactiva, intercambios sociales, entre otros (Vallés, A., Valles,C. 1996, Caballo, 1993)

Las habilidades sociales son “las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactorias. Las habilidades sociales son las capacidades o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea interpersonal. Al hablar de habilidades, nos referimos a un conjunto de conductas aprendidas” (mencionado en Monjes, I., 1998).

Habilidad social (o conducta habilidosa socialmente): es la **capacidad de ejecutar una conducta de intercambio con resultado favorable** y que comprende un conjunto de factores: la capacidad de ejecutar, la conducta, el resultado y lo favorable de ella.

La capacidad de ejecutar supone la posibilidad de realizar una acción. Esta posibilidad de construir hechos se traduce en las personas en lo que llamamos acto, o hecho realizado por el hombre. , considera al ser humano como generador de actos propios o una voluntad de acción. La acción de las personas se determina en una o varias conductas interpersonales relacionadas entre sí (intercambio); siendo la conducta empleada un medio para alcanzar una meta que intenta resolver el conflicto entre el “yo” y la “circunstancia” o entre la “circunstancia” o el “yo”. Si el resultado o la consecuencia de la conducta (o de un conjunto de comportamientos) obtiene la “conformidad “ del “yo” y de la “circunstancia”, entonces se ha resuelto favorablemente.

Caballo, V. (op. cit., 1987) enfatiza que “la habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación”

El estudio de las habilidades sociales ha estado principalmente guiado, en esta última década, por el paradigma mecanicista que Harre y Secord , (mencionado en Roth y Bohrt (1986), denominan “paradigma viejo”, y que nos recuerda los planteamientos del positivismo lógico y el operacionismo físico, que concibe al individuo como ente pasivo, presa de fuerzas externas. Este paradigma interpreta la interacción social como un fenómeno de causalidad lineal, cuyas partes pueden ser estudiadas aisladamente sin que por ello haya que esperar alteraciones de importancia en el todo.

Roth y Bohrt (op. cit., 1986), critican la concepción de la pasividad del organismo y su incapacidad para decidir cualquier acción en su favor; ya sea en sentido de elegir la habilidad más aconsejable para enfrentar su medio ambiente o las circunstancias más pertinentes para echar mano de dichas destrezas.

Generalmente, las habilidades sociales son consideradas como un conjunto de comportamientos interpersonales complejos.

El término “habilidades sociales” denota dos conceptos básicos de gran importancia. En primer lugar, el término sociales implica un proceso interpersonal. La naturaleza de la

interacción puede variar de la más simple a la más elevada complejidad. Los fenómenos sociales son, generalmente, muy intrincados y comprenden respuestas públicas verbales y no verbales, que son procesos mediadores de la cognición. Si se desea que tengan éxito, requieren del intercambio y la integración en el momento más oportuno.

En segundo lugar, el uso de la palabra habilidad es, a la vez, deliberado y necesario, como seres sociales, adquirimos la gran mayoría de nuestros repertorios sociales a través del aprendizaje. Algo muy importante, el término habilidad se utiliza para indicar que la competencia social no es un rasgo de personalidad, sino más bien un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos". La adquisición de habilidades sociales prepara al individuo para la participación competente y eficaz en diversos aspectos de la interacción humana.

Según **Rinn Markle (1979)** son definidas como un repertorio de comportamientos verbales y no verbales a través de los cuales los niños incluyen en las respuestas a otros individuos (por ejemplo, compañeros, padres, hermanos y maestros) en el contexto interpersonal. Este repertorio actúa como un mecanismo a través del cual los niños inciden en su medio ambiente obteniendo, suprimiendo o evitando consecuencias deseadas y no deseadas en la esfera social...En la medida en que tienen éxito para obtener las consecuencias deseadas y evitar o escapar de las no deseadas sin causar dolor a los demás, se considera que tienen habilidades sociales.

Según **Libert y Lewinsohn (1973)** es la capacidad para comportarse de una forma que es recompensada y de no comportarse de forma que uno sea castigado o ignorado por los demás

Trower (1979), teniendo en cuenta el "**resultado cualitativo**" del comportamiento social, manifiesta que "el individuo tiene objetivos o fines que busca para obtener recompensas. La consecución del objetivo depende de la pericia del comportamiento, lo cual implica un ciclo continuo de control y modificación de la actuación a la luz de la experiencia. El fracaso en la habilidad es definido como una interrupción o un deterioro en algún punto del ciclo, conduciendo a resultados negativos.

Hargie, Saunders y Dickson (1981): definen a las habilidades sociales como el conjunto de conductas sociales dirigidas hacia un objetivo, interrelacionadas, que pueden aprenderse y que están bajo el control del individuo

Mc Fall (1982): son conductas específicas y observables de una persona, con el objetivo de realizar una tarea en una situación social dada.

Alberti, R. y Emmons, M. (1970) Consideran a la habilidad social como la conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás.

Rimm (1974): La habilidad social es la conducta interpersonal que implica la honesta y relativamente directa expresión de sentimientos.

Lineham (1984) Es la capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que maximicen la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia social no deseada, mientras que al mismo tiempo maximiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona y mantiene la propia integridad y sentido de dominio.

Pelechano, V. (1984): Una habilidad social es un patrón complejo de respuestas que llevan a un reconocimiento social por parte de los demás y resultan eficaces para ejercer un autocontrol personal así como una influencia (directa o indirecta) sobre los demás, con la utilización de medios y procedimientos permisibles.

Kelly, J. (1987), son aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente.

Caballo, V. (1989), las habilidades sociales son conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Anaya (1991), mencionado en Vallés y Vallés (1996): la habilidad social es la capacidad de actuar coherentemente con el rol que los demás esperan de uno.

Gil, F. (1993): las habilidades sociales son conductas que se manifiestan en situaciones interpersonales, son aprendidas y por tanto pueden ser enseñadas. Estas conductas se orientan a la obtención de distintos tipos de reforzamiento, tanto del ambiente (consecución de objetos materiales o refuerzos sociales) como auto refuerzos. (Mencionado en Vallés y Vallés, 1996).

Gresman (mencionado por García Rodríguez, 1994): Las habilidades sociales son aquellas respuestas que, en situación dada, se demuestran efectivas, o en otras palabras, maximizan la probabilidad de producir, mantener o intensificar los efectos positivos para el sujeto en interacción.

Según Combs y Slaby (1977) definen a las habilidades sociales como “las capacidades para interactuar con los demás en un contexto social dado de un modo determinado que es aceptado o valorado socialmente y, al mismo tiempo, personalmente beneficioso, mutuamente beneficioso, o principalmente beneficioso para los demás”

Mc Donald (1978): es la expresión manifiesta de las preferencias (por medio de palabras o acciones) de una manera tal que haga que los otros las tomen en cuenta.

Phillips (1978): es la manera como una persona se puede comunicar con los demás de forma que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comparta estos derechos, etc. con los demás en un intercambio libre y abierto.

Según Lazares (1973), las principales clases de respuestas de las dimensiones conductuales de las habilidades sociales aserción, son cuatro:

- La capacidad de decir “**no**”.
- La capacidad de pedir favores y hacer peticiones.
- La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
- La capacidad de iniciar, continuar y terminar conversaciones.

Según Albert (1975), las habilidades sociales:

- Son una característica de la conducta, de las personas.
- Son una característica específica a la persona y a la situación, no universal.
- Deben contemplar en el contexto cultural del individuo, así como en términos de otras variables situacionales.
- Están basadas en la capacidad de un individuo, así como en términos de otras variables situacionales.
- Está basada en la capacidad de un individuo de escoger libremente su acción.
- Es una característica de la conducta socialmente efectiva no dañina.

Uno de los conceptos relacionado con las habilidades sociales, es el de asertividad, que se refiere a "aquel conjunto de conductas, emitidas por una persona en un contexto interpersonal, que expresan los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona directa, firme y sinceramente, a la vez que respetan los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de la otra(s) persona (s). Esta conducta puede incluir la manifestación de emociones tales como cólera, miedo, preocupación, esperanza, alegría, desesperación, indignación, vergüenza que, en cualquier caso, se expresan en forma que no viola los derechos de los demás.

Las habilidades y competencias sociales favorecen actitudes de comprensión y respeto, relacionadas con los temas de educación para la salud, la paz, la sexualidad y de la afectividad, etc.

Las habilidades sociales relacionadas con la afectividad y sexualidad, tienen que ver con: la identificación, interpretación y comunicación de emociones y sentimientos; el relacionarse y buscar de manera adecuada la compañía de las personas por las que se siente atracción; reconocimiento de los signos de la comunicación que garantizan una adecuada convivencia ya sea en pareja, en familia o en las relaciones de amistad; actitud de respeto y reconocimiento de igualdad en las relaciones entre distintos sexos; actitud de respeto y tolerancia hacia otros modelos de relación afectivo-sexual diferentes al propio; responder con naturalidad ante conversaciones, alusiones o comentarios sobre sexualidad; discriminar conductas sexuales y manifestaciones afectivas propias de la intimidad de aquellas que pueden ser expresadas públicamente acorde al contexto social e; identificación y evitación de situaciones sexualmente abusivas y saber defenderse ante ellas.

Según **Fernández y Carroble** (1981), cuando hablamos de habilidad, sea cualquiera el calificativo que se le añada, se está hablando de la “posesión” o “no posesión” de ciertas capacidades y aptitudes necesarias para cierto tipo de ejecución. Si, como en nuestro

caso, hablamos de habilidades sociales, nos estamos refiriendo entonces a las capacidades relacionadas con la actividad social en general, con la conducta social en sus múltiples manifestaciones. Por lo tanto, definimos a la habilidad social como la capacidad que un individuo posee para ejecutar acciones sociales.

Señalan que se podría hablar de habilidades sociales como la capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estados sociales en general.

Por su parte, **Hersen y Bellack** (1977) indican que el factor decisivo para definir las habilidades sociales es señalar que la conducta debe ser efectiva en la interacción social, aunque dicha efectividad, señalan los autores, va a estar en una muy estrecha relación con el contexto o situación en la que se da.

Meza, A. (1995) define a la habilidad social como la capacidad para ejecutar acciones sociales en situaciones de interacción de un ser humano con otro (s) sujeto (s) humano (s).

Según **Bandura y Walters**, (1974) las habilidades sociales son siempre producto de un aprendizaje social previo es decir, no son un conjunto de conductas innatas, sino que responden el tipo de educación que imparte el grupo social. Las conductas prosociales o habilidades sociales, son consideradas desde esta perspectiva como una clase de respuesta, es decir, un conjunto de comportamientos considerados como sociales y agrupadas en una categoría mayor denominadas habilidades sociales. Bandura y Walters (1974) hacen hincapié fundamentalmente sobre las contingencias de reforzamiento en la medida que éstas influyen sobre las respuestas prosociales una vez que han sido efectuadas.

Competencia es la habilidad para adaptarse a diversas ecologías y ambientes; así definida, entonces, la competencia está ligada a un contexto específico. Para apoyar el desarrollo de los adolescentes son claves la salud y el bienestar, la educación, el empleo y la participación social. El desarrollo aislado y en este marco es importante apoyar a las familias y las comunidades para que sus instituciones e individuos guíen y apoyen el desarrollo de los adolescentes (Rodríguez y col., 1997).

Meza, A. (1995) plantea las siguientes características de las habilidades sociales

1. Capacidad para percibir, entender, clasificar y responder a los estímulos que están presente en situaciones de interacción social.
2. Exige la captación y aceptación del otro y la comprensión de los elementos simbólicos, asociados a sus reacciones, tanto verbales como no verbales.
3. Capacidad de jugar un rol, de cumplir fielmente con la expectativas que otro(s) tiene (n) respecto a alguien como ocupante de un status en una situación dada.
4. Es el factor primordial en la ejecución del rol, un factor que nace de las características de la personalidad.
5. Contribuye a la efectividad del comportamiento interpersonal y depende de la capacidad de percepción, aceptación, comprensión y respuesta a las expectativas asociadas al propio rol.
6. Contribuye al mutuo entendimiento y comprensión entre dos interlocutores.

En resumen, podemos decir que habilidad social es una Conducta interpersonal reforzada o auto reforzada que se aprende y que implica la expresión de sentimientos, sin ansiedad, actitudes, deseos, opiniones, ejercer nuestros derechos sin negar los de los demás, maximizando la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia no deseada y que se realiza con el objetivo de ser beneficioso o principalmente beneficioso para los demás, obteniendo determinadas metas, minimizando la probabilidad de futuros problemas (Vallejos, J., 2004).

Tabla Nro. 01

Resumen de los Aspectos Conceptuales de las Habilidades Sociales (Vallejos, J., 2004)	
Alberti, R. (1970)	Conducta que permite defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos sinceros o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás.
Libert y Lewinsohn (1973)	Capacidad para comportarse de una forma que es recompensada y no comportarse de forma que sea castigado o ignorado por los demás.
Lazares (1973)	Capacidad de decir NO, capacidad de pedir favores y hacer peticiones: Capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos. Capacidad de iniciar, continuar y terminar conversaciones.
Rimm (1974)	Conducta interpersonal que implica la honesta y relativamente directa expresión de sentimientos.
Bandura y Walters (1974)	Conductas producto del aprendizaje social previos y que necesitan las contingencias de reforzamiento en la medida que estas influyen sobre las respuestas prosociales una vez que han sido efectuadas.
Albert (1975)	Es una característica de la conducta socialmente efectiva y no dañina.
Hersen y Bellack (1977)	Es la conducta efectiva en la interacción social, la que va a estar relacionada con el contexto o situaciones en las que se da.
Comb y Slaby (1977)	Capacidades para interactuar con los demás en un, contexto social dado de un modo determinado que es aceptado o valorado socialmente como mutuamente beneficioso y para los demás.
Mc Donald (1978)	Expresión de las preferencias de una manera tal que haga que los otros las tomen en cuenta.
Phillips (1978)	Manera como una persona se puede comunicar con los demás de forma que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comporta estos derechos.
Trower (1979)	El comportamiento social tiene como fin obtener recompensas.
Rinn Markle (1979)	Repertorio de comportamientos verbales y no verbales en las cuales los niños incluyen a otros individuos en el contexto interpersonal.

Resumen de los Aspectos Conceptuales de las Habilidades Sociales

Hargie, Saunders y Dickson(1981)	Conductas sociales dirigidas hacia un objetivo, interrelacionadas, que pueden aprenderse y que están bajo el control del individuo.
Fernández y Carboles (1981)	Capacidades relacionadas con la actividad social en general, la conducta social en sus múltiples manifestaciones.
Mc Fall (1982)	Conductas específicas y observables con el objetivo de realizar una tarea en una situación social dada.
Lineham (1984)	Capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que maximizan la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia social no deseada.
Pelechano, V. (1984)	Patrón complejo de respuestas que llevan a un reconocimiento social por parte de los demás, con autocontrol e influencia sobre los demás con métodos lícitos, éticos.
Kelly, J. (1987)	Conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente.
Caballo, V. (1989)	Conductas que se emiten en un contexto interpersonal que expresan sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, minimizando la probabilidad de futuros problemas.
Anaya (1991)	Capacidad de actuar coherentemente con el rol que los demás esperan de uno.
Gil, F. (1993)	Conductas que se manifiestan en situaciones interpersonales, son aprendidas y pueden ser enseñadas. Las conductas se orientan a la obtención de refuerzo del ambiente y auto refuerzo.
Gresman (1994)	Respuestas que se demuestran efectivas para producir, mantener o intensificar los efectos positivos para el sujeto en interacción.
Meza, A. (1995)	Capacidad para ejecutar acciones sociales en situaciones de interacción de un ser humano con otro (s) humano (s).

2. b.- Modelos conceptuales de las habilidades sociales

Existen actualmente dos enfoques generales en el estudio de las habilidades sociales. Estos están marcados por identidades teóricas bien conocidas que son antagónicas en sus postulados lógicos, epistemológicos y metodológicos: el **enfoque cognitivo y el conductual**, Roth (1980). Vinculados con el enfoque cognitivo se considera el modelo antropomórfico, el de los scripts, el modelo del aprendizaje social, el generativo y el análisis de tareas. En la visión conductista, están el modelo etológico, de rasgos y molecular. En el marco de la presente tesis sólo desarrollaremos el modelo del aprendizaje social de Bandura y el modelo del análisis de tareas, por tener mucha capacidad conceptual para fundamentar el problema y las hipótesis planteadas en la presente investigación.

2. b.1.- El modelo del aprendizaje social: Vinculado con el enfoque cognitivo.

La Teoría del Aprendizaje Social apunta a un “modelo de reciprocidad triádica en el que la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo, y los acontecimientos ambientales actúan entre sí como determinantes interactivos” (Bandura, 1986). Los sujetos han de tener ciertas capacidades para manejarse en la relación triádica, tales como:

- a. Una capacidad simbolizadora.
- b. Una capacidad de previsión,
- c. Una capacidad vicaria.
- d. Una capacidad autorreguladora y
- e. Una capacidad de autorreflexión.

La conducta es ante todo, experiencia, comportamiento, producto del aprendizaje, que consiste en el procesamiento de datos (o de la información) acerca de la experiencia y/o la conducta, ya sea de uno mismo o de los demás. Resulta principal por ende, la observación de conductas, tanto en uno como en los demás, con el fin de alcanzar un repertorio de conductas capaces (“auto eficacia”). Una de estas conductas capaces, es la verbal. La experiencia del lenguaje y la producción de conductas de este tipo es esencial a la hora de abordar lo social o el intercambio y la interacción de una persona, con sus semejantes.

La ejecución de una conducta es eminentemente producto de un proceso multifactorial y, en las habilidades sociales es, ante todo, un proceso intencional. La interacción social de la personas no excluye su gradiente de “espontaneidad”; sin embargo, las habilidades sociales tienen una clara vocación de reciprocidad y de participación del otro. La intención no resta espontaneidad o autenticidad a la conducta; sino que simplemente manifiesta su preferencia.

Mischel (1973), dentro de la versión de la teoría cognoscitiva de la interacción social, se apoyó en las formulaciones del aprendizaje social, contribuyendo con cinco sugerencias para el cabal entendimiento del proceso interactivo. **En primer lugar**, se hace hincapié en el hecho de que todo individuo adquiere información relevante a través del

aprendizaje observacional y es mediante este proceso como se presenta la posibilidad de la organización conductual mediante la integración y el procesamiento de la información. Para Mischel el observador construye selectivamente su realidad y este proceso es eminentemente cognoscitivo

En segundo lugar, Mischel recalca que **los constructos personales y las estrategias de codificación** como variables cognoscitivas influyen sobre la respuesta del individuo, en su atención y en su interpretación de la situación social. Es en función de estas variables que el sujeto reacciona diferencialmente a las condiciones externas e integra la información a los esquemas existentes, los mismos que guiarán la conducta futura.

En tercer lugar, el autor recalca la importancia de **la variable expectativa**. Estas expectativas determinan la selección de las conductas de la persona de entre muchas posibilidades disponibles para una situación determinada. En general, las expectativas se forman sobre las consecuencias posibles de las conductas potenciales.

Un cuarto aspecto destacado por Mischel se funda en **los valores subjetivos de la persona**. La emisión de su conducta puede depender del juicio valorativo que el individuo haga sobre el producto de ésta, lo cual lo lleva a prestar particular atención a sus preferencias.

Por último, Mischel advierte la existencia **de un sistema regulatorio de la conducta** a través del cual la persona es capaz de reaccionar ante su propio comportamiento con crítica o aprobación.

2. b.2.- El modelo de análisis de tarea

El modelo indica que la identificación de una ejecución socialmente competente es prerequisite indispensable para el análisis de las habilidades sociales. El modelo apoyado en la teoría de la información intenta analizar la ejecución social con base en la acción unitaria e integrada de los sistemas fisiológicos, cognitivo y conductual.

El sistema fisiológico, vinculado a los procesos sensoriales, ejerce una función decodificadora de la información (recepción, percepción e interpretación). La habilidad para decodificar resulta particularmente útil en las actuaciones interpersonales donde la falta de atención o la distracción pueden alterar la ejecución individual, o donde la adecuada captación de señales ambientales puede determinar el éxito de las situaciones interpersonal.

El segundo nivel, el cognitivo, está determinado por las habilidades de decisión, integradas a su vez por cinco pasos:

- a. La búsqueda de elementos que respondan a los requerimientos de la tarea;
- b. La prueba de la correspondencia entre la respuesta alternativa y la demanda de tarea;
- c. La selección de la óptima respuesta para una solución particular;
- d. La búsqueda en el repertorio de la persona de ejemplares de la respuesta seleccionada, y
- e. la evaluación de la utilidad de la respuesta seleccionada.

El último nivel, integrado por las habilidades de codificación, implica dos pasos. El primero especifica la ejecución que traduce a la acción la respuesta seleccionada en el nivel cognitivo; esto implica la ejecución de respuestas verbales, no verbales, musculares y autónomas coordinadas. El segundo, de auto monitoreo, tiene la función de advertir el grado de discrepancia entre el impacto intentado y el logrado.

El análisis de los componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales, es necesario para una ejecución competente de la tarea conductual previamente designada (McFall, R., 1982).

McFall, R. (1982) criticó las limitaciones del modelo de los rasgos y del molecular e intentó una reformulación del concepto de habilidades sociales; para ello estableció distinciones concretas entre competencia, habilidad y tarea.

Competencia, para McFall, R., es un término evaluativo que designa la calidad de la ejecución de una persona en una tarea particular.

Habilidad, es una destreza específica necesaria para ejecutar competentemente una tarea, y

Tarea, es la condición necesaria para juzgar la competencia de la ejecución. Para el autor, este último concepto tiene más importancia y merece la mayor consideración debido a que constituye el instrumento más apropiado para segmentar, organizar y medir los eventos.

El modelo establece una jerarquía de tareas, desde las más generales y globales hasta las más particulares y específicas. Así, la tarea global de “encontrar esposa” supone las tareas más concretas de “establecer relación con esposas potenciales” o “establecer compromisos o citas”. Lograr una cita requiere a su vez de tareas más específicas como “iniciar una conversación”, “expresar sentimientos”, etc, los que a su vez podrán fragmentarse en otras aún más concretas; por ejemplo, “elegir a la persona indicada” o “determinar el momento más oportuno para hablar”.

Como la competencia de una persona no puede ser considerada en abstracto, ésta debe ser estudiada con referencia a una tarea concreta. La especificación cuidadosa de las características de la tarea constituye el análisis de la tarea. Entre las metas del análisis de tarea están el descubrir las leyes que gobiernan la interacción social, la identificación de criterios para discriminar entre ejecuciones adecuadas e inadecuadas y examinar de qué manera la ejecución de una tarea se relaciona con otras dentro del sistema de vida de la persona.

2. c.- Componentes de las habilidades sociales

Los componentes comprenden los tres sistemas de respuesta, es decir: motor o conductual, cognitivo y fisiológico (emocional y afectivo) (Cartledge, G. y Milburn, J. (1980) (mencionado en Vallés y Vallés, 1998).

2.c.1. Componente Conductual: son aquellas conductas referidas a acciones específicas, tales como: hablar, moverse, hacer y elementos verbales, paralingüísticas y no verbales).

Componentes verbales, tales como el habla, hablar en público, la conversación, los saludos, presentación y expresión de cortesía y amabilidad, iniciar, mantener y terminar la conversación, hacer amigos: iniciaciones, juegos, invitación, ayuda, cooperación, aceptar una crítica justa, rechazar una crítica injusta, pedir y conceder favores, solicitar cambios de conducta, hacer preguntas, escucha activa, pedir disculpas, defender los propios derechos, respetar los derechos de los demás, auto revelaciones, tomar decisiones, reforzar al interlocutor (hacer cumplidos), aceptar los refuerzos sociales (recibir cumplidos), ponerse en lugar del otro (empatía), proporcionar retroalimentación, expresar emociones, opiniones, sentimientos – habilidades heterosociales (relaciones con el sexo opuesto) – relaciones con adultos.

Componentes no verbales, tales como la mirada, la sonrisa, los gestos, la expresión facial, la postura corporal, el contacto físico, la orientación corporal, la distancia / proximidad y la apariencia personal.

Componentes paralingüísticos, tales como la latencia de respuesta, la voz: volumen, timbre, claridad, tono / reflexión, velocidad, tiempos de respuesta, fluidez y acento.

2.c.2. Componente Cognitivo: constituido por la percepción, auto lenguaje, pensamientos, atribución o interpretación del significado de las distintas situaciones de interacción social:

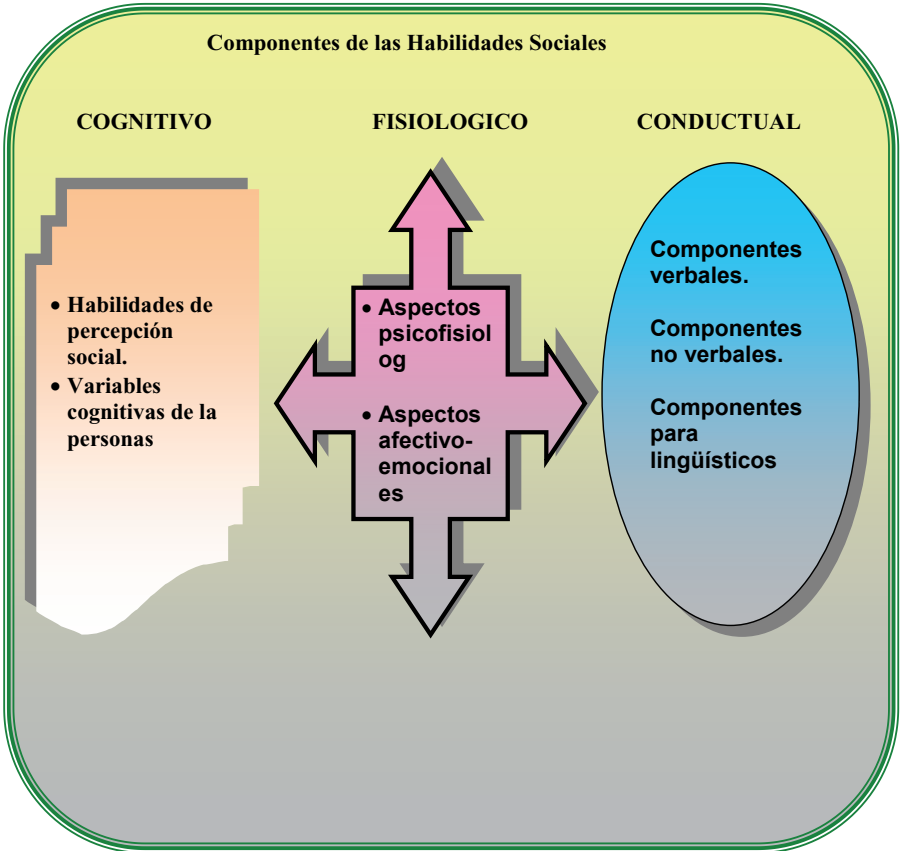
- Habilidades de percepción social: formalidad, calidez, privacidad, familiaridad, restricción y distancia.
- Variables cognitivas de la persona: objetivos y motivación, competencia cognitiva: solución de conflictos (identificar conflictos interpersonales, buscar soluciones, anticipar consecuencias, seleccionar y evaluación de soluciones), constructos personales, expectativas personales, locus de control, valores subjetivos de los estímulos, autocontrol (auto instrucciones, auto observación, auto evaluaciones, auto concepto, autoestima, autoverbalizaciones).

2.c.3. Componente Fisiológico: se comprendería en este sistema las manifestaciones psicofisiológicas (la tasa cardiaca, la presión sanguínea, la relajación, la respiración, las respuestas electrodermales, las respuestas electromiográficas).

Los aspectos afectivo-emocionales (expresión de emociones, control de ansiedad y habilidades de relajación).

La exhibición de una determinada habilidad social exige la acertada y adecuada combinación de todos estos componentes. Del mismo modo una habilidad social definida en términos molares como por ejemplo, afrontar una crítica constructiva incluye elementos más específicos o moleculares de tipo conductual como: escuchar con atención; de tipo cognitivo: valorar la conveniencia de emplear una u otra técnica de rechazo y de tipo fisiológico (afectivo): mantener el equilibrio emocional controlando la ansiedad.

Grafico N° 01



2. d. Modelo de las fases de la conducta social en la relación interpersonal (Dodge, 1996).

Uno de los modelos explicativos con mayor aceptación es el propuesto por Dodge et al. (1996), mencionado en Vallés y Vallés (1997). Ellos plantean que el proceso de la conducta social tendría cinco fases:

Fase 1: Codificación

El niño codifica las claves contextuales de la situación empleando los procesos psicológicos básicos como la percepción, la atención y la sensación. Esta codificación puede ser en forma automática o intencional. La codificación puede realizarla tomando atención en los aspectos más relevantes de la situación, por ejemplo, centrar la atención en los gestos de molestia de su compañero y evitar seguir hablando del tema.

Entonces, en función de la naturaleza de la codificación de estímulos sociales (relevantes o irrelevantes) que realice el niño su comportamiento será más o menos coherente con las exigencias de la situación social.

Fase 2: Representación mental

Se produce la interpretación de los estímulos sociales codificados, lo cual requiere la aplicación de una serie de reglas complejas para poder interpretar correctamente las exigencias o claves de la situación social. Estas reglas son de carácter complejo y varían en función de la cultura, clase social, nivel cultural, sexo o edad.

Fase 3: Generación de respuestas

De acuerdo con las exigencias de la situación, el niño genera las respuestas que estima adecuada. Las reglas para generar dichas conductas son aprendidas a lo largo de su desarrollo en función de las experiencias vividas.

Fase 4: Evaluación y decisión

El niño evalúa la eficacia probable y las consecuencias de las respuestas que posee en su repertorio conductual y elige la más adecuada.

Fase 5: Desarrollar la conducta

Después de haber seleccionado la conducta adecuada, se emite y ello provoca los efectos pertinentes en el interlocutor o en la situación social.

Grafico N° 02



2. e. Adquisición y desarrollo de las habilidades sociales

En la actualidad, la opinión unánime es que las habilidades sociales se adquieren mediante una combinación del proceso de desarrollo y del aprendizaje. Ningún niño nace simpático, tímido, agresivo o socialmente hábil; a lo largo de la vida, se va aprendiendo a ser de un modo determinado, de forma que las respuestas que emite el sujeto en una situación interpersonal dependen de lo aprendido en sus interacciones anteriores con el medio social.

Es decir, el individuo en su interacción con su medio social, va aprendiendo cierta clase de conductas que las muestra después en forma puntual y situacional.

Mecanismos de Aprendizaje de Habilidades Sociales.

1. Aprendizaje por Experiencia Directa

Las conductas interpersonales están en función de las consecuencias (reforzantes o aversivas) aplicadas por el entorno después de cada comportamiento social. Si cuando un niño sonríe a su padre, éste le gratifica, esta conducta tenderá a repetirse y entrará con el tiempo a formar parte del repertorio de conductas del niño.

Si el padre ignora la conducta, ésta se extinguirá, si lo castigan también se extinguirá y además aparecerán respuestas de ansiedad condicionada que interferirán con el aprendizaje de otras nuevas conductas.

2. Aprendizaje por Observación

El niño aprende conductas de relación social como resultado de la exposición ante modelos significativos.

La teoría del aprendizaje social afirma que muchos comportamientos se aprenden por observación de otras personas. Un niño que observa que su hermano es castigado, cuando grita para hacer peticiones, aprenderá a no emitir esa conducta. Pedro observa que el profesor elogia a su compañero de clase porque en el recreo ayudó a un niño que estaba en problemas; Pedro tratará de imitar esa conducta.

Los modelos a los que los niños se ven expuestos en su desarrollo son muy variados, entre ellos hermanos, primos, vecinos, amigos, padres, profesores y adultos en general. También son muy importantes e impactantes los modelos de la TV, de películas, filmaciones, lectura de un libro, un cuento, etc.

Para que un modelo sea imitado por los niños, tiene que reunir ciertas características:

- a. **Prestigio o éxito social del modelo:** A las personas les agrada destacar, el modelo puede ser positivo o negativo y los alumnos pueden imitar simplemente guiados por el éxito social.

Ej. Si Juan tiene éxito con las chicas y les habla con palabras soeces y gestos vulgares, sus compañeros imitarán su conducta creyendo que de esa forma tendrán también éxito social.

b. La edad del modelo.

c. Género sexual al modelo.

d. Nivel educativo y socio económico del modelo.

Es relevante anotar que la persona que observa el modelo imitará la conducta presentada por éste, si el modelo recibe refuerzo positivo. Ya que deduce que le ocurrirá lo mismo si realiza dicha conducta. A esto se le llama reforzamiento vicario, es una motivación para la imitación.

Por ejemplo, si deseamos que María se lave los dientes como su hermano, entonces le indicaremos que le imite, a la vez que le damos un pequeño juguete por dicha conducta. Es más probable que Martín lo imite ya que pensará que si lo hace también él recibirá un juguete (y por supuesto si se lava los dientes su mamá le dará un juguete para aumentar y fortalecer esa conducta).

3. Aprendizaje Verbal o Instruccional

Según este sistema de aprendizaje, el sujeto aprende a través de lo que se le dice y a través del lenguaje hablado por medio de preguntas, instrucciones, incitaciones, explicaciones o sugerencias verbales.

Es una forma no directa de aprendizaje.

Un ejemplo es cuando los padres incitan al niño a bajar el tono de voz, a pedir las cosas por favor o cuando le explican y dan instrucciones directas de cómo afrontar la solución de un conflicto que tiene con una amiga. En el ámbito escolar, esta instrucción suele ser sistemática y directa.

4. Aprendizaje por Feedback – Interpersonal

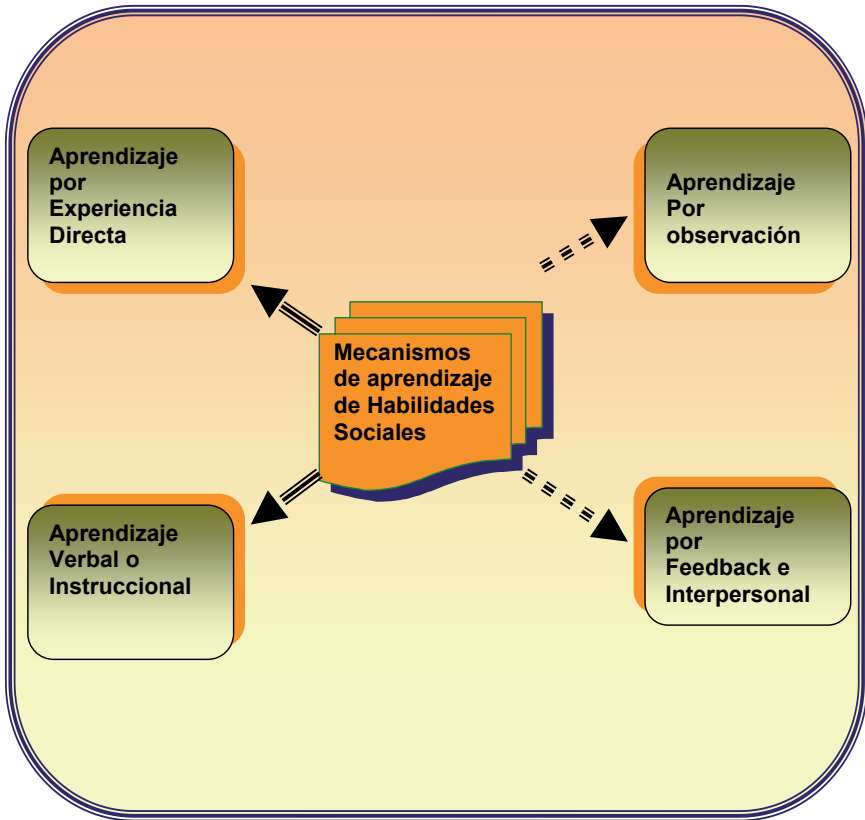
El Feedback o retroalimentación es la explicación por parte de observadores de cómo ha sido nuestro comportamiento, esto ayuda a la corrección del mismo sin necesidad de ensayos y consiste en la información: por medio de la cual la persona con la que se interactúa, nos comunica su reacción ante nuestra conducta.

El aprendizaje por Feedback puede entenderse como reforzamiento social administrado contingentemente por la otra persona durante la interacción. Ocurre que en la mayoría de interacciones cotidianas no se recibe un Feedback explícito sino impreciso aunque, entre niños parece más directo o específico.

Ej. Si un niño está pegando a otro y la profesora pone cara de enojada, seguramente el niño dejará de agredir. Si estoy dictando una clase y los alumnos comenzaran a bostezar y hablar entre ellos interpretaré que se están aburriendo y cambiaré mi conducta.

Grafico N° 03

Mecanismo de Aprendizaje de las Habilidades Sociales



2. f. Modelos explicativos del déficit en habilidades sociales

2. f.1.- Modelo del déficit en habilidades sociales

En el sistema de respuesta conductual se producen:

- a) Cuando el sujeto no emite conductas habilidosas porque no sabe, es que no ha aprendido y por lo tanto, en su repertorio conductual no se encuentran disponibles.
- b) Cuando existe ansiedad ante situaciones sociales en las que el sujeto no sabe cómo comportarse.

Déficit de carácter perceptivo – cognitivo (Gil, F., 1990, mencionado en Vallés (1991), son de carácter perceptivo cuando:

- a) El sujeto no discrimina correctamente las situaciones sociales y las habilidades que hay que poner en práctica para una interacción exitosa.
- b) Errores sistemáticos. Percibir siempre los demás como hostiles que lo que realmente son.
- c) Estereotipos inexactos. Atribuir falsas creencias en los demás.
- d) Errores de atribución de causalidad. Pensar que los demás (o uno mismo) es el culpable de algo.
- e) El efecto del halo. Tendencia a creer que invariablemente se determina de manera independiente de otras circunstancias.

Déficits de carácter cognitivo:

- a) Cuando se fracasa al evaluar alternativas de respuesta. No se sabe qué hacer ante la posibilidad de optar por alguna (as) conducta (as) social (es) más adecuada (as).
- b) Si fracasó al discriminar acciones apropiadas y efectivas.
- c) No se toman decisiones o se tarda excesivamente en tomarlas.
- d) Se tiene tendencia a tomar decisiones negativas debido a una baja autoestima

2. f.2.- El modelo de la inhibición

Este modelo trata de explicar la incompetencia social mediante la inhibición de las conductas cuando:

- a) No se emiten conductas socialmente habilidosas debido a la ansiedad condicionada a las situaciones en que deben emitirse.
- b) Se inhiben las habilidades sociales debido a evaluaciones cognitivamente incorrectas. La evaluación negativa se producen como consecuencia de una interpretación equivocada de la objetividad de la situación social.

2.f.3. Enfoque de Goldstein

Según este autor hay cuatro clases de habilidades básicas que son los componentes conductuales, afectivos y morales cuya ausencia implicaría déficits sociales en los adolescentes (mencionado en Casullo, M., 1988):

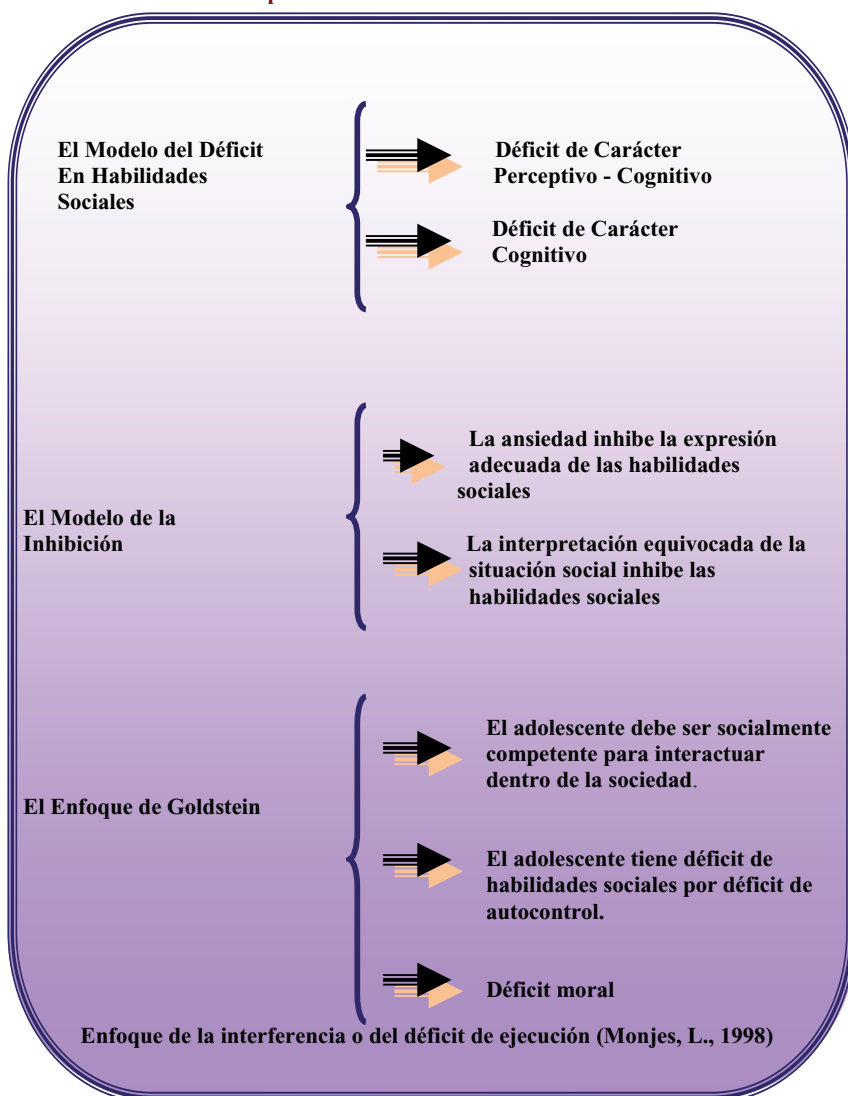
- a. El desarrollo de habilidades sociales que los haga competentes para vivir en comunidad. Si un niño, un adolescente, un púber o un joven no son capaces de tener habilidades para poder interactuar apropiada y socialmente entonces estará más retraído, más vulnerable, más manipulable por él. Las habilidades sociales constituyen el elemento esencial en este desarrollo para hacerlo asertivo, seguro y hábil para interactuar socialmente.
- b. El desarrollo de habilidades de autocontrol. Estas tienen que ver fundamentalmente con las emociones. Necesitamos desarrollar desde muy temprano en el niño condiciones bajo las cuales ellos puedan aprender a auto controlar sus emociones, la cólera, la ira, el miedo, a autorregular su comportamiento bajo señales internas, fisiológicas, psicológicas o bajo condiciones externas precisas, pero, necesitamos enseñarle autocontrol emocional, ello les permite adaptarse socialmente mejor y vivir emocionalmente como más estables y menos vulnerables al estrés.
- c. Una tercera habilidad que se debe desarrollar es la Educación Moral. Se necesita desarrollar valores, creencias, actitudes más positivas hacia la justicia, la igualdad, la participación, el respeto a los demás, etc., que nos permitan hacer que el niño desarrolle juicios morales cada vez más elevados, más complejos y más positivos.
- d. Una cuarta área de factor de riesgo es el de las interacciones escolares. La escuela constituye el área o el lugar donde ocurre una variedad de interacciones sociales y de comportamiento que es necesario tener en cuenta en cualquier investigación sobre los factores de riesgo y en el desarrollo de programas preventivos. En la escuela con frecuencia el niño o el joven hallan los factores precipitantes que pueden o no facilitar el desarrollo de una conducta inadaptada patológica o una conducta adictiva. El vandalismo juvenil, las pandillas escolares, los pequeños hurtos en el colegio, el “modelado” de conductas inadecuadas como el de “fumadores”, “bebedores”, agresivos o prepotentes, entre otras, actúan sobre el niño o el joven ejerciendo influencia social de algún tipo. Es evidente que ello también está condicionando por el tipo de colegio y el lugar o la zona del centro educativo.

2. f.4. Enfoque de la “Interferencia” o del “Déficit de Ejecución” (Monjes, I., 1998)

Según esta hipótesis, el sujeto tiene, o puede tener en su repertorio, determinadas habilidades, pero no las pone en juego porque factores emocionales, cognitivos y/o motores interfieren con su ejecución.

Entre las variables interfirientes (que bloquean o interfieren la adquisición y /o actuación de las habilidades sociales) se reseña: pensamientos depresivos, pobre habilidad de solución de problemas, inadecuadas habilidades para ponerse en el lugar de la otra persona, bajas expectativas de auto eficacia, ansiedad, miedo, comportamiento agresivo, comportamiento motor (puede ser inadecuado por estar ausente, ser significativamente deficitario o excesivo en intensidad, duración o frecuencia), atribuciones inexactas, autoafirmaciones negativas, creencias irracionales (por ejemplo, exageraciones), déficit en percepción y discriminación social, expectativas negativas, indefensión, pensamientos de auto derrota y frustración.

Gráfico N° 04
Modelos explicativos del Déficit de las Habilidades Sociales



3. Adolescencia y Sexualidad

3. a.- Características Generales y conceptuales de la Adolescencia

Es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que transcurre entre la pubertad y la edad juvenil. Su aparición está señalada por la pubertad, pero la aparición de este fenómeno biológico es solamente el comienzo de un proceso continuo y más general, tanto en el plano somático como en el psíquico, y que prosigue por varios años hasta la formación completa del adulto. Además del aspecto biológico de este fenómeno, las transformaciones psíquicas están profundamente influenciadas por el ambiente social y cultural (Diccionario de Psicología, Merani, 1982).

Es un periodo vital de transición entre la infancia y la edad adulta. La adolescencia es tanto una construcción social como un atributo del individuo. Ciertas culturas y subculturas reconocen un periodo de transición de una década o más entre la infancia y la edad adulta, mientras que otras consideran que esa transición ocurre en el curso de un breve rito de iniciación que puede durar unos pocos días u horas. (Diccionario de la Psicología Evolutiva y de la Educación, Harré y Lamb, 1990)

Adolescencia deriva de "adolecer", que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez. Según la OMS, es un lapso de edad que va desde los 10 a los 20 años, con variaciones culturales e individuales (OMS, 1985). Desde el punto de vista biológico, se inicia cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción, y termina con el cierre de los cartilagos epifisarios y del crecimiento. Socialmente es el periodo de transición, que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma, económica y socialmente madura. Psicológicamente, es el periodo que empieza con la adquisición de la madurez fisiológica y termina con la adquisición de la madurez social, cuando se asumen los derechos y deberes sexuales, económicos, legales y sociales del adulto.

Con la evolución del mundo moderno y tecnológico, la adolescencia ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia, ya sea porque involucra cada vez un mayor número de años en la vida del individuo, como porque el porcentaje de población que se encuentra en este grupo de edad es también importante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985) define la adolescencia con un enfoque integral, de la siguiente manera:

Biológica: "El individuo progresa desde el punto de la aparición inicial de las características sexuales secundarias, hasta la madurez sexual".

Psicológica: "Los procesos psicológicos del individuo y las pautas de identificación se desarrollan desde los del niño, a los del adulto".

Social: "Se realiza una transición del estado de dependencia socio-económica total, a una relativa independencia".

De esta definición se desprende que la edad de inicio de la adolescencia se da cuando aparecen las características sexuales secundarias. Pero la edad de término es muy variable, generalmente se logra con la independencia económica.

El Instituto Nicaragüense de la Mujer, realizó en 1998 una investigación cualitativa en su país con una muestra no probabilística de 729 adolescentes de ambos sexos a nivel nacional y se llegó, entre otras, a la siguiente conclusión:

“La adolescencia trasciende en la actualidad la definición basada en una sola característica común: la edad. En primer lugar existen dos grandes subgrupos de jóvenes, de 10 a 14 años y de 15 a 19 años. Las diferencias en términos de visión del mundo (tradicional, mística, realista, científica...) y, sobre todo, las cifras de inicio de las relaciones sexuales que aumentan a partir de los 15 años de edad en todos los grupos sociales, indican un salto brusco que justifica una separación en subgrupos”.

Todos los países en la región, con excepción de Brasil (UNFPA, 1998), ha adoptado la definición oficial que la OMS ofrece de la adolescencia como aquella población entre los 10 y los 19 años. Así mismo, la región ha adoptado como criterio estadístico el corte de este grupo en subgrupos:

- a. de 10 a 14 años como pre-adolescente y**
- b. de 15 a 19 años como adolescentes**

En general, se entiende por adolescencia el período de transición de la infancia a la edad adulta, una fase de la vida que va desde los 10 a los 19 años aproximadamente. Se inicia con los cambios puberales y ocupa la etapa del desarrollo de la madurez sexual, del desarrollo de la independencia psicológica y de una relativa independencia económica. No existe claridad en los autores sobre cuál es el período en que termina la adolescencia, algunos la extienden hasta los 21 años, aunque esto varía según las características sociales y culturales de cada sociedad.

En los países del Tercer Mundo, existe una gama de diferenciaciones que van desde la existencia de un breve período de adolescencia en el que se transita rápidamente de la niñez a la adultez debido especialmente a razones de orden económico, social y cultural, hasta la adolescencia “tardía” (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2001).

Según Villarreal, M., (1998), la dificultad de definir de manera universal el concepto de adolescencia estriba en que por sí mismo el fenómeno representa una construcción cultural sujeta a la variación de los contextos. Se reconoce que las características y duración de esta etapa dependen de la clase social, el entorno sociocultural, el género, la etnia, etc.

Aramburu, C. E. (2000), señala que el concepto de adolescencia es un producto reciente, que surge a fines del siglo pasado en las sociedades de temprana industrialización para caracterizar a los jóvenes de ambos sexos que dejan sus entornos familiares rurales para migrar a las ciudades en busca de trabajo y nuevas oportunidades. De esta manera, la “adolescencia” sería un concepto eminentemente

socio- cultural que responde a las demandas educativas, económicas y sociales del mundo moderno.

El mismo autor señala que en la dimensión socio-cultural, la “adolescencia” se caracteriza por la dependencia del entorno familiar, una creciente incorporación al mundo público, la prolongación del período de educación formal, la dependencia económica total o parcial de los padres o tutores y para la mayoría, la ausencia de vínculo conyugal o cohabitación aunque exista inicio de actividad sexual.

De otro lado, encontramos que mientras la edad de la menarquia se ha adelantado y que los adolescentes comienzan más tempranamente las relaciones sexuales, se han incrementado los embarazos adolescentes con todas las consecuencias que tienen para la niña, desde el rechazo familiar y social, su exclusión de la escuela (son escasos los países de la Región Latinoamericana que permiten la continuidad de los estudios por parte de la niña embarazada), hasta los problemas biológicos y psicológicos que deberá afrontar en el caso del parto o de un aborto. También se extiende la incidencia de las ETS y del SIDA, siendo una etapa particularmente crucial de contagio de la adolescencia.

3.b.- Características Bio-psico-socioculturales de la Adolescencia

3. b.1.- Los Cambios Físicos:

Los cambios fisiológicos que ocurren durante la adolescencia son radicales para el hombre y la mujer adolescentes. Hay tres cambios básicos del desarrollo que surgen en la pubertad (Taner, 1987, mencionado en OPS, 1996):

- El desarrollo de la capacidad reproductiva adulta.
- El establecimiento del dimorfismo sexual, y
- El completamiento de la maduración de órganos sistémicos.

La capacidad reproductiva adulta permite al adolescente fisiológicamente maduro reproducirse. El dimorfismo sexual, por otro lado, establece claramente el fenotipo del hombre y mujer adultos. El completamiento de la maduración de los órganos sistémicos hace que las características sexuales secundarias se desarrollen.

En el hombre normal sano, el inicio de la pubertad ocurre entre los 9 y 17 años de edad, con la espermaquia entre los 13 y 15 años. El patrón de desarrollo fisiológico del hombre muestra que los cambios genitales y el vello púbico ocurren precozmente durante las fases de maduración, seguidos del vello facial y axilar, el cambio de la voz, acné y emisión nocturna. Durante el proceso de desarrollo, el adolescente experimenta “el estirón”, alcanzando la velocidad máxima entre los 14 y los 17 años. En el adolescente varón, el desarrollo de la pubertad es más tardío que el de la mujer adolescente varón por 18 – 24 meses. El efecto de este “retraso” fisiológico en el hombre hace que, alrededor de los 14 años la mujer adolescente parezca fisiológicamente madura, mientras que el adolescente pueda parecer todavía un niño.

En la adolescente, el inicio de la pubertad ocurre entre los 8 y 16 años. El patrón de desarrollo comienza con el aumento de peso en el abdomen, las caderas, los muslos y el área intraescapular. El aumento de peso es seguido por el ensanchamiento y la rotación de las caderas y precozmente en el proceso puberal empieza el crecimiento mamario. Adicionalmente, la adolescente experimenta su “estirón”. Tempranamente en la pubertad y la menstruación es uno de los últimos eventos fisiológicos de la pubertad, el cual ocurre entre los 12.5 años y 14 años en América Latina, dependiendo de las condiciones sociales, económicas y de salud pública de cada país (OPS, 1996, Op. Cit.)

3. b.2. Los Cambios Psicológicos

La percepción de la imagen de sí mismos es inestable. No están contentos de cómo son, y se sienten poco valiosos por lo general. Son impulsivos, primero actúan y luego piensan. Llega muchas veces a lamentar lo que dijeron, especialmente al herir a otra persona (por lo general los padres).

Tienen gran espíritu de contradicción. Se oponen a los argumentos de los padres, lo que se entiende en el contexto de la búsqueda y consolidación de su propia identidad, golpeando fuerte contra lo que se tiene más cerca, y de los que se tienen que separar. Los adolescentes se inclinan más hacia sus amigos y entran en conflicto con los valores e ideas que sustentan los mayores, buscando las respuestas a sus inquietudes en las fuentes más cercanas a sus actividades grupales. Los conflictos con la autoridad, derivados de sus necesidades de independencia y de tener sus propias experiencias provocan, a veces, su involucramiento en conductas de riesgo.

Son características la labilidad emocional o los cambios bruscos de humor (de pronto ríen casi sin motivo, de pronto lloran y reclaman “que en esta casa ya nadie me quiere”). También la omnipotencia (creen que todo lo saben y que todo lo pueden); igualmente se da el egocentrismo (el mundo gira en torno a ellos y sus necesidades, y sienten que todos están preocupados de él).

Un sentimiento de soledad se repite reiterativamente; sienten que son únicos y especiales, y que no existe nadie capaz de comprender lo que a él le sucede. Aparece, entonces la necesidad del amigo íntimo (un par) que, en adolescentes menores, es casi siempre de su mismo sexo; él supone que es la única persona capacitada para escucharlo y entenderlo, y de quien podría aceptar consejos.

El adolescente mayor ya es emocionalmente más estable. Desaparecen los cambios bruscos de humor, y es más predecible. Se pone más extrovertido, cuenta espontáneamente sus experiencias, y no es necesario interrogarlo para conocer de sus actividades. Superan la soledad con el deseo de trascender, que es el deseo de vivir para algo o para alguien, de realizar algo positivo para la sociedad. Se agrupan entonces según afinidades en un grupo de pares, con similares inquietudes políticas, religiosas, ecológicas, o filosóficas.

Al avanzar en esta etapa, hay desorientación y angustia frente a las grandes decisiones: cada vez más precoces frente a la decisión vocacional (estudios superiores), y más

adelante, frente a la elección de pareja (se preguntan cómo saber cuando se está realmente enamorado).

Desde el punto de vista cognitivo, en la adolescencia, probablemente haya una relación entre cambios hormonales y los cognitivos. J. Piaget, describió el cambio cognitivo de la niñez a la adolescencia como una transmisión del pensamiento concreto al pensamiento operacional de la adolescencia, lo que facilita las destrezas en el pensamiento abstracto (Ginsburg, Opper, 1969, mencionado en OPS, 1996, Op. Cit.).

El cambio en el proceso intelectual permite al adolescente:

- 1) pensar en términos de posibilidades;
- 2) usar el razonamiento hipotético;
- 3) pensar con el pensamiento y
- 4) intentar pensamientos orientados hacia el futuro.

Uno de los aspectos importantes en la adolescencia, desde el punto de vista social, es el proceso de formación de identidad, “ensayar” diferentes roles sociales y observar las reacciones de las personas significativas del ambiente (OPS, 1996, Op. Cot.).

En este proceso, los expertos señalan que se produce un cambio del “egocentrismo” de la niñez al “egocentrismo de la adolescencia”. El adolescente siente con frecuencia que está en “escenario”, observado por las otras personas con el mismo grado de persistencia con que se observa el mismo. En algunos adolescentes, este alto nivel de vigilancia causa gran vulnerabilidad en el sentimiento constante de que sus pensamientos y sentimientos son tan visibles para los demás como para sí mismos (OPS, 1996, Op. Cit.).

Aberastury y Knobel (1976) han descrito una serie de características que se presentan en forma normativa a lo largo de esta etapa vital. Estas características que integran la adolescencia normal son las que siguen:

- Búsqueda de sí mismo y de la identidad;
- Tendencia a formar grupos;
- Necesidad de intelectualizar y fantasear;
- Crisis religiosa, que puede ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso;
- Evolución sexual manifiesta que va desde el auto erotismo hasta la heterosexualidad genital adulta;
- Actitud social reivindicadora;
- Contradicciones sucesivas en la conducta;
- Separación progresiva de los padres;
- Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

3. b.3. Aspectos Psicosexuales

En relación a los determinantes sociales de la sexualidad, esta se estructura fundamentalmente por la influencia de factores sociales, la sexualidad se entiende a

partir de la interacción social en un contexto socio-cultural determinado, con un grupo de pertenencia específico (las parejas sexuales) y teniendo en cuenta las características individuales (edad, género, etnicidad, nivel educativo, condición laboral, estado civil, etc.), que posibilitan e influyen en las redes de interacción sexual y en la conducta individual (Lauman et. al. 1994, mencionado en Aramburu, C.A. y Arias, R. 1999).

Según Arias, R. y Aramburu, C.A. (1999), investigaciones en el Perú basadas en muestras parciales señalan que entre los determinantes de la actividad sexual está el género (los varones se inician en promedio 3 a 4 años antes que las mujeres), aunque ello depende del estrato educacional; entre los y las jóvenes sin educación esta diferencia etárea en el inicio de la actividad sexual desaparece (Aramburu, C.A. y Li, 1998). Otros factores son la actividad laboral temprana, la desestructuración del hogar y las malas relaciones con los padres, la pertenencia a grupos de pares con experiencia sexual (efecto de “contagio”) y el contexto escolar, siendo mayor la proporción de jóvenes de ambos sexos con experiencia sexual en los colegios segregados y del turno vespertino (La Rosa, L. 1997).

En el Perú, Aramburu, C. y Li, D. (1998) reportan que a menor nivel socioeconómico tienden a desaparecer las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la edad de su iniciación sexual.

En cuanto al inicio sexual, excepto en el Perú, donde el promedio de edad de inicio de la primera relación sexual es a los 13.3 años, en el resto de los países ocurre entre los 15 y los 19 años. En Paraguay, por su parte, se encontró que casi un tercio (32.6%) de las adolescentes iniciaron su actividad sexual antes de cumplir los 16 años y esta edad disminuye en áreas rurales y marginales donde se da alrededor de los 11 años (Benítez, N., 1996).

3. b.4. Características Socioculturales

Uno de los aspectos más importante en la adolescencia, desde el punto de vista social, es el proceso de formación de identidad, “ensayar” diferentes roles sociales y observar las reacciones de las personas significativas del ambiente (OPS, 1996).

En este proceso, los expertos señalan que se produce un cambio del “egocentrismo” de la niñez al “egocentrismo” de la adolescencia. El adolescente siente con frecuencia que está en “escenario”, observado por las otras personas con el mismo grado de persistencia con que se observa él mismo.

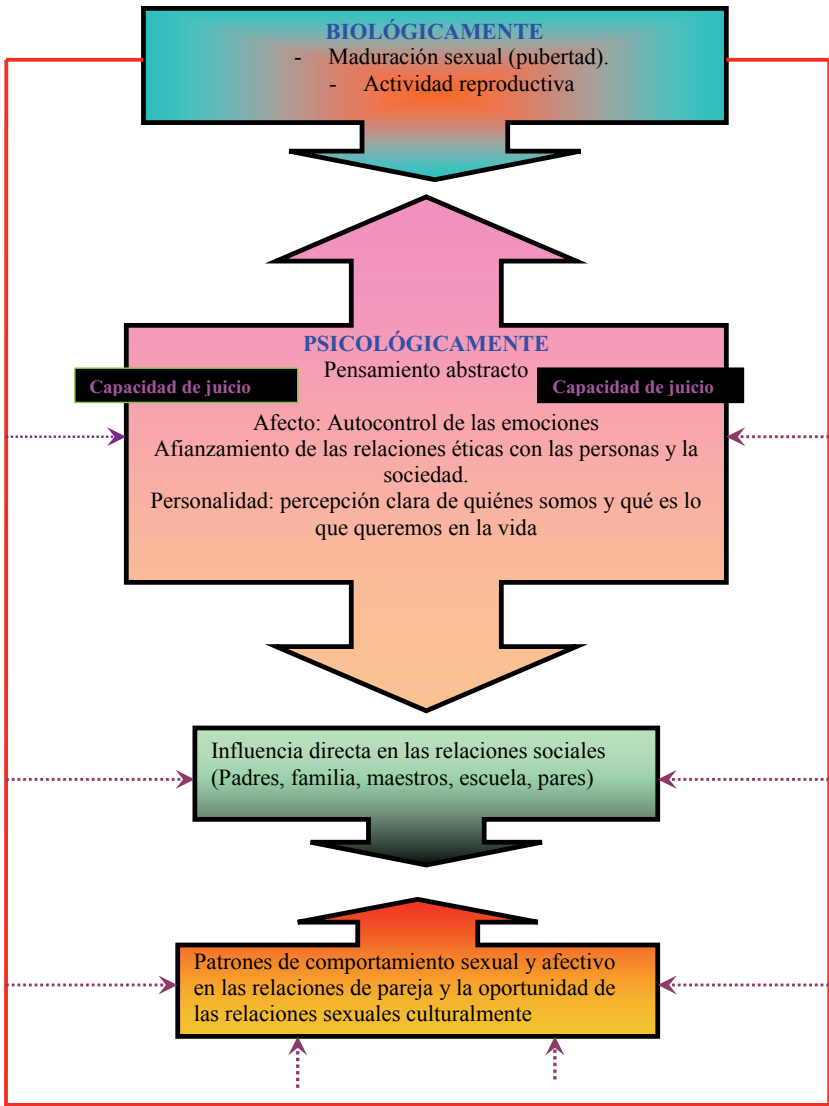
En algunos adolescentes, este alto nivel de vigilancia causa gran vulnerabilidad en el sentimiento constante de que sus pensamientos y sentimientos son tan visibles para los demás como para sí mismos (OPS, Op. Cit., 1996).

Otro aspecto que le ocurre al adolescente desde el punto de vista social es la intensidad de la relación con su grupo de pares. Este grupo de pertenencia, que usa un lenguaje distinto, vestimentas y adornos diferentes a los de los adultos, es fundamental para afirmar su imagen y para adquirir seguridad y destreza social, tan necesarias para el futuro.

Gran sentido de la justicia: aceptan un castigo si consideran que fue merecido; pero si fue algo injusto, se les provoca una rebeldía capaz de no detenerse hasta que sea corregido lo anterior. En un caso así, la imagen del adulto que ejerce cualquier autoridad va perdiendo respeto y credibilidad.

El grupo familiar cae en el conflicto de rechazo y dependencia. Quisieran ser más independientes pero la ligazón familiar, especialmente en lo afectivo, es muy importante. Tanto la familia como este último, son fundamentales para el desarrollo del adolescente. Sobre la discusión eterna entre los derechos y los deberes, al ir creciendo se van adquiriendo obligaciones, y no se percibe la adquisición de nuevos derechos. Esto hace que el crecer muchas veces se viva con poco entusiasmo. Se quejan de que los adultos son ambivalentes en su trato.

Gráfico Nro. 05
ADOLESCENCIA: PERSPECTIVAS BIOLÓGICA, PSICOLÓGICA Y
SOCIOCULTURAL (Vallejos, J., 2004)



3.c.- La Sexualidad en la Adolescencia

La sexualidad se define como una forma de expresión integral de los seres humanos, vinculada a los procesos biológicos, psicológicos y sociales del sexo (Hace, D., 1975).

Existen diversos enfoques de la sexualidad, el más importante modelo incluye los aspectos constitutivos: elementos biológicos, psicológicos y socioculturales (Isaza, L, 1998):

- a. El elemento biológico es reconocido como un sustrato asumido en términos del funcionamiento del aparato reproductor y de los órganos sexuales en el ciclo de la respuesta sexual.
- b. Los aspectos psicológicos de la sexualidad enfatizan la vivencia de la sexualidad y sus relaciones con el desarrollo de la personalidad y es vista como un proceso en permanente construcción, sujeta al aprendizaje a través de la propia experiencia. El constructo psicológico implica los aspectos como la autoestima, la autorrealización, las relaciones interpersonales, el erotismo, la sensualidad, la afectividad y la ternura.
- c. Los aspectos socioculturales tienen implicancias en la sexualidad afectando las concepciones y percepciones que se tengan de ella en sus dimensiones biológica, psicológica y social

De otro lado, admitimos de acuerdo con Rubio, E. (1994), que la sexualidad es una abstracción que implica una representación sobre sexualidad, que no es estática sino una construcción sobre sexualidad que es interna producto de un complejo de ideas, sentimientos, emociones, experiencias, deseos, tanto individuales como colectivos, internalizados y apropiados por la persona.

Los hechos sobre los cuales se construyen las representaciones son aspectos que adquieren significado sexual. Según Rubio, E. (1994), concepto que el autor de la presente tesis comparte, existen cuatro sistemas u holones interrelacionados, que son elementos constituyentes de un sistema que tienen en sí mismo un alto grado de complejidad e integración. Estos cuatro holones son: género, erotismo, reproductividad y vinculación afectiva.

Estas representaciones se van formando a lo largo del proceso de socialización, introyectándose las representaciones colectivas y construyendo una abstracción individual sobre la sexualidad. Esta puede ir cambiando de acuerdo con las circunstancias vividas por la persona y también merced a la educación y la cultura.

La sexualidad está en la base de nuestro ser persona y nuestro ser cultural. En este sentido la sexualidad se expresa en nuestros afectos, emociones y sentimientos; en el manejo de nuestro cuerpo; en nuestra apariencia y arreglo personal; en nuestro ser como hombres y mujeres; en los roles que desempeñamos; en las relaciones que establecemos con los otros: padres, hijos, pareja, hombres, mujeres; en las representaciones y conocimientos sobre lo sexual; en las prohibiciones, permisos y sanciones.

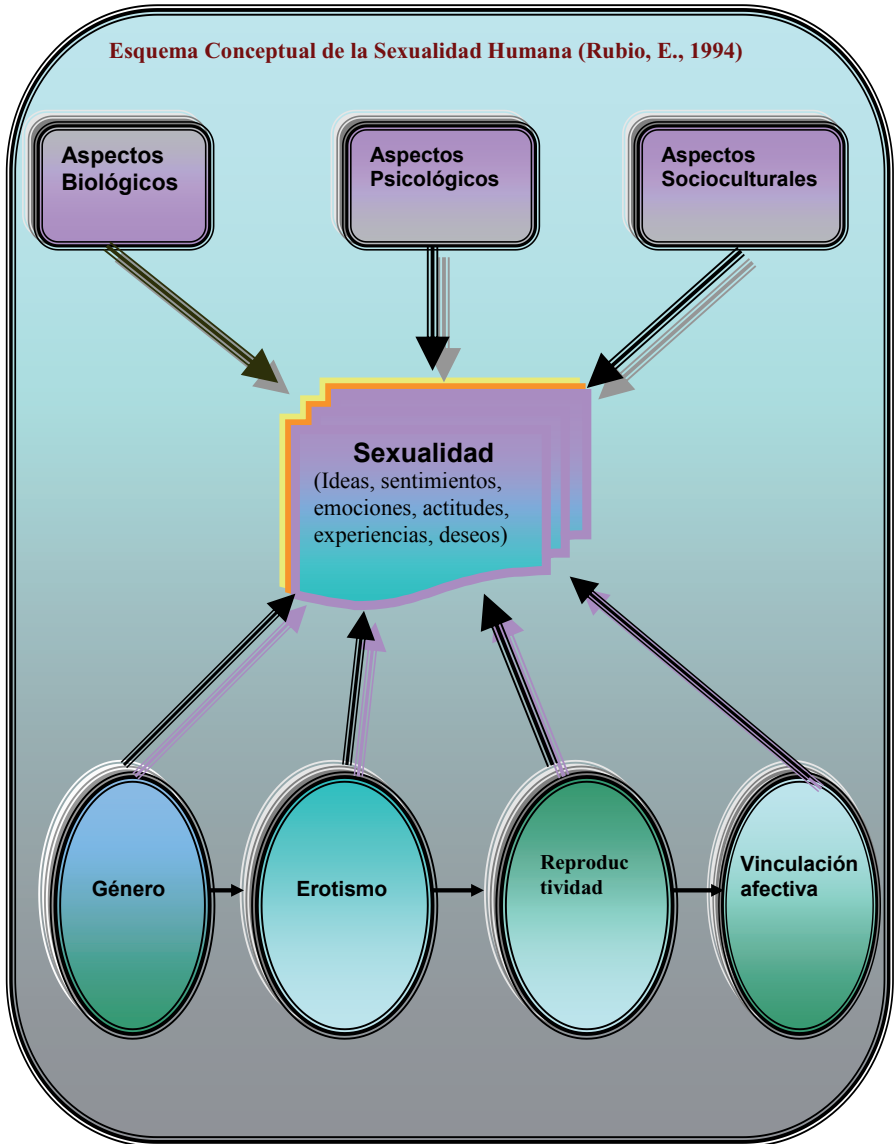
Derivado de lo anteriormente expuesto se podría introducir el concepto de cultura sexual que acogería toda la gama de significados de la sexualidad. Dentro de la cultura sexual se tienen en cuenta los desarrollos psicológicos (cognoscitivos y afectivos), los desarrollos sociales y la representación que se haga de los elementos biológicos.

El concepto de cultura sexual ayudaría a entender la sexualidad como un todo sistémico en el cual las variaciones de una dimensión afectan las otras por la íntima relación que tienen entre sí.

En la presente investigación la sexualidad queda conceptualizada como “el fenómeno psicosocial que consiste en un proceso de adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas”, el cual permitiría:

- La adopción de conductas sexuales placenteras, conscientes, responsables y libres, hacia uno mismo y los demás.
- La comunicación en la pareja y en la vida familiar promoviendo relaciones equitativas y horizontales dentro del hogar, y destacando el respeto y consideración que merecen, cualquiera sea su sexo y edad.
- Promover criterios equitativos de libertad y conductas de responsabilidad compartida en la pareja, tanto en la procreación y el cuidado de la descendencia como frente a la decisión y el empleo de métodos anticonceptivos.
- Promover conductas de responsabilidad sexual en la prevención de las enfermedades sexuales, incluyendo la prevención de las infecciones de transmisión sexual, el VIH y el SIDA.

Gráfico N° 06



3. d. El embarazo adolescente

3. d.1. Aspectos conceptuales

El embarazo en la adolescencia es reconocido desde antiguo como un problema de riesgo obstétrico y perinatal. El término frecuentemente utilizado es el de primigesta precoz, refiriéndose a aquella embarazada muy joven, de 19 años o menos que acude a la maternidad para la atención del parto. Este concepto lleva implícito un riesgo de complicaciones asociadas a la reproducción, cuando ésta se ejerce a edades menores en el modelo humano (Molina, R., Luego, X., Guarda, P., González, E., Jara, G. 1991).

Según la ENDES 2,000 el 13 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya son madres (11 por ciento) o están gestando por primera vez (2 por ciento). Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan entre las mujeres sin educación (37 por ciento) y entre aquellas que residen en la Selva (26 por ciento), en el área rural (22 por ciento). En Lima Metropolitana, dicha proporción es del orden del 8 por ciento.

Según la ENDES de 1996, la proporción de mujeres de 15 a 19 años que manifestaron haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años (4.6%) fue más elevada que la observada en la ENDES 1991-92 (3.6%), lo que parecería estar indicando que hay una tendencia creciente al inicio más temprano de las relaciones sexuales. De igual manera, entre 1991-92 y 1996, la proporción de solteras de 15 a 19 años, ha disminuido de 89% a 87.5%, lo cual estaría mostrando una tendencia al inicio más temprano de la primera unión conyugal.

La maternidad adolescente es tanto una manifestación de las desigualdades socioeconómicas como un mecanismo reproductor de éstas. El embarazo adolescente se transforma en un mecanismo de reproducción intergeneracional de las desigualdades, no sólo porque afecta a la adolescente, sino principalmente porque define las condiciones de desarrollo futuro de su hijo. Si bien existen diversas estrategias para sobrellevar una maternidad adolescente y evitar el abandono escolar, su aprovechamiento está relacionado con la capacidad de los hogares y de las mismas adolescentes para destinarles recursos tanto económicos y sociales (CEPAL, 2,000).

Desde el punto de vista social, tanto sus causas como sus consecuencias tienen los mismos denominadores: la situación socioeconómica y los patrones culturales asociados a éstas. Existe consenso en el sentido de que el origen del embarazo y la maternidad adolescente está estrechamente relacionado con la situación económica y social en que viven las familias de las y los adolescentes y que propician conductas sexuales de riesgo, pobreza, baja educación formal, nula, o escasa educación sexual, patrones familiares disfuncionales y otros. CEPAL, 2,000).

En la adolescencia, es un hecho que la **tríada temprana (inicio sexual, nupcialidad e inicio reproductivo)** es un rasgo característico de los grupos socialmente desaventajados, hasta el punto que se perfila como un componente sobresaliente de la dinámica de la pobreza. En la mayoría de los países, más del 80% de las jóvenes pobres

se han iniciado sexualmente antes de los 20 años. El hecho de que las jóvenes de los grupos pobres, rurales y de menor educación muestran la tríada de iniciaciones más tempranas favorece la hipótesis de que sus trayectorias más bien precoces – en comparación con las de otras latitudes, en particular las del mundo desarrollado– obedecen a las pautas de conducta tradicionales que prevalecen en los segmentos más desaventajados.

Así parece que la mayor parte de la fecundidad adolescente en los países de la región no responde a **“una nueva cultura sexual”** permisiva sino a la persistencia de la tríada temprana entre los jóvenes pobres.

El hecho de que las más educadas sean las que exhiben mayores índices de iniciación sexual prematrimonial y de regulación de la fecundidad apoya la hipótesis de que la modernización sociocultural trae consigo un nuevo comportamiento sexual más permisivo pero a la vez más protegido contra el embarazo no deseado y sus consecuencias.

Las disparidades socioeconómicas de la tríada de iniciaciones (sexual, nupcial, reproductiva) de los jóvenes se originan, en dos tipos de factores. Uno corresponde a las pautas tradicionales de unión temprana que siguen predominando entre los jóvenes pobres y el otro al menor acceso que tienen los jóvenes pobres a medios de planificación familiar.

El embarazo adolescente forma parte de un contexto valorativo construido socialmente, y su significado varía entre las diferentes culturas (Villarreal, M., 1998). El embarazo precoz no siempre se comprende como un problema desde el punto de vista de los jóvenes, en efecto, existen contextos en los que el embarazo no sólo no es un problema adicional sino que se constituye en la base de la construcción del único proyecto de vida disponible, basado en la procreación y el matrimonio, porque los adolescentes no encuentran otras alternativas de vida futura atractivas y viables. Las consecuencias de tener un hijo en la adolescencia, como señala Stern, C. (1997), más que un problema en sí mismo, debe comprenderse en función de los múltiples procesos a los que está asociado y a las significaciones que adquiere en cada cultura y grupo social.

Según Stern, C. (1997), las razones que explican el embarazo adolescente como un problema serían: “... el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente, la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres, los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrentan un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aun deseosos de hacerlo”. Este mismo estudioso del tema afirma que hay preocupaciones legítimas por el embarazo adolescente en términos de la salud de las madres e hijos. Las condiciones sociales y culturales en las que tiende a ocurrir el embarazo adolescente tiene mucho más peso que la edad y los factores biológicos relacionados con ésta, excepto a edades muy tempranas, en sus consecuencias negativas para la salud.”

Stern, C. (1997), enfocar el problema del embarazo adolescente de un modo novedoso, sería que:

- a. Es un hecho eminentemente social, por lo tanto se construye a partir de la intersubjetividad y no deja de reconocer las implicancias en la salud y la demografía.
- b. El fenómeno se construye objetivamente.
- c. Es dinámico, no es único ni universal, se da en un entorno y significado cultural determinado, por lo tanto se debe renunciar a las generalizaciones particularizando el fenómeno en los diversos contextos socio culturales, como parte de un proceso más general (creencias y valores).

Aunque se trata de un tema cuya valoración ha variado entre diferentes épocas y contextos socioculturales, la maternidad temprana de alguna forma choca con las expectativas de la sociedad moderna, la cual reserva a la adolescencia una función de preparación para la vida adulta, no compatible con el ejercicio precoz de papeles típicamente adultos como la responsabilidad por la crianza de su hijo. Una interpretación posible y ampliamente aceptada es que, dentro del contexto de la sociedad moderna, el embarazo en la adolescencia constituye un síntoma del fracaso de preparación, que ocasiona la transición prematura a la vida adulta.

El embarazo temprano puede enfocarse como un problema o no en función de la percepción subjetiva de los individuos afectados. Si la propia adolescente y su entorno inmediato, siguiendo sus patrones culturales vigentes, la aceptan como algo normal e incluso deseable, no habría porqué considerarlo un problema. Otros juzgan que este tipo de relativismo cultural es inaceptable, ya sea porque los individuos no siempre son conscientes de las consecuencias de sus acciones, o bien porque consideran que ciertos valores tienen una vigencia universal que trasciende las percepciones individuales de los sujetos, o porque ciertos comportamientos individuales de los sujetos repercuten en la sociedad como un todo. En los Estados Unidos, por ejemplo, uno de los dos motivos principales que hicieron del embarazo en adolescentes un problema de políticas públicas fue la creciente dependencia de las madres adolescentes de fondos públicos, de la seguridad social (UNFPA, 2,001).

Arias, R. y Aramburu, C. E. (1999), recomiendan situar el tema del embarazo en la adolescencia dentro del contexto cultural en el que ocurre. En contextos más tradicionales existe una tendencia a que se realicen uniones más tempranas y que las redes familiares sirvan de soporte a los embarazos precoces o no buscados

Arias, R. y Aramburu, C. E. (Op. Cit., 1999), señalan que en la construcción discursiva femenina de las causas del embarazo adolescente en el Perú, se presentan las siguientes razones: Prueba del amor, falta de información, falta de comunicación con los padres, capricho, deseo de contrariar a los padres, querer permanecer juntos. Evitar que los padres los separen, querer atar al chico, deseo de placer, curiosidad, irresponsabilidad y descuido.

Según Hertz., 1983, mencionado en Salvatierra, V. (1989), existen cuatro grandes patrones psicodinámicos subyacentes:

1. Una relación alterada con la madre, con sentimientos ambivalentes entre el deseo de separación y libertad y la necesidad de dependencia.
2. Una imagen negativa del padre.
3. Experiencias emocionales negativas durante la fase de maduración sexual.
4. Problemas en el proceso de socialización en general, y concretamente una influencia específica del grupo de pares, con reacciones emocionales dirigidas a evitar la soledad y el rechazo.

Diversos estudios (Geronimus, 1987) indican que la mayor parte de los embarazos adolescentes en países más desarrollados ocurren fuera del matrimonio y son privativos de un grupo de mujeres bastante particular. Por lo general, este tipo de embarazo sufre algún tipo de sanción social y generalmente se relaciona con ciertas características psicosociales de las personas afectadas, como el bajo nivel de autoestima, la escasez de control interno y las pocas aspiraciones y expectativas.

3. d.2. El Embarazo adolescente en el Perú: Aspectos Epidemiológicos, Reproductivos y Sociodemográficos

El Plan Nacional de Población 1998 – 2002 del Perú reconoce altas tasas de fecundidad y mortalidad materna y de embarazo adolescente. En 1999 las cifras oficiales reportaban 175,000 madres adolescentes entre 15 y 19 años (INEI, 1999), las tasas de fecundidad adolescente habrían permanecido, a pesar de que el 43% de las adolescentes no quieren un hijo en los próximos dos años (INEI, 1997). Una de cada 5 adolescentes ha tenido de 2 a 4 embarazos antes de los 20 años (MINSA, 1996).

El embarazo adolescente es mucho más frecuente en zonas de mayor pobreza y menor desarrollo; así el embarazo adolescente rural triplica al urbano. En la Selva más de un tercio de las adolescentes ya son madres o están embarazadas, en comparación con sólo un 8% en Lima Metropolitana.

Aunque un 96% de las adolescentes en unión en 1996 conocían métodos modernos de anticoncepción y menos del 9% deseaba un hijo pronto, sólo alrededor de un 32% usaba estos métodos. Un 37% de las adolescentes no unidas y 15% de las unidas recurría a métodos tradicionales. El método más usado por las adolescentes en unión es el ritmo, aunque con escaso conocimiento sobre el ciclo menstrual. El promedio de hijos entre los 15 a 19 años de edad, según la ENDES 2000, es de 2.1 hijos, siendo igual a los promedios de Lima Metropolitana y promedio urbano.

El número de hijos en las adolescentes embarazadas se habría reducido a nivel general, especialmente en Lima y zonas urbanas:

Tabla Nro. 02. Número de hijos de las adolescentes en el Perú.

Edad				Número promedio de hijos	
	0	1	2 +	ENDES 1996	ENDES 2,000
15	99.0	1.1	0.0	0.02	0.01
16	95.3	4.4	0.3	0.06	0.05
17	90.4	8.9	0.8	0.10	0.10
18	81.8	16.8	1.4	0.17	0.20
19	77.7	18.5	3.8	0.34	0.26
Total 2000	89.3	9.5	1.2	0.12	
Total 1996	89.1	9.0	1.9	0.13	

Fuente: ENDES 2,000, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, INEI, Lima.

Ojeda, N. (2,000) en su estudio sobre: “**Aspectos Sociales de las adolescentes atendidas en el Instituto Materno Perinatal – Maternidad de Lima**” en una muestra de 1040 adolescentes embarazadas atendidas en el primer trimestre del año 2,000, señala que la pobreza se ahonda mucho más en los adolescentes, ya que la mayoría de ellas presentan altos niveles de insatisfacción de sus necesidades básicas. En Lima el 48.9% de las madres adolescentes presentan algún nivel de pobreza, empeorando dramáticamente a nivel nacional al alcanzar al 70.5% de ellas.

El desempleo y subempleo, es uno de los principales problemas de la población joven, la pobreza es la que impulsa a acceder cada vez a más temprana edad al mercado laboral y también determina la escasa o nula accesibilidad a los servicios de salud.

La migración rural-urbana ha provocado un desarrollo explosivo de los asentamientos humanos, migración que afecta la estructura y estilos de vida de las familias.

En el campo educativo, la asistencia a los centros educativos es de 74.1%, en los adolescentes de 12 a 17 años de edad

El 75% de las entrevistadas, fluctúan entre 17 y 19 años de edad, y el 25% son menores de 16 años. El 62% de sus parejas fluctúan entre los 21 a 40 años y el 38% son menores de 20 años. Con relación al estado civil, el 43% de adolescentes son madres solteras, el 54% viven en unión libre y/o convivencia viviendo juntos en casa de los padres dependiendo económicamente y el 3% son familias legalmente constituidas, algunas veces matrimonios forzados o de compromiso.

El 62% de adolescentes son natural de Lima, gran porcentaje son migrantes y el 38% proceden de los diferentes departamentos de la capital. El 27% de las adolescentes residen en el distrito de San Juan de Lurigancho, zona en que existe mayor concentración de asentamientos humanos, pueblos jóvenes, asociaciones, cooperativas y recientes invasiones.

El 23% residen en diferentes distritos del cono norte, en zonas semi-urbanas y en donde también existen asentamientos humanos.

Tabla Nro. 03
Adolescentes atendidas en la Maternidad de Lima (2001) (*)

DISTRITO	Fr.	%
San Juan de Lurigancho	278	27.0
Lima Cercado	82	8.0
La Victoria	63	6.0
San Juan de Miraflores	61	6.0
Independencia	54	5.0
Villa El Salvador	51	5.0
Ate	49	5.0
Rímac	49	5.0
San Martín de Porres	46	4.0
Comas	44	4.0
El Agustino	43	4.0
Chorrillos	41	4.0
Los Olivos	28	2.6
Santiago de Surco	28	3.0
Villa María del Triunfo	21	2.0
Puente de Piedra	19	2.0
Santa Anita	14	1.0
Surquillo	14	1.0
Callao	10	1.0
San Luis	10	1.0
Ventanilla	09	0.8
Barranco	06	0.6
Breña	06	0.6
La Molina	04	0.4
Miraflores	04	0.4
San Borja	03	0.3
Chosica	03	0.3
San Borja	03	0.3
TOTAL	1040	100

El 80% de las adolescentes tiene instrucción secundaria y sólo el 20% ha culminado este nivel.

El 16% ha concluido su instrucción primaria. El embarazo genera el abandono y/o deserción escolar.

* Fuente: Ojeda, N. (2,000): "Aspectos Sociales de las adolescentes atendidas en el Instituto Materno Perinatal – Maternidad de Lima"

El 62% de adolescentes se encuentran desempleadas, dedicadas al hogar, el 10% trabajan desempeñando oficios minoritarios o como empleadas del hogar, el 28% acuden a la escuela a pesar de su embarazo. El tipo de vivienda en la que habita la madre adolescente es de propiedad familiar (84%), es decir viven en condición de alojadas, en casas multifamiliares y hacinadas. El 12% tienen accesibilidad de vivir en casas alquiladas, el 2% declara vivienda propia situados en zonas periféricas, en asentamientos humanos y el 1% viven en calidad de guardianía. La adolescente declara proceder de familia constituida en un 48% y el 38% de familia desintegrada, el 14% pertenece a familias incompletas.

Según este estudio se plantea el siguiente perfil de la madre adolescente:

- La edad de las adolescentes está comprendida entre los 10 a 19 años.
- El 43% son madres solteras.
- Alta tasa de convivencia (54%) y separaciones a futuro.
- Afrontan deserción escolar.
- No tienen acceso al mercado laboral.
- Son migrantes o hijos de migrantes.
- Indocumentada.
- Proviene de familias incompletas desintegradas y extensas.
- Presentan conductas de riesgo.
- Transeúntes, procedentes del interior del país.
- Antecedentes de madre con historia de embarazo en su adolescencia.
- Ingreso al mercado laboral, sin calificación.

Comparando los resultados respectivos de los últimos tres Censos nacionales, apreciamos variaciones importantes, resaltando la notable disminución de las adolescentes casadas de 6,1% en 1972 a apenas el incremento de las solteras, que pasan de 86,7% a 90,7% en el mismo periodo y la duplicación de las separaciones y divorcios que pasan del 0,3% a 0,6% en los años señalados.

Particular mención amerita el caso de las adolescentes en unión (casadas y convivientes) que alcanzan al 6,9% del total de la población femenina adolescente, apreciándose que probablemente la gran mayoría habría asumido dicha situación como consecuencia del Embarazo (INEI, 1993).

Del total de adolescentes de la muestra de Lima(1,242) de la ENDES 1991-92, el 97,0% eran solteras, el 2,0% casadas y 0,6% convivientes o estaban en uniones consensuales.

La mayoría de las adolescentes que eran madres tienen un hijo, siendo el 45,4% madres solteras, el 36,4% casadas y el 13,6% se encontraban conviviendo.

El 47,6% de las adolescentes madres casadas o unidas consensualmente (ver cuadro del anexo), dijo que no quería más hijos, el 28,6% deseaba otro hijo, pero más tarde, y sólo el 14,3% deseaba otro hijo pronto. Al analizar por grupos de edad, la gran mayoría de las mujeres en edad fértil de Lima manifiestan que no desean más hijos (58,3%) y un 13,2% deseaba otro hijo más tarde.

Entre las que manifestaron que se encontraban indecisas el mayor porcentaje se concentra en las adolescentes (9,5%).

El porcentaje de adolescentes que no desea más hijos es significativo (47,6%), sin embargo muchas de ellas no estaban en ese momento controlando su fecundidad, y sólo el 23,8% usaban métodos anticonceptivos modernos.

Además, por el alto nivel de uso del método del calendario o ritmo, pese a la tendencia a ir disminuyendo, es difícil pensar que lleguen a tener solo el número ideal de hijos por ellas deseados.

En el transcurso de las últimas décadas se viene presentando cambios en el estado civil de las adolescentes de Lima. La proporción de adolescentes solteras ha pasado de 86,7% en 1972, a 90,7% en 1993, expresando una tendencia a la prolongación de la soltería. Esto se habría producido en desmedro de las uniones conyugales (casadas y convivientes) de las adolescentes, las cuales han disminuido proporcionalmente de 10,3% a 6,6% en los años anteriormente mencionados. Esta situación de prolongación de la soltería y la disminución de las uniones de las adolescentes obedecería a los nuevos modelos de ser mujer que se estarían construyendo, con la consiguiente transformación paulatina en los roles de género que se vienen presentando en la población, como parte del proceso de modernización del país. La paulatina incorporación de las mujeres al mercado laboral y los mayores niveles educativos alcanzados, contribuye de manera importante a ello.

El nivel de información de los/las adolescentes sobre la sexualidad es insuficiente, no existiendo diferencias sustanciales en los estratos socioeconómicos medio y bajo. Ello evidenciaría las deficiencias de los programas de educación sexual, requiriéndose ajustes importantes para llegar al conjunto de los/las adolescentes, especialmente en los estratos mencionados.

El descenso de la fecundidad ha sido mayor en Lima Metropolitana que en el resto del país. Una de las tasas que más ha descendido es la correspondiente a las mujeres del grupo etáreo de 15 a 19 años, siendo ello importante por ser el grupo en donde se inicia la fecundidad, contribuyendo al descenso de la Tasa Global.

Este descenso de la fecundidad adolescente estaría influenciado por los paulatinos cambios en sus expectativas de realización como mujeres, lo que contribuiría al aumento de la permanencia de las mujeres en el sistema educativo, al incremento del ingreso al mercado de trabajo, al mayor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

Se observa que el fenómeno social de la maternidad adolescente viene incrementándose tanto en cifras absolutas como relativas, a pesar del descenso de la fecundidad. Es decir, el número de hijos por mujer adolescente viene disminuyendo, pero la cantidad de adolescente que tienen hijos ha aumentado incluso porcentualmente, aunque de manera muy ligera, pasando de 6,4% en 1981 a 6,6% en 1993. Esta situación se estaría produciendo por que el uso de métodos anticonceptivos seguros (modernos) por parte

de las adolescentes sexualmente activas es muy bajo, alcanzando a menos de la cuarta parte de ellas.

Existe una relación inversamente proporcional entre el nivel educativo y la fecundidad adolescente, apreciándose que la proporción de adolescentes que tuvieron hijos disminuye a medida que aumenta el nivel de educación.

El uso de métodos anticonceptivos seguros por adolescentes limeñas activas sexualmente es aún bajo. Mientras casi la mitad de ellas no utilizaba ningún método y más de la cuarta parte utilizaban métodos tradicionales, apenas el 23,8% utilizaba métodos modernos. El alto porcentaje de uso de métodos tradicionales se debe, según la misma ENDES, al temor a los efectos secundarios que podrían producir los métodos modernos, y no a problemas de accesibilidad, costo ni oposición del compañero sexual.

El aborto es un fenómeno que ofrece muchas dificultades para la determinación de su magnitud, sobre todo por el carácter de ilegalidad que tiene en nuestro país. La ilegalidad también sería factor principal para la determinación del riesgo existente para la vida de las personas que por interrumpir un embarazo no deseado se someten a dichas prácticas. Los mayores riesgos lo tienen los sectores con menores recursos económicos, y dentro de ellos, las adolescentes, ya que por su condición de pobres y dependientes recurrirían a las prácticas menos seguras.

4. Teorías de la Conducta de Riesgo Adolescente

4. a. Teoría de la conducta problema de Jessor, R y Jessor, S. (1977).

El modelo de Jessor explica el desarrollo de diferentes conductas consideradas como problemáticas durante la adolescencia: el consumo de drogas, la delincuencia o las actividades sexuales prematuras y/o arriesgadas. Esta teoría reconoce que diferentes tipos de conducta desviadas respondían a iguales determinantes. Según los autores, conducta de riesgo es “cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente” (Jessor, 1991).

En el modelo de Jessor considera cinco grupos de factores de riesgo o protección que sirven de marco conceptual general para la conducta de riesgo de los adolescentes. Estos grupos o dimensiones son los siguientes: biológico/genéticos, medio social, medio percibido, personalidad y conducta. Dentro de los factores de riesgo biológico/genéticos considera la historia familiar de alcoholismo y, de protección, la alta inteligencia. Dentro del medio social considera como factores de riesgo la pobreza, la anomia normativa, la desigualdad racial y las oportunidades ilegítimas; de protección, las escuelas de calidad, la familia cohesionada, disponer de recursos vecinales y disponer de adultos interesados. Dentro del medio percibido los factores de riesgo son los modelos de conducta desviada y los conflictos normativos entre padres y amigos; de protección, los modelos de conducta convencional y altos controles de la conducta desviada. Dentro de la personalidad, como factores de riesgo considera la percepción de pocas oportunidades, baja autoestima y la intolerancia a la desviación. Y, dentro de la conducta, como factores de riesgo los problemas con el alcohol y el bajo rendimiento

escolar; de protección, la asistencia a la iglesia y participar en clubes escolares y de voluntarios.

De lo anterior se puede deducir que la conducta de riesgo en adolescentes, es la interrelación entre distintos factores entre sí, aunque también puede ocurrir que uno de ellos por sí solo tenga un efecto directo en la conducta de riesgo del adolescente, indirecto o mediador a través de las distintas conductas de riesgo. Además, el esquema representa la estructura de los factores de riesgo, conducta de riesgo y resultados del riesgo en un momento del tiempo, de modo estático, dado que los cambios pueden darse en todos los elementos de este modelo, y así luego se encuentran en distintas conductas.

La teoría muestra una causalidad recíproca o bidireccional a lo largo de los distintos constructos. Como los resultados dependen de elementos anteriores, como la naturaleza del contexto social y de otros, ello lleva a considerar el cambio de modo dinámico, siendo necesario considerar el paso de los años y la historia (Jessor, Donovan y Costa, 1992, mencionado en Becoña, 1995).

Uno de los aspectos importantes de la teoría de Jessor es que no subraya la responsabilidad en el individuo, sino también del contexto social en causar y mantener muchas conductas de riesgo, con lo que se exige también un cambio en el mismo. Algunos de los factores que para él están en la base de muchas de estas conductas problema son: la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación, por lo que su teoría no sólo es una de las más integrales, incluyendo todo el campo social.

Jessor define a las conductas problema como aquel tipo de actividades que son socialmente problemáticas, que son fuente de preocupación o que se consideran indeseables por las normas convencionales. Además, su ocurrencia provoca respuestas de control; esta respuesta puede ser leve (la reprobación, la amonestación por parte de los adultos o puede ser más severa (por ejemplo, el encarcelamiento).

De acuerdo con esta teoría, “la conducta problema es propositiva, instrumental, funcional”. El adolescente se involucra en ciertos comportamientos problemáticos con el fin de lograr ciertas metas en su desarrollo. La conducta problema puede ser una vía para ganar respeto y aceptación en el grupo de amigos, para establecer la autonomía respecto de los padres, para enfrentarse a la ansiedad o a la frustración, a la anticipación de fracaso, etc.

Para explicar la aparición de la conducta problema, Jessor apela a distintos sistemas de influencia psicosocial que actuarán entre sí de manera compleja.

En primer lugar, el modelo presenta una serie de variables “antecedentes” que sirven de “telón de fondo” para la aparición de otras influencias más directas. Entre esas variables se encuentran factores de carácter sociodemográfico (estructura familiar, ocupación y educación de los padres) y factores relacionados con experiencia de socialización (ideología en los padres, clima familiar, la exposición a los medios de comunicación).

El núcleo de la teoría está representado por la interacción entre dos tipos de factores: personales y socioambientales. Estos componentes reciben el nombre de “sistemas de personalidad” y “sistema de ambiente percibido”. Cada uno de estos sistemas está configurado por diferentes factores. Algunos de ellos serán más distales y otros serán más próximos a la conducta problema. Además, algunos de ellos serán factores que favorecen la conducta problema y otros serán factores inhibidores.

Dentro del sistema de personalidad nos encontramos con tres tipos de variables. La llamada “estructura motivacional” que hace referencia a los objetivos por los que lucha el individuo y las expectativas para lograrlos. Se incluyen aquí el valor concedido al rendimiento académico o a la independencia. El sujeto estará en riesgo de conducta problema si la independencia de los padres es una meta fundamental, si el rendimiento académico es poco valorado o si tiene bajas expectativas de éxito en el mundo escolar.

Un segundo conjunto está representado por la “estructura de creencias personales”, En él se integran distintas creencias sobre la sociedad, sobre el propio individuo y sobre las relaciones entre el individuo y la sociedad. Forma parte de esta estructura la autoestima, el inconformismo, la alineación respecto de la sociedad convencional y el lugar de control.

El sujeto será vulnerable a la conducta problema si es crítico respecto a la sociedad y está culturalmente alienado de ella, si tiene una baja autoestima y si presenta un control externo (y, por tanto, no percibe que las conductas convencionales sean recompensadas y que sus conductas desviadas sean castigadas).

Finalmente, en el sistema de personalidad nos encontramos con otros factores más próximos a la conducta problema, referidos a las actitudes hacia la desviación (“estructura personal de control”).

Habrà riesgo de conducta problema si el adolescente es tolerante hacia la desviación; la religiosidad será un factor inhibidor de la conducta desviada.

En cuanto al componente socioambiental, Jessor da especial importancia a la dimensión subjetiva del ambiente, es decir, al ambiente tal como es percibido por el sujeto. En él se integran dos subcomponentes. La estructura “distal” hace referencia a la orientación del adolescente hacia su familia o hacia sus amigos. En la estructura distal se incluyen seis variables (apoyo percibido por parte de los padres y por parte de los amigos, controles percibidos por parte de los padres y por parte de los amigos, compatibilidad entre padres y amigos). El sujeto será más vulnerable a la conducta problema si está más influenciado por sus amigos que por sus padres.

En la llamada estructura “próxima” se incluyen variables más directamente relacionados con la conducta problema. Estas variables se refieren a la prevalencia y a la aceptación de la conducta problema en los contextos psicosociales. La integración en contextos en los que se realiza y se aprueba las conductas desviadas, conducen a la aparición de conductas problema en el individuo.

El intergrupo entre los factores personales y el ambiente percibido dará lugar a un patrón de conductas desviadas ("estructura de conducta problema"). Estas dos estructuras se inhiben mutuamente. Además, dentro de cada una de ellas, las conductas están relacionadas entre sí. Los individuos con una estructura conductual problemática mostrarán diferentes modalidades de comportamiento desviado y, asimismo, las conductas convencionales covarían positivamente entre sí.

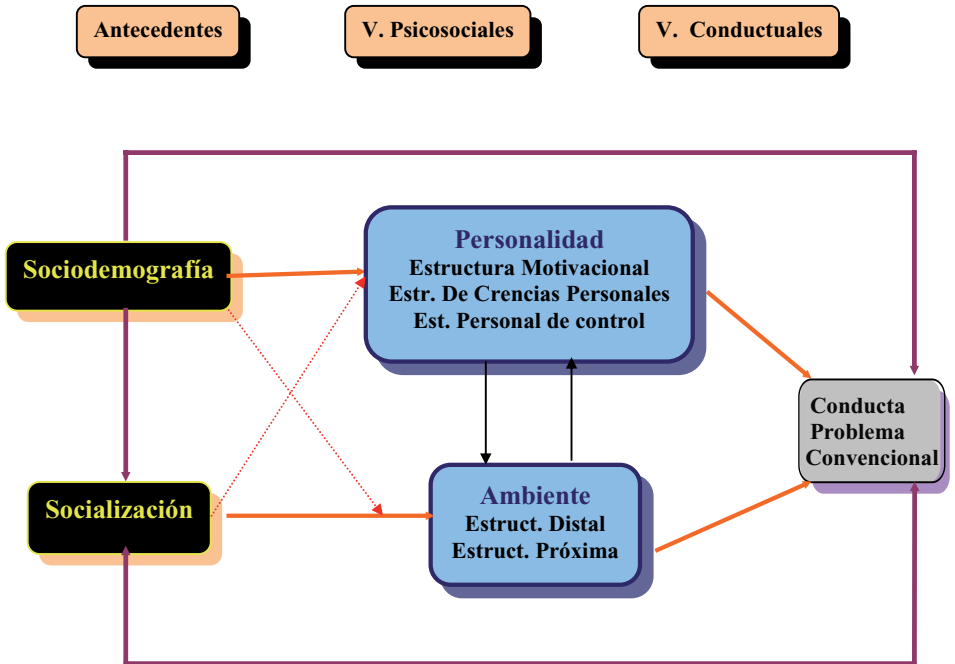
Tal y como reconocen sus propios autores, el modelo de la conducta problema es complejo, abarcando numerosos campos y factores de influencia. Recientemente Donovan, 1996, ha sugerido la necesidad de ampliarlo para incorporar nuevos elementos, por ejemplo, los factores de disciplina familiar o variables personales relacionadas con el autocontrol (impulsividad, búsqueda de sensaciones, demora de la gratificación).

La teoría de Jessor es uno de los primeros modelos multivariados en torno a la conducta problema y también uno de los más influyentes y continúa enriqueciéndose con nuevas investigaciones.

Jessor (1991) señala que "fumar, beber, conducción peligrosa de vehículos o actividad sexual temprana pueden ser formas de ganar la aceptación y respeto de los pares; en establecer autonomía en relación a sus padres, en repudiar la autoridad convencional, sus valores y normas, en manejar su ansiedad, frustración y anticipación del fracaso o en afirmar su madurez y mostrar la transición de la niñez a la adultez". La posición de Jessor no se orienta a justificar la permanencia de estas conductas sino a destacar la complejidad de la intervención para que logre ser efectiva.

Gráfico Nro. 07

Esquema de la Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1991)



4. b. Teoría de la resiliencia y el riesgo

La teoría de resiliencia y riesgo trata de explicar por qué algunas personas responden mejor al estrés y la adversidad que otras. La teoría de resiliencia arguye que hay factores internos y externos que protegen contra el estrés social o el riesgo a la pobreza, la ansiedad o el abuso. Si un niño cuenta con factores protectores fuertes, podrá resistir las conductas poco saludables que a menudo resultan de estos elementos de estrés o de riesgo. Los factores de protección interna incluyen la autoestima y el control interno, mientras que los factores externos son principalmente el apoyo social de la familia y la comunidad, tales como modelos positivos o servicios de salud (Luthar y Zigler, 1991; Rutter, 1987). De acuerdo a Bernard (1991), las características que distinguen a los jóvenes adaptables son la capacidad social, las habilidades de resolución de conflictos, autonomía y tener un sentido de propósito. Aunque el medio social de estos individuos está marcado por el riesgo, también tienen “cualidades protectoras, incluyendo personas que se preocupan y les apoyan, grandes expectativas y oportunidades de participación y compromiso.” (Meyer y Farrell, 1998).

La teoría resiliencia y riesgo provee una parte importante del enfoque de habilidades para la vida:

- Las habilidades socio-cognitivas, la aptitud social y las habilidades de resolución de conflictos sirven como mediadores de conductas, tanto positivas como negativas. En otras palabras, los programas de habilidades para la vida diseñados para prevenir conductas problemáticas específicas (por ejemplo, actividad sexual de alto riesgo, rechazo social) o promover conductas positivas específicas (por ejemplo, relaciones sanas con los pares, adaptación positiva en la escuela) no se ocupan simplemente de la conducta directamente. Más bien, acrecientan las aptitudes o habilidades que han demostrado ser mediadoras de las conductas.
- Es aparente que no hay una relación directa entre los factores de riesgo y los resultados conductuales. “Descubrimientos recientes en la epidemiología conductual indican que los problemas sociales y psíquicos y las conductas de alto riesgo a menudo ocurren en forma concurrente como un patrón organizado de conductas adolescentes de riesgo.” (Greenberg y cols., 1999, pág.4). Aquellos programas que enseñan habilidades emocionales y sociales tuvieron efectos positivos en diversas esferas, tales como la disminución de la agresividad en los muchachos, disminución de suspensiones y expulsiones, disminución del uso de drogas y la delincuencia, mejora en las calificaciones en los exámenes académicos y aumento de los lazos positivos con la escuela y la familia (Hawkins y cols., 1992). De esta forma, los programas de habilidades para la vida están dirigidos y ejercen influencia en múltiples conductas.
- Muchos de los factores de riesgo que amenazan la salud y bienestar de los adolescentes (pobreza, enfermedad mental en miembros de la familia, injusticia racial) están fuera del alcance de lo que la mayoría de los programas de salud y prevención pueden lograr. Los programas de habilidades para la vida pueden

dirigirse a los factores mediadores que pueden influenciar la salud y el bienestar, según lo ha demostrado la investigación.

4. c. Teoría del desarrollo de las habilidades sociales.

Los años de la adolescencia representan una época muy desafiante, ya que las relaciones con los padres, los pares y otras personas se hacen muy complejas. Las interacciones sociales efectivas son un factor crítico para funcionar exitosamente en el hogar, en la escuela y en el trabajo.

Una perspectiva de las habilidades sociales, que las enlaza directamente con los resultados de la conducta, es el modelo de déficit de habilidades. Este modelo presenta la hipótesis de que los niños que no desarrollan habilidades para interactuar de una manera socialmente aceptable temprano en la vida son rechazados por sus pares, y se enfrascan en conductas poco saludables (violencia, abuso del alcohol y otras drogas, etc.). Uno de los mejores pronosticadores de los delinquentes crónicos y de la violencia en la adolescencia es la conducta antisocial en la niñez (Pepler y Slaby, 1994). La investigación también indica que cerca de la mitad de los niños jóvenes que se ven rechazados por sus pares no tienen déficit social sino más bien un alto grado de agresividad aprendido en casa (Patterson, 1986). Estos niños tienen la tendencia a responder al rechazo de sus pares con agresión, iniciando un ciclo de comportamiento agresivo y de agresión a sus pares que va en aumento conforme estos niños crecen (Bierman y Montimy, 1993). Los jóvenes que carecen de habilidades sociales pueden formar bandas, reforzando de esta manera el aislamiento de sus pares y sus conductas insalubres. De esta forma, los niños que no aprenden a compartir sus juguetes, sonreír a sus compañeros y turnarse durante el juego en la edad preescolar pueden encontrarse involucrados en un grupo definido por los pleitos y el abuso de alcohol y otras drogas durante la adolescencia.

Desde una perspectiva de prevención y promoción de la salud, la investigación apoya el desarrollo de habilidades, incluyendo la comunicación aserción, rechazo y negociación.

- En el área de prevención de conductas sexuales de alto riesgo, las intervenciones han combinado el conocimiento basado en la educación con la capacitación en habilidades sociales, incluyendo la enseñanza de la negociación y el rechazo para producir cambios, y la conducta anticonceptiva de los adolescentes (Nangle y Hansen, 1993). En la investigación se ha determinado que los problemas relacionados con la actividad sexual del adolescente (poco uso de anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y embarazo de adolescentes) están asociados con la falta de habilidades de comunicación, habilidades de aserción y habilidades para la solución de problemas.

La toma de perspectiva y la empatía son dos habilidades sociales críticas. En tanto que la investigación defiende la idea de que la conciencia social de los niños se inicia desde una perspectiva egocéntrica, también se ha establecido que aun los niños pequeños tienen conciencia de los sentimientos de los demás y, a menudo, responden a la preocupación de otros basados en su nivel de entendimiento de la empatía. En los programas sobre la prevención de la violencia se ha enseñado con éxito las habilidades

específicas que unen las habilidades de toma de perspectiva y empatía con conductas apropiadas. Los jóvenes muestran un mayor desarrollo de las habilidades para identificar y relacionarse con los sentimientos de otra persona si un modelo de la vida real muestra empatía en una situación de aflicción (Feshbach, 1982, Shure y Spivack, 1988). Guiar a los niños a practicar estas respuestas de empatía durante condiciones de conflicto puede desarrollar hábitos de pensamiento y sentimientos acerca de las perspectivas de otras personas y sus sentimientos, y puede ayudarles a encontrar soluciones no violentas en vez de recurrir a la agresión (Slaby y Guerra, 1998).

4. d. Teoría del Aprendizaje Social (OPS, 2001)

Bandura (1978), planteó una serie de conceptos que son importantes para la comprensión de enfoques individuales con relación a la adopción de conductas de enriquecimiento de la salud. El concepto organizacional de determinismo recíproco sugiere una dinámica y continua interacción entre la persona con la conducta enriquecedora de salud y con el medio ambiente en el cual se lleva a cabo la conducta. El determinismo recíproco enfatiza la importancia de asegurarse un ambiente que provea oportunidades y apoyo social para la adopción de la conducta saludable.

Entre los conceptos formulados por Bandura como importantes para la promoción de conductas saludables están:

- La capacidad de conducta, asegura que las intervenciones de salud proveen a los individuos el conocimiento y las habilidades para ejecutar una conducta específica.
- La expectativa, afirma que las intervenciones en salud enfatizan los beneficios y resultados positivos de la conducta enriquecedora de la salud.
- El aprendizaje por observación, asevera que las intervenciones de salud incluyen modelos creíbles y coherentes de conducta saludable y que contengan beneficios positivos.
- La auto eficacia, sostiene que las intervenciones de salud aumentan la confianza del individuo en su habilidad para realizar la conducta especificada.
- Determinismo recíproco, según este principio los comportamientos son el resultado de interacciones entre la persona y su entorno y que las intervenciones incorporan acciones relacionados con el entorno.

La teoría de Bandura propone que las personas se comprometerán en el cambio de conducta, siempre y cuando:

- Se sientan capaces de adoptar la nueva conducta o, en otras palabras si se creen auto eficaces.
- Crean que los resultados de la conducta serán positivos y que recibirán beneficiosos.

Esta teoría es importante para el diseño de programas de salud debido a su demostrada capacidad en la explicación de múltiples conductas de riesgo y de salud en las diversas culturas.

4. e. El Modelo de Creencias en la Salud

Durante los últimos 40 años, los investigadores de salud desarrollaron este modelo para comprender y predecir la conducta de los individuos con relación a la prevención de las enfermedades, el uso de servicios de salud, retrasos en la búsqueda de cuidados de la salud y cumplimiento de las recomendaciones médicas. De acuerdo con el Modelo de Creencias en Salud, la conducta de un individuo es determinada por la comprensión que éste tiene de:

- La percepción de la severidad de la enfermedad,
- La percepción de la susceptibilidad a la enfermedad o condición,
- La creencia de que una acción es eficaz para reducir la severidad de una enfermedad o su susceptibilidad a la enfermedad o condición, y
- Avisos para tomar acción.

Este modelo sugiere que si las personas poseen la información sobre la severidad de la enfermedad y su propia susceptibilidad a la misma, adoptarán la conducta saludable si perciben que la conducta recomendada es efectiva (Donohew y cols., 1991; Smith y cols., 1993).

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1.- Identificación y delimitación del Problema

A nivel mundial, la población adolescente asciende a más de mil millones; según datos de las Naciones Unidas, cada año, 15 millones de adolescentes tienen un hijo, siendo la tasa de mortalidad infantil entre las madres menores de 20 años 1.5 veces más elevada que entre las madres de 20 – 29 años. De las adolescentes casadas del grupo de edad de 15 - 19 años en los países en desarrollo, se producen cerca de 4.4 millones de abortos anuales, y uno de cada 20 adolescentes contrae infecciones de transmisión sexual (ITS).

La adolescencia es un proceso que transcurre desde la niñez a la adultez, se extiende entre los 10 y los 20 años. Se caracteriza por rápidos cambios físicos, psíquicos, emocionales y sociales, lo que explica que el adolescente, en la mayoría de las culturas, sea una persona en crisis, hecho que implica acomodación a una situación nueva; que comprende: duelos por la infancia y por los padres idealizados, pasaje de la etapa del juego a la del trabajo, de la posición de hijo a la de padre, de lo familiar a lo extra familiar; adquisición de nuevas funciones y habilidades sociales, comportamientos y placeres (Larguía, A.E., 1999).

El estado biopsicosocial inestable en la adolescente, tal vez explique la poca eficacia personal percibida en las madres adolescentes y una mayor incidencia de baja autoestima, stress, depresión, suicidios; sin embargo, no estamos plenamente seguros de que estos problemas psicológicos sean la consecuencia del embarazo, o causa y consecuencia a la vez (Salaverry, O., 1999).

Los embarazos no deseados son uno de los principales riesgos asociados a la práctica de la sexualidad en la adolescencia. Los factores que aumentan este riesgo son; entre otras

razones: la ausencia de habilidades sociales o de autocontrol para exigir la utilización de métodos anticonceptivos a su pareja.

Algunos autores han señalado que entre los aspectos psicológicos que se han podido evidenciar en las adolescentes embarazadas están los problemas de la personalidad, las emociones, el desarrollo, las pocas expectativas en el futuro, el poco autocontrol, la dificultad para interactuar, la necesidad de reconocimiento y de amparo, la poca tolerancia al stress y la dificultad para sostener criterios y opiniones. Es importante para el conocimiento psicológico el tener información de cómo las adolescentes embarazadas interactúan, de cómo se encuentran las capacidades de expresar ideas, opiniones, actitudes, emociones y cómo hacerlo de la manera más adecuada, así como tolerar el stress, las frustraciones y cómo es esta interrelación compleja en la adolescente embarazada.

Existen problemas en las habilidades sociales, tales como bailar, actuar en juegos de sociedad y mantener una conversación. Problemas de etiqueta, de saber hacer lo que socialmente corresponde en una cita o en una fiesta en que intervienen personas de ambos sexos. El amor, el sexo y la relación con los superiores requieren determinadas habilidades sociales (como por ejemplo, mantener una conversación, saber escuchar, integrarse a un grupo), habilidades afectivas (resolver el miedo, expresar afecto, comprender los sentimientos de los demás) y habilidades útiles para afrontar el stress (resolver la vergüenza, prepararse para mantener una discusión difícil, enfrentarse al fracaso) (Goldstein, et. al., 1989). De otro lado, se ha demostrado (Loli, A, 1986) que la sexualidad de la adolescente está en formación y se caracteriza por un riesgo de: déficit en el conocimiento, actitudes distorsionadas y negativas, así como prácticas sexuales sin protección.

La edad en la embarazada adolescente siempre ha originado grandes preocupaciones debido a que la temprana adolescencia se acompaña de limitaciones y déficit biológicos, psicológicos y sociales. El supuesto es que a menor edad habría menores valores y déficit en habilidades sociales y en el área de la sexualidad.

Diversas investigaciones (Moyano, M., 2000), han enfatizado que una de las características educativas de la adolescente embarazada es que no tiene un nivel educativo acorde a lo esperado, generalmente tienen educación primaria o secundaria incompleta. Suponemos que el grado de instrucción de las madres adolescentes se correlaciona con el déficit en conocimientos y habilidades sociales.

En relación al estado civil, lo que se ha observado es que más del 80% de adolescentes embarazadas conviven o no están casadas, suponemos encontrar esta misma tendencia en la muestra estudiada

Se ha observado que un alto porcentaje de adolescentes embarazadas son primíparas y en menor porcentaje múltiparas; suponemos que las adolescentes primíparas presentarán valores diferentes en habilidades sociales y conocimientos sexuales que las múltiparas, en comparación a las adolescentes no embarazadas.

La estructura familiar es un condicionante importante en el origen y evolución del embarazo adolescente, suponemos que la familia incompleta se presentará con mayor frecuencia en las adolescentes embarazadas y esta se correlacionará de manera significativa con el déficit en las habilidades sociales y en la sexualidad

2.2. Formulación del Problema

Siendo importante en la vida de las adolescentes embarazadas, la sexualidad y la manera cómo interactúan con los demás en un contexto social dado, interesa saber cómo son las habilidades sociales y su relación con la sexualidad (comportamiento, actitudes y conocimientos sexuales) en la adolescente embarazada. Preasumiendo que las habilidades sociales y la sexualidad se encuentran en déficit y tienen relación con el embarazo adolescente, planteamos el siguiente problema:

¿En que medida las habilidades sociales se relacionan con la sexualidad entre las adolescentes embarazadas y no embarazadas?

2.3.- OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación entre las habilidades sociales y la sexualidad de las adolescentes embarazadas y no embarazadas.

Objetivos Especificos

1. **Describir las habilidades sociales** en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada.
2. **Describir la sexualidad** en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada.
3. Establecer las relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada, de acuerdo a la **edad**.
4. Establecer las relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada, de acuerdo al **grado de escolaridad**.
5. Establecer las relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada, de acuerdo al **estado civil**.
6. Establecer las relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada, de acuerdo a la **estructura familiar**.
7. Establecer las relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en la adolescente embarazada, de acuerdo a la **primiparidad y biparidad** (multiparidad).

2.4.- Justificación de la Investigación

El embarazo y la maternidad de adolescentes son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí (Núñez, N., 1999). El embarazo en la adolescente es una situación muy especial, pues se trata de madres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madre. La fecundidad adolescente sigue siendo objeto de preocupación, tanto porque presenta una mayor resistencia a la baja como porque entraña importantes dificultades para los niños, los progenitores y sus familias. Una hipótesis invocada para explicar la resistencia en la baja de la fecundidad de los y las adolescentes atribuye este hecho a la creciente permisividad sexual de las sociedades. (Villa, M., 2,000).

Las habilidades sociales jugarían un papel importantísimo en nuestra calidad de vida. Una persona con habilidades sociales ajustadas disfruta de un bienestar emocional más adecuado que aquella que no las ha incorporado a su comportamiento cotidiano. Presumimos que tales habilidades sociales están en déficit en las embarazadas adolescentes.

Los y las jóvenes se encuentran en un momento crucial de sus vidas; están enfrentados a tomar decisiones, a comunicarse con otros, a abrirse al mundo, por lo tanto a desarrollar y usar los recursos personales que cada uno/a dispone.

En muchas ocasiones nos "cortamos al hablar", no sabemos pedir un favor, nos cuesta ir solos a realizar actividades sencillas, no podemos comunicar lo que sentimos, no sabemos resolver situaciones con los amigos, o con la familia, puede ocurrir que no tengamos amigos, no sabemos responder a una propuesta sexual y podemos temer el dar una respuesta que afecte a nuestro compañero, no disfrutamos de los afectos, de los sentimientos sin desear el tener un contacto sexual y menos tener un embarazo en esta etapa.

La importancia de lograr una adecuada interacción social radica en que el individuo logre sentirse bien consigo mismo, que su autoestima mejore y emita comportamientos reflexivos y adecuados frente a sus problemas.

El aumento del interés por desarrollar en niños y jóvenes habilidades sociales, ha sido fundamentado por investigaciones actuales que han demostrado la importancia de la competencia social para la adaptación tanto en la infancia como en la vida adulta.

La importancia de la presente investigación se justifica por las siguientes razones:

1. Se obtendrá una descripción de las habilidades sociales, de la sexualidad y su correlación (conocimientos, actitudes y comportamiento sexual y reproductivo); en este sentido, se justifica porque obtendrá relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad de la embarazada adolescente.

2. Se obtendrá igualmente datos relativos a las habilidades sociales y la sexualidad de acuerdo a las siguientes variables: edad, el grado de escolaridad, estado civil, primiparidad y biparidad y estructura familiar en la embarazada adolescente.
3. Permitirá contrastar hallazgos de una serie de variables sociodemográficas de la embarazada adolescente encontrados en otros estudios, básicamente nacionales.
4. Metodológicamente plantea un diseño en el cual se plantea un grupo de contraste con el fin de realizar análisis comparativos y diferenciales de la embarazada adolescente con la población adolescente sin embarazo.
5. Utiliza instrumentos idóneos y válidos.
6. Los resultados servirían como referencia del trabajo que realiza el estado y la sociedad civil con las adolescentes embarazadas.

CAPITULO III

FORMULACION DE HIPOTESIS

Hipótesis General

Existen correlaciones significativamente menores entre las habilidades sociales y la sexualidad en las adolescentes embarazadas, en comparación a las adolescentes no embarazadas.

Hipótesis Especificas

Hipótesis Nro. 01: Existen diferencias significativas en las adolescentes embarazadas en comparación a las adolescentes no embarazadas.

Hipótesis Nro. 02: Las adolescentes embarazadas presentan valores significativamente menores en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales y reproductivos, a diferencia de las no embarazadas.

Hipótesis Nro. 03: Las adolescentes embarazadas presentan déficits significativos en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable edad.

Hipótesis Nro. 04: Las adolescentes embarazadas presentan déficit significativo en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable grado de instrucción.

Hipótesis Nro. 05: Las adolescentes embarazadas solteras presentan déficits significativos en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes no embarazadas solteras.

Hipótesis Nro. 06: Las adolescentes embarazadas primíparas presentan déficit significativo en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes embarazadas múltiparas.

Hipótesis Nro. 07: Las adolescentes embarazadas presentan déficits significativos en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable estructura de familia.

Hipótesis Nro. 08. Las adolescentes embarazadas presentan valores significativamente bajos en los conocimientos, actitudes y comportamiento sexual y reproductivo a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable edad.

Hipótesis Nro. 09: Las adolescentes embarazadas presentan valores bajos en los conocimientos, actitudes y comportamiento sexual y reproductivo a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable grado de instrucción.

Hipótesis Nro. 10: Las adolescentes embarazadas solteras presentan valores significativamente menores en los conocimientos, actitudes y comportamiento sexual y reproductivo a diferencia de las adolescentes no embarazadas solteras.

Hipótesis Nro. 11: Las adolescentes embarazadas primíparas presentan valores significativamente menores en los conocimientos, actitudes y comportamiento sexual y reproductivo a diferencia de las adolescentes embarazadas múltiparas.

Hipótesis Nro. 12: Las adolescentes embarazadas presentan valores significativamente menores en los conocimientos, actitudes y comportamiento sexual y reproductivo a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable estructura familiar.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1.- Tipo y Diseño de la Investigación.- Se emplea un diseño transversal descriptivo-correlacional (Hernández, R., 2000).

4.2.- Nivel de Estudio

Considerando el objetivo general del estudio, es decir, determinar la correlación de las habilidades sociales y la sexualidad en la embarazada adolescente, se realiza un **Estudio Descriptivo Comparativo Correlacional**, basado en la aplicación de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein y una encuesta de sexualidad (conocimientos, actitudes y comportamiento sexual y reproductivo) a la población muestral seleccionada.

4.3.- Selección y Definición Operacional de las Variables

4.3.1. Variables del Estudio

Variables Dependientes:

- Habilidades Sociales.
- Sexualidad (conocimientos, actitudes y comportamiento sexual y reproductivo)

Variables Independientes:

Se incluyen en el presente estudio las siguientes principales variables relativas al individuo: edad, grado de escolaridad, estado civil, primiparidad, biparidad y estructura familiar.

4.3.2. Variables a Controlar

- Condición de embarazo adolescente.
- Condición de no embarazo adolescente.

4.3.3. Definición Operacional de las Variables

4.3.3.1. Operacionalización del Concepto de Sexualidad en la presente tesis

En la presente investigación, operacionalizamos el concepto de sexualidad teniendo en cuenta “el sistema CAP que es el sistema de investigación para identificar el conocimiento, las actitudes y el comportamiento sexual de una población” (OPS, 2001): los conocimientos, las actitudes y el comportamiento sexual.

a.- Los Conocimientos frente a la Sexualidad

El conocimiento sobre la sexualidad comprende el conjunto de aprendizajes producidos a través de toda la vida, especialmente en la infancia y la adolescencia y se nutre de forma importante de las experiencias y comentarios acaecidos en la familia y en la escuela, tanto a través de los adultos como de sus compañeros / as de estudio. Incluye los conceptos de sexo y sexualidad, fuente de información en sexualidad, opinión de aspectos fisiológicos de la sexualidad, opinión sobre aspectos y cualidades más importantes en una relación de pareja, sobre el período de mayor riesgo para el embarazo, conceptos de ITS, VIH y SIDA.

b.- Las Actitudes hacia la Sexualidad

Las actitudes sexuales son la forma como autopercebimos la sexualidad: positiva, negativa, neutra, responsable, irresponsable, valiosa, peligrosa, etc. Las actitudes se forman a partir de experiencias personales, modelos de personas importantes en nuestra vida y por aquello que se enseña a través del sistema educativo y los medios masivos.

Las actitudes sexuales son influidas por la adecuada o inadecuada información y los valores de la sociedad. Las demandas y las expectativas de la cultura en la cual vivimos, así como, las tendencias morales, religiosas y educativas moldean las actitudes hacia el sexo a través de la vida; de esta manera, la influencia cultural produce una variedad de actitudes hacia el sexo, impactando en otras áreas de las relaciones humanas.

En la presente investigación se incluyen las siguientes dimensiones: autopercepción de la adolescente y el embarazo, autopercepción hacia la sexualidad en general, autopercepción de los problemas y dificultades del embarazo adolescente y autopercepción de la causalidad y atribuciones del embarazo adolescente.

c.- El comportamiento sexual

En este rubro estamos comprendiendo el comportamiento sexual en su acepción genérica que comprenderá las relaciones sexuales y el uso de la metodología anticonceptiva. Específicamente incluye las dimensiones de: inicio de las relaciones sexuales, las relaciones con la pareja y comportamiento reproductivo.


- d.- Embarazo adolescente.-** En la presente investigación se conceptúa como tal al embarazo ocurrido en una mujer que tiene entre 11 a 19 años de edad (UNFPA, 1998).
- e.- Habilidades Sociales.-** Son conductas de las adolescentes evaluadas mediante la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales y comprende: las primeras habilidades sociales, habilidades sociales avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión, habilidades para hacer frente al stress y las habilidades de planificación.
- f.- Sexualidad.-** En el presente estudio se admite y se evalúa a la sexualidad de las adolescentes embarazadas y no embarazadas, mediante los conocimientos, actitudes y prácticas o comportamiento sexual y reproductivo.
- g.- Edad.-** Adolescentes embarazadas que se ubican en las edades de 11 a 19 años de edad.
- h.- Grado de Instrucción.-** Adolescentes embarazadas que se encuentran en el nivel de educación primaria (a partir del 3er. grado) y educación secundaria.
- i.- Estado Civil.-** Las adolescentes embarazadas tienen la condición civil de soltería, casada o convivientes.
- j.- Paridad.-** Las adolescentes embarazadas son primíparas (tienen un solo embarazo), múltiparas (tienen dos o más embarazos).
- k.- Estructura Familiar:** En la presente investigación se plantea este constructo refiriéndose a la siguiente estructura:
- a. Mamá, papá y hermanos.
 - b. Sólo mamá, papá y yo.
 - c. Sólo mamá y hermanos.
 - d. Sólo papá y hermanos.
 - e. Sólo papá, madrastra y hermanos.
 - f. Sólo mamá, padrastro y hermanos.
 - g. Tía/Tío, hermanos y primos.
 - h. Otro.

4.4. Universo, muestra y unidades de análisis

4.4.1. Descripción de la muestra

El universo en estudio está representado por la población de embarazadas adolescentes atendidas en dos Hospitales de Lima: Instituto Materno Perinatal (Ex Maternidad de Lima) y el Instituto Materno Infantil (Ex Hospital San Bartolomé).

Tabla Nro. 04
Población y muestra principal de los 2 Hospitales en el año 2001

	Total de embarazos	Total embarazos Adolescentes	- 14 años	15 –19 años	Muestra
IMP (*)	21,001	4384	127	4257	206 (0.07% de error)
San Bartolomé	6828	936	11	925	162 (0.06 de error)
TOTAL	27829	5320	138	5182	368

(*) Servicio de Investigaciones y Desarrollo de Tecnologías del Instituto Materno Perinatal e Instituto Materno Infantil, Estadísticas, 2001.

La muestra de contraste tiene las siguientes características:

- 400 adolescentes de diferentes colegios de educación secundaria de Lima.
- De acuerdo a las estadísticas de ambos centros de salud, la muestra de contraste se ha seleccionado de centros educativos de los distritos de: San Juan de Lurigancho, la Victoria, Comas e Independencia (Colegios nacionales: Antenor Orrego, Isabel La Católica, Estados Unidos, Javier Mariátegui, Gran Bretaña).
- De las edades de entre 11 a 19 años.

Tabla Nro. 05
Conformación de la Muestra de Contraste

Colegios	F	%
Colegio Isabel La Católica	84	20.53
Colegio José Carlos Mariátegui	67	16.38
Colegio Estados Unidos	38	9.29
Colegio Gran Bretaña	63	15.42
Colegio Antenor Orrego	157	38.38
Total	409	100.0

La conformación del **marco muestral** ha requerido disponer de información básica acerca de la tasa de embarazadas adolescentes que se han atendido en el año 2001 en cada uno de los hospitales del estudio.

El muestreo ha sido no probabilístico y el proceso de selección ha sido intencional de tal manera que permite efectuar inferencias estadísticas sólo respecto del universo de la muestra.

El tamaño de muestra se ha determinado considerando el nivel de exactitud en la estimación, tratando de trabajar con el 5% de error y con un nivel de confianza aceptable del 95%.

La composición final de la muestra se ha obtenido en base a la aplicación del sistema de optimización para tamaños de muestra. Se ha utilizado como parámetros los siguientes datos:

- a.- Estimación de la proporción a estudiar: 50%
- b.- Error de estimación: 6-7% (de acuerdo a cada muestra).
- c.- Nivel de confianza: 95% o 99%
- d.- Tamaño de la población: Obtenida con el estadístico correspondiente.

$$n = \frac{p(1-p)}{\frac{e^2}{z^2} + \frac{p(1-p)}{N}}$$

- n: Tamaño deseable de la muestra.
- p: Proporción de la muestra que produce la varianza más grande en una variable dicotoma, es decir, 0.5.
- e: Es el margen de error de estimación que fijamos en este caso 0.05
- Z: Es el valor estándar de la distribución normal que se asocia con un nivel de confianza elegido, 0.95, es decir, 1.96.
- N: Es el tamaño del universo.

Unidades de Muestreo

Las unidades primarias de muestreo son los hospitales y los servicios de maternidad adolescente de Lima Metropolitana: Instituto Materno Perinatal (Ex Maternidad de Lima) y el Instituto Materno Infantil (Ex Hospital San Bartolomé).

Las unidades de análisis o sujetos de referencia para los efectos de digitación e ingreso de información, procesamiento y presentación de resultados están representados por las adolescentes embarazadas y no embarazadas, que constituyen la muestra del universo definido.

Criterios de Inclusión de la Muestra

- a.- Adolescentes embarazadas.
- b.- Adolescentes no embarazadas
- c.- De 11 a 19 años.
- d.- Lugar de vivienda: en Lima Metropolitana.
- e.- Grado de Instrucción: superior al tercer grado de primaria e inferior al nivel universitario.

Criterios de Exclusión de la Muestra

- a.- Adolescentes embarazadas y no embarazadas que no desean responder a la entrevista.
- b.- Adolescentes embarazadas y no embarazadas de quienes sus familiares refieran algún problema mental.
- c.- Grado de Instrucción menor al tercer grado de primaria.
- d.- Ser menor de 12 años de edad.

Grafico Nro. 08

4.4.1. Descripción de la muestra

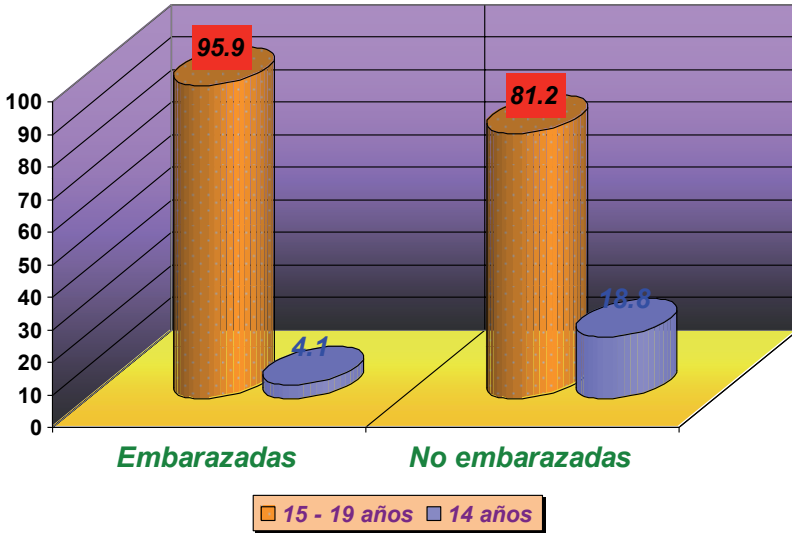


Tabla Nro. 06

Edad	Embarazadas		No embarazadas	
	F	%	F	%
11	01	0.3	00	00
13	00	00	09	2.2
14	14	3.8	68	16.6
15	25	6.8	128	31.3
16	60	16.3	151	36.9
17	86	23.4	42	10.3
18	97	26.4	11	2.7
19	85	23.1	00	00
TOTAL	368	100	409	100
	X: 17.3	D.S.: 1.41	X: 15.4	D.S.: 1.04

En la tabla Nro. 06, apreciamos que la mayor frecuencia de la muestra se encuentra entre los 14 a 17 años de edad, representando el 95.1%. Este rango de edad es superior al encontrado en otras investigaciones (Ojeda, N, 2000; Carrillo, S., y Pérez, B., (2000).

Descripción de la muestra de acuerdo al grado de instrucción
Gráfico Nro. 09

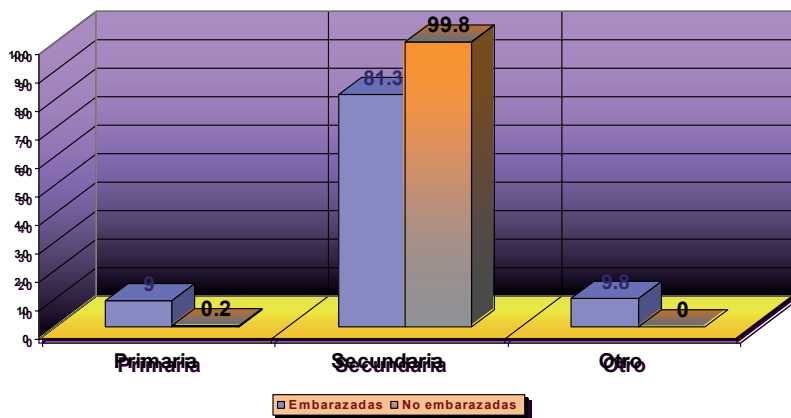


Tabla Nro. 07

Grado de Instrucción	Embarazadas		No embarazadas	
	F	%	F	%
Primaria	33	9.0	1	0.2
Secundaria	299	81.3	408	99.8
Otro	36	9.8	00	00
TOTAL	368	100	409	100
	X: 3.49	D.S.: 0.95	X: 3.0	D.S.: 0.13

En la tabla Nro. 07, apreciamos que el mayor porcentaje de la muestra se ubica en la secundaria, de éste grupo. Las adolescentes no embarazadas se distribuyen en mayor porcentaje en la secundaria (se explica por el hecho que la aplicación del instrumento de sexualidad sólo es posible realizarlo en este nivel educativo), además que se exige tener un mínimo de 11 años, edades que sólo se encuentran en la secundaria. Los hallazgos en el nivel de instrucción se correlacionan con los encontrados por otros investigadores (Salaverry, 1993; Acosta, 2000; Alayo, 2,000; Ojeda, 2000, Rojas, R. 1991, Lucich, E. 1999, Acosta Ch. M., 2000; Carrillo, S., y Pérez, B., (2000).

Descripción de la muestra de acuerdo al estado civil
Gráfico Nro. 10

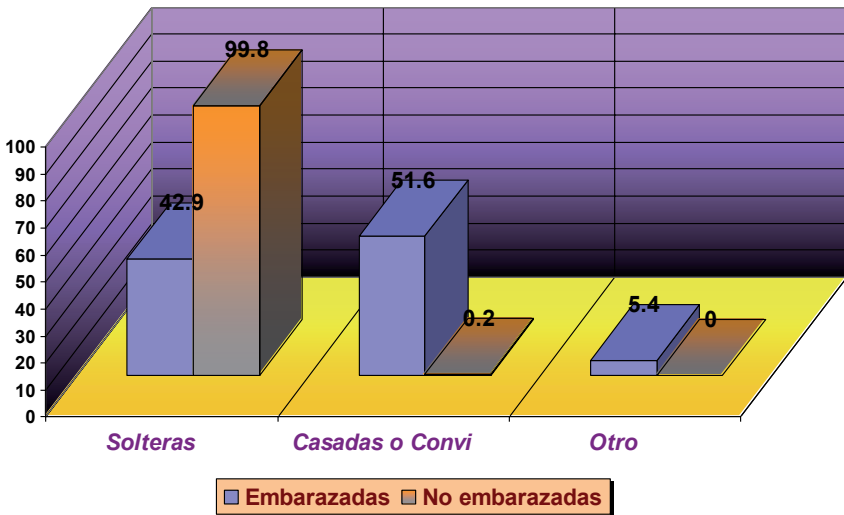


Tabla Nro. 08

Estado Civil	Embarazadas		No embarazadas	
	F	%	F	%
Solteras	158	42.9	408	99.8
Convivientes	166	45.1	00	00
Casadas	24	6.5	01	0.2
Viuda	03	0.8	00	00
Separada	17	4.7	00	00
TOTAL	368	100.0	409	100.0
	X: 4.6	D.S.: 1.40	X: 5.9	D.S.: 0.25

En la tabla Nro. 08, apreciamos que de acuerdo a la variable estado civil, en la presente muestra se ubican en primer lugar las convivientes que junto con las solteras conforman el 48%. Estos hallazgos son coincidentes con los encontrados por Salaverry, 1993; Lucich, 1999; Bernuy, 1995; Acosta, 2000, Alayo, 2,000; Ojeda, 2000, Rojas, R., 1991; Carrillo, S., y Pérez, B., (2000).

Descripción de la muestra de adolescentes embarazadas de acuerdo a la paridad

Gráfico Nro. 11

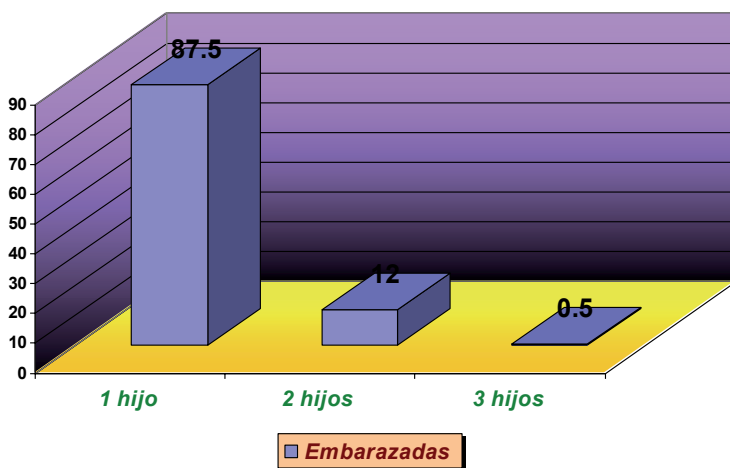


Tabla Nro. 09

¿Qué número de hijo es el presente?	Embarazadas	
	F	%
0	00	0.0
1	322	87.5
2	44	12.0
3	02	0.5
Total	368	100
	X. 1.13	D.S.: 0.00

En la tabla Nro. 09, apreciamos que la mayoría de la muestra son primigestas (87.5%) y 12.5% son múltiparas (2 o más hijos). Salaverry, 1993, encontró que el 36% de las madres adolescentes tienen dos o más hijos. Acosta, 2,000, encontró que el 71.2% de las adolescentes embarazadas ya son primigestas y Carrillo, S., y Pérez, B., (2000), encontraron que el 92.5% de las madres adolescentes de Lima tienen un hijo.

Descripción de la muestra de acuerdo a la estructura de la familia
Gráfico Nro. 12

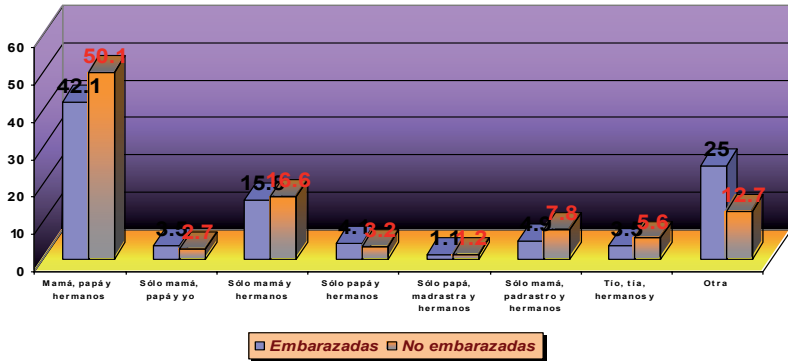


Tabla Nro. 10

La familia con la cual vives actualmente está constituida por:	Embarazadas		No embarazadas	
	F	%	F	%
Mamá, papá y hermanos	155	42.1	205	50.1
Sólo mamá, papá y yo	13	3.5	11	2.7
Sólo mamá y hermanos	58	15.8	68	16.6
Sólo papá y hermanos	15	4.1	13	3.2
Sólo papá, madrastra y hermanos	04	1.1	05	1.2
Sólo mamá, padrastra y hermanos	18	4.9	32	7.8
Tío, tía, hermanos y	13	3.5	23	5.6
Otra	92	25.0	52	12.7
TOTAL	368	100	409	100
	X: 3.72	D.S. 2.93	X: 3.12	D.S. 2.63

La muestra tiene mayoritariamente una estructura familiar conformada por la célula básica: mamá, papá y hermanos (42.1%). En la diferencia (57.9%) se revela una gran variedad de conformaciones en las que predomina la ausencia del padre, en mayor porcentaje la madre sola se hace acompañar de su hijos. Algunas de estas frecuencias se relacionan con las encontradas por Rojas, R. (1991).

Tabla Nro. 11
Descripción de la muestra de acuerdo a las relaciones en la familia

Relaciones en la familia	Embarazadas		No Embarazadas	
	F	%	F	%
Muy buenas	67	18.2	66	16.1
Buenas	155	42.1	147	35.9
Regular	129	35.0	177	43.2
Malas	11	2.9	12	2.9
Muy malas	06	1.6	07	1.7
	368	100	409	100
TOTAL				
	X: 2.28	D.S. 0.85	X: 2.38	DS. 0.85

En la tabla Nro. 11, se observa que las adolescentes embarazadas declaran que en el 60.3% sus relaciones en la familia serían "muy buenas" y "buenas", las describen como mayormente "buenas" (42.1%). Habría un porcentaje bajo de relaciones calificables como "malas" y "muy malas" (4.5%). Las adolescentes no embarazadas, han declarado que las relaciones en su familia son muy buenas y buenas en 52.0%, mayoritariamente expresan que las relaciones en la familia serían "regulares" (43.2%). Pathfinder International (2,000) sugiere que la conducta sexual de los adolescentes tendría como antecedente importante en la estructura de la familia y comunicación entre los padres.

Tabla Nro. 12
Descripción de la muestra de acuerdo a las relaciones familiares

¿Cómo consideras las relaciones en tu familia?	Embarazadas (N: 368)				No Embarazadas (N: 409)					
	Muy buena %	Buena %	Regular %	Malas %	Muy Malas %	Muy buena %	Buena %	Regular %	Malas %	Muy Malas %
Mamá, papá y hermanos	8.42	20.92	12.22	00	0.54	9.53	19.31	19.55	1.46	0.24
Sólo mamá, papá y yo	1.35	0.54	1.35	0.27	00	00	1.71	0.97	00	00
Sólo mamá y hermanos.	2.17	6.25	6.52	0.81	00	2.68	4.88	7.57	0.73	0.73
Sólo papá y hermanos	0.27	1.08	1.35	1.08	0.27	00	1.46	1.22	0.24	0.24
Sólo papá, madrastra y hermanos.	0.27	0.54	00	0.27	00	0.24	0.48	0.48	00	00
Sólo mamá, padrastro y hermanos	0.0	2.17	2.44	00	0.27	0.24	2.44	4.64	0.48	00
Tía/Tóp, hermanos y primos	0.81	1.08	1.35	0.27	00	1.71	1.95	1.95	00	00
Otra (explica)	4.89	9.51	9.78	0.27	0.54	1.71	3.66	6.84	00	0.48

En la Tabla Nro. 12, apreciamos que en ambas muestras cuando en la estructura familiar están presentes ambos padres, las relaciones en las familia son calificadas como “buenas” y “muy buenas”, siendo superior a favor de las no embarazadas.

Independientemente de la condición de embarazo o no, la presencia de ambos padres es mejor. Se destaca como una estructura negativa la presencia en la familia de: “mamá, padrastro y hermanos” (esto ocurre en forma similar en ambas muestras, con pequeñas diferencias).

Otro aspecto interesante es que ambas muestras califican como conflictiva la presencia “sólo del padre y los hermanos”, en comparación a “sólo la madre y los hermanos”.

Tabla Nro. 13
Descripción de la muestra de acuerdo al apoyo brindado por los papás

¿Cuál de tus padres consideras que siempre te ha apoyado más?	Embarazadas		No embarazadas	
	F	%	F	%
Papá	28	7.6	27	6.6
Mamá	171	46.5	209	51.1
Los dos	139	37.8	130	31.8
Ninguno de ellos	13	3.5	23	5.6
Otro (especifique)	17	4.6	20	4.9
TOTAL	368	100	409	100
	X: 2.51	D.S. 0.87	X: 2.51	D.S. 0.89

Frente a la pregunta: ¿cuál de los papás les apoya más?, responden en ambas muestras que la persona que más les apoya es la mamá y en segundo lugar los dos papás. La percepción del apoyo del papá es muy baja (7.6% y 6.6%).

Tabla Nro. 14
Descripción de la muestra de acuerdo al nivel de comunicación

Nivel de comunicación	Embarazadas		No embarazadas	
	F	%	F	%
Siempre	36	9.8	47	11.5
Casi siempre	58	15.8	64	15.6
A veces	206	56.0	195	47.7
Nunca	35	9.5	52	12.7
Casi Nunca	33	9.0	51	12.5
TOTAL	368	100	409	100
	X: 2.92	D.S. 1.0	X: 2.99	D.S. 1.12

Se aprecia que más del 50% (56%) de éstas adolescentes, 25.6% lo hace “siempre” y “casi siempre”, aproximadamente la cuarta parte (18.5%) “nunca” o “casi nunca” se comunica. De acuerdo con estos datos, las diferencias son a favor de las no embarazadas.

Tabla Nro. 15

Descripción de la muestra de acuerdo a la cantidad de años escolares repetidos

Cantidad de años escolares repetidos	Embarazadas		No embarazadas	
	F	%	F	%
Ninguno	187	50.8	285	69.7
1 año	108	29.3	91	22.2
2 años	44	12.0	26	6.4
3 años	21	5.7	07	1.7
Más de 3 años	08	2.2	00	00
TOTAL	368	100	409	100
	X: 0.79	D.S. 1.01	X: 0.40	D.S. 0.69

La presente tabla revela que el 50.8% de la muestra de adolescentes embarazadas no ha repetido ningún año escolar, en comparación al 69.7% de las adolescentes no embarazadas quienes repiten menos (69.7%), el 47% de las adolescentes embarazadas ha repetido de 1 a 3 años, en comparación con la muestra de no embarazadas, quienes repiten menos (30.3%). Si tomamos como indicador de repitencia si repite 3 o más años, entonces el nivel de repitencia escolar es bastante similar al promedio nacional de repitencia (7.19%). (Ministerio de Educación, 1998).

Tabla Nro. 16

Descripción de la muestra de acuerdo al nivel de autoestima

Autoestima	Embarazadas		No embarazadas	
	F	%	F	%
Muy baja	18	4.9	11	2.7
Baja	25	6.8	17	4.2
Mediana	166	45.1	172	42.1
Alta	122	33.2	147	35.9
Muy alta	37	10.1	62	15.2
TOTAL	368	100	409	100
	X: 3.37	D.S. 0.93	X: 3.57	D.S. 0.89

La autoestima en las adolescentes embarazadas de la presente muestra se describe como mayoritariamente “mediana” (45.1%), en segundo lugar, se describe como “alta”; un 11.7% se ubican en los niveles de autoestima baja y muy baja. La comparación de las dos muestras, daría diferencias a favor de las no embarazadas, éstas últimas se describen mejores niveles de autoestima.

Tabla Nro. 17
Descripción de la muestra de acuerdo a la expectativa acerca del número de hijos

Expectativa acerca del número de hijos	Embarazadas		No embarazadas	
	F	%	F	%
1 hijo	78	21.2	25	6.1
2 hijos	174	47.3	167	40.8
3 hijos	24	6.5	14	3.4
Los que Dios mande	42	11.4	97	23.7
No he pensado	50	13.6	104	25.4
Ninguno	00	00	02	0.5
TOTAL	368	100	409	100
	X: 2.49	D.S. 1.31	X. 3.23	D.S. 1.38

La presente muestra de adolescentes embarazadas tiene como expectativa mayoritaria (68.5%) el tener entre 1 o 2 hijos, es bajo el porcentaje de adolescentes que desean tener 3 hijos (6.5%); sin embargo, 13.6% “no ha pensado” cuantos hijos tendría. Las adolescentes no embarazadas, presentan menos porcentajes en relación a la expectativa del número de hijos. Las adolescentes embarazadas desean tener más hijos que las no embarazadas.

Tabla Nro. 18
Descripción de la muestra de acuerdo al lugar de nacimiento

Lugar de nacimiento	Embarazadas		No embarazadas	
	F	%	F	%
Lima	287	78.0	319	78.0
Provincias	81	22.0	90	22.0
Total	368	100	409	100
	X: 1.22	D.S. 0.41	X: 4.63	D.S. 1.20

En la tabla Nro. 18, en relación a la distribución de ambas muestras, se aprecia una similitud en los porcentajes de limeñas y provincianas

Tabla Nro. 19
Descripción de la muestra de acuerdo a la religión

Religión	Embarazadas		No embarazadas	
	F	%	F	%
Católica	278	75.5	270	66.0
No Católica	57	15.5	104	25.4
Ninguna	33	9.0	35	8.6
Total	368	100	409	100
	X: 1.79	D.S. 1.51	X: 2.20	D.S. 1.85

En la tabla Nro. 19, apreciamos una mayor distribución de católicas (75.5%) en las embarazadas adolescentes. Se aprecian más “no católicas” en las adolescentes no embarazadas (25.4%)

Tabla Nro. 20
Descripción de la muestra de acuerdo a si desempeña algún trabajo remunerado

¿Desempeñas algún trabajo remunerado?	Embarazadas		No embarazadas	
	F	%	F	%
No Trabaja	293	79.6	316	77.3
Trabaja	75	20.4	93	22.7
TOTAL	368	100.0	409	100.0
	X: 0.20	D.S. 0.40	X: 0.23	D.S. 0.42

De acuerdo a los datos de la presente muestra, las adolescentes embarazadas no trabajan en más de $\frac{3}{4}$ partes (79.6%). A pesar de la edad (20.4%) trabajan. Las actividades en las que trabajan son en: el comercio, ayudando a sus padres en actividades comerciales y actividades domésticas remuneradas.

4.5. Instrumentos de la Investigación

Exploración de los aspectos generales de la muestra

Comprende 13 ítems y obtiene información en relación a: la edad, estado civil, grado de instrucción, desempeño de algún trabajo remunerado, con quién vive actualmente la adolescente embarazada y no embarazada, dinámica de las relaciones en la familia, apoyo de los padres, comunicación dentro de la familia, repitencia escolar, autoestima, plan de vida futuro y expectativas acerca del número de hijos.

4.5.1.- Lista de Chequeo de las Habilidades Sociales

En el marco de la presente investigación, nos interesa describir las habilidades sociales de las embarazadas adolescentes y de las no embarazadas, así como la sexualidad, para lo cual se utilizará la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein, que evalúa las habilidades sociales, personales e interpersonales. Mediante este instrumento se podrá conocer en qué medida las adolescentes son competentes o deficientes en determinadas áreas de las habilidades sociales. El cuestionario consta de 50 habilidades, contenidas en 6 áreas:

- I.- Primeras habilidades sociales.
- II.- Habilidades sociales avanzadas.
- III.- Habilidades relacionadas con los sentimientos.
- IV.- Habilidades alternativas a la agresión.
- V.- Habilidades para hacer frente al stress.
- VI.- Habilidades de planificación.

La Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein fue construida por el Dr. Arnold P. Goldstein en Nueva York (1978) y fue traducida al español inicialmente por Rosa Vásquez (1983) y posteriormente la versión final fue traducida y adaptada a nuestro país por Ambrosio Tomás R. (1983).

El objeto principal de esta lista de chequeo es determinar las deficiencias y competencias que tiene una persona en sus habilidades sociales, además de identificar el uso de la variedad de habilidades sociales, personales e interpersonales. Por otro lado, mediante este instrumento se evalúa no sólo en qué medida las personas son competentes o deficientes en el empleo de una habilidad social, sino también en qué tipo de situaciones lo son. Este instrumento permite obtener información precisa y específica sobre el nivel de habilidad social de un sujeto.

Los grados de uso competente o deficiente de las habilidades sociales se dan en esta lista de chequeo mediante una escala de estimación continua graduada que va de (1), nunca usa la habilidad, a (5), siempre usa la habilidad; tal como se indica a continuación:

- Nunca usa la habilidad.
- Rara vez usa la habilidad.
- A veces usa la habilidad.
- A menudo usa la habilidad.
- Siempre usa la habilidad.

Áreas de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein

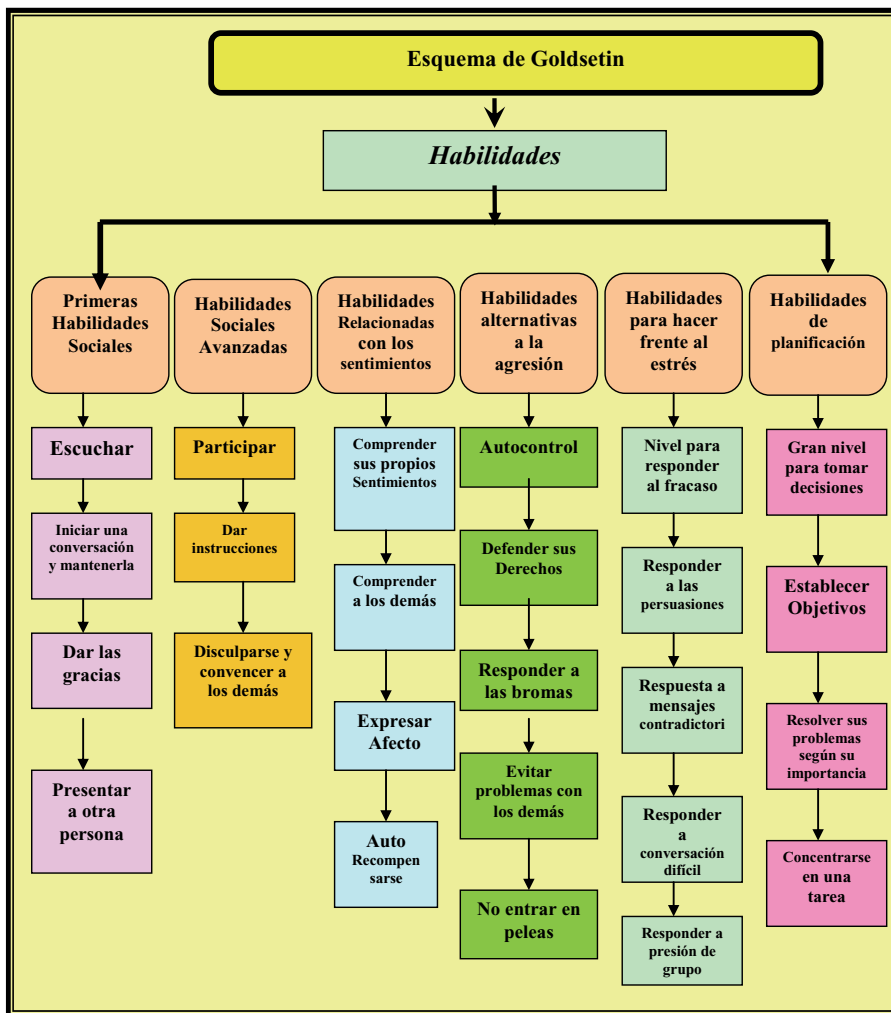
Los ítems derivan de distintos estudios psicológicos que suministraron información acerca de cuáles son las conductas que hacen que los sujetos se desenvuelvan correctamente en diversas situaciones sociales.

Tabla Nro. 21
Composición de los grupos, áreas e ítems de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein

GRUPOS	AREAS	ITEMS
Grupo I	Primeras habilidades sociales.	01 - 08
Grupo II	Habilidades sociales avanzadas.	09 - 14
Grupo III	Habilidades relacionadas con los sentimientos.	15 - 21
Grupo IV	Habilidades alternativas a la agresión.	22 - 30
Grupo V	Habilidades para hacer frente al stress.	31 - 42
Grupo VI	Habilidades de planificación	43 - 50

Su tiempo de aplicación es de aproximadamente 15 minutos y se puede aplicar de manera individual o colectiva a sujetos de 12 años en adelante. En la presente investigación se ha tomado en cuenta este criterio y con un grado de instrucción superior al tercer grado de educación primaria.

Gráfico Nro. 13
Esquema de las Habilidades Sociales de Goldsetin



Calificación

La calificación es un procedimiento simple y directo que se ve facilitado por la estimación que hace el sujeto de su grado competente o deficiente en que usa las habilidades sociales, comprendidas en la lista de chequeo, lo cual indica un valor cuantitativo.

La puntuación máxima a obtener en un ítem es **5** y el valor mínimo es **1**. Es posible obtener los siguientes puntajes de medidas del uso competente o deficiente de las habilidades sociales al usar la escala.

1. El puntaje obtenido en el ítem, el cual va de 1 a 5, nos permite identificar en qué medida el sujeto es competente o deficiente en el empleo de una habilidad social, así como el tipo de situación en la que lo es. Las puntuaciones 1 y 2 indican, en general, un déficit en la habilidad.
2. El puntaje por áreas, el cual indica las deficiencias o logros del sujeto en un área específica, se obtiene sumando los puntajes obtenidos en los ítems comprendidos en cada área del instrumento y determinando su porcentaje respecto al puntaje máximo a obtenerse en dicha área. El criterio para determinar un desempeño promedio es del 50% del puntaje máximo esperado en el área.
3. El puntaje total, que varía en función al número de ítems que responde el sujeto en cada valor es de 1 a 5. Este puntaje como mínimo es 50 y como máximo es 250 puntos.

Descripción de cada una de las áreas

GRUPO I.- Primeras habilidades Sociales.

La muestra tiene un buen nivel de habilidades sociales básicas para interactuar con los demás, tales como: escuchar, iniciar una conversación y mantenerla, dar las gracias, presentarse y presentar a otra persona.

GRUPO II.- Habilidades sociales avanzadas.

Tiene buen nivel de habilidades sociales avanzadas de interacción social, que tienen que ver con participar, dar instrucciones y seguirlas, disculparse y convencer a los demás.

GRUPO III.- Habilidades relacionadas con los sentimientos.

Buen nivel para comprender sus propios sentimientos, comprender a los demás, expresar afecto y auto recompensarse.

GRUPO IV.- Habilidades alternativas a la agresión

Buen nivel para emplear el autocontrol, defender sus derechos, responder a las bromas, evitar problemas con los demás y no entrar en peleas.

GRUPO V.- Habilidades para hacer frente al stress

Buen nivel para responder al fracaso, responder a las persuasiones, enfrentarse a mensajes contradictorios, prepararse para una conversación difícil y hacer frente a las presiones del grupo.

GRUPO VI.- Habilidades de planificación

Nivel elevado de habilidades para tomar decisiones, establecer objetivos, resolver los problemas según su importancia y concentrarse en una tarea.

Validez y confiabilidad de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein

Como Magnuson (1976), Guilford (1984) y Alarcón, R. (1991) señalan, la relación entre un ítem y el test total puede expresarse como un coeficiente de correlación. Ambrosio, T. (1997), encontró los siguientes coeficientes individuales y totales aplicando el Coeficiente de Correlación Producto-Momento de Pearson.

Tabla Nro. 22

Puntajes de correlacion item-test que expresan la validez y confiabilidad de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein (Tomás, A., 1997)

ítem	“r”	“t”	ítem	“r”	“t”	ítem	“r”	“t”
1	0.546	3.531 (***)	18	0.575	3.847(***)	35	0.691	5.412(***)
2	0.615	4.325 (***)	19	0.571	3.802(***)	36	0.522	3.294 (**)
3	0.429	2.474 (*)	20	0.661	4.951(***)	37	0.584	3.945 (***)
4	0.617	4.345(***)	21	0.591	4.029(***)	38	0.686	5.332 (***)
5	0.503	3.109 (**)	22	0.434	2.515(*)	39	0.597	4.098 (***)
6	0.555	3.625(***)	23	0.542	3.496(***)	40	0.544	3.513 (***)
7	0.389	2.170 (*)	24	0.507	3.148(**)	41	0.509	3.169 (**)
8	0.492	3.007 (**)	25	0.580	3.896(***)	42	0.617	4.343 (***)
9	0.601	4.147(***)	26	0.586	3.966(***)	43	0.545	3.523 (***)
10	0.609	4.248(***)	27	0.522	3.292(**)	44	0.651	4.800 (***)
11	0.546	3.536(***)	28	0.595	4.074(***)	45	0.711	5.770 (***)
12	0.512	3.191 (**)	29	0.531	3.384(**)	46	0.764	6.867 (***)
13	0.619	4.374(***)	30	0.612	4.280(***)	47	0.704	5.633 (***)
14	0.448	2.629 (*)	31	0.673	5.126(***)	48	0.650	4.792 (***)
15	0.766	6.893(***)	32	0.641	4.659(***)	49	0.696	5.500 (***)
16	0.534	3.409 (**)	33	0.538	3.445(**)	50	0.536	3.434 (**)
17	0.691	5.421(***)	34	0.626	4.458(**)			
<p>(*) Significativo al $p < 0.5$ (**) Muy Significativo al $p < 0.1$ (***) Altamente Significativo al $p < 0.001$</p>								

Así mismo, cada una de las escalas componentes obtuvieron una correlación positivas y altamente significativas a un nivel de $p < 0.001$, con la Escala Total de Habilidades Sociales, es decir, todas contribuyen de una manera altamente significativa a la medición de las habilidades sociales.

De acuerdo a estos resultados, puede decirse que el análisis garantiza el uso del test como destinado a la medición de las habilidades sociales en nuestro medio

Tabla Nro. 23
Puntajes de correlación escala-test Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein (Tomás, A., 1997)

Escala Total	H.S. - I	H.S. - II	H.S. - III	H.S. - IV	H.S. - V	H.S. - VI
“ γ ”	0.769(**)	0.739(**)	0.786(**)	0.756(**)	0.871(**)	0.799(**)
“ τ ”	11.918	10.878	12.575	11.441	17.511	13.183
(**) Diferencias altamente significativas al $p < 0.001$						

Tomás, A., (1997), realizó la PRUEBA DE CONFIABILIDAD TEST-RETEST mediante el Coeficiente de Correlación Producto-Momento de Pearson, obteniéndose una “ γ ” de **0.6137** y una “ τ ” de 3.011, la cual es muy significativa al $p < 0.001$.

Se calculó el coeficiente Alpha de Crombach, de consistencia interna, obteniéndose un Alpha total “ γ_{rr} ” de **0.9244**

Normas de Estandarización

En la presente investigación tomaremos los baremos de las muestras de estudiantes de secundaria (Tomás, A. 1995). Estos baremos permiten la conversión de las puntuaciones directas (PD) en la Escala de Estaninos o Eneatipos. Las líneas continuas señalan los límites de los eneatis 4,5 y 6, que representan la actuación del promedio (eneatis 5) y de las desviaciones estándar por debajo (eneatis 4) y por encima (eneatis 6) del promedio. La Tabla Nro. 23 muestra las normas eneatis para una muestra de estudiantes de secundaria (Tomás, A. 1995).

Tabla Nro. 24

Normas ene atípicas para la muestra de escolares de secundaria de 1° a 5°, colegio nacional, clase baja, 12 a 17 años. (Tomás, A., 1995)

Calificación	Puntuación directa en las escalas						TOTAL
	I	II	III	IV	V	VI	
9	34	27	31	41	52	40	209
8	31	25	29	38	49	37	199
7	29	23	27	36	45	35	189
6	27	22	25	33	42	32	179
5	25	20	23	31	39	30	169
4	23	18	21	29	36	27	159
3	21	16	19	26	33	25	149
2	18	14	17	24	29	23	139
1	0	0	0	0	0	0	0
N	150	150	150	150	150	150	150
X	26.01	20.63	23.59	32.14	40.57	31.11	174.04
DS	4.38	3.68	3.98	4.84	6.42	4.82	20.23

Interpretación y diagnóstico

Los resultados individuales y su interpretación s fácilmente apreciados mediante la hoja del perfil de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales. Se trata de un informe gráfico, que se obtienen al convertir los puntajes directos en eneatis, señalarlos en el recuadro del perfil y luego unirlos por medio de líneas rectas.

De este modo quedará así conformado un perfil de cómoda interpretación. La significación de los niveles bajos (eneatis 1, 2 y 3), así como de los niveles medios (eneatis 4, 5 y 6) y de los niveles altos (eneatis 7, 8 y 9), para cada escala o área de la Lista de Chequeo y para el puntaje total, está consignada de manera clara en la línea superior de la tabla del perfil.

Así tendremos:

- Eneatis 1 : Deficiente nivel de habilidades sociales.
- Eneatis 2 y 3 : Bajo nivel de habilidades sociales.
- Eneatis 4, 5 y 6 : Normal nivel de habilidades sociales.
- Eneatis 7 y 8 : Buen nivel de habilidades sociales.
- Eneatis 9 : Excelente nivel de habilidades sociales.

Tabla Nro. 25
Perfil de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales

Escala	Puntaje	Mal	No Satisfact		Normal			Bien		Excelente
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
I		*	*	*	*	*	*	*	*	*
II		*	*	*	*	*	*	*	*	*
III		*	*	*	*	*	*	*	*	*
IV		*	*	*	*	*	*	*	*	*
V		*	*	*	*	*	*	*	*	*
VI		*	*	*	*	*	*	*	*	*
TOTAL		*	*	*	*	*	*	*	*	*

4.5.2.- El instrumento de sexualidad (conocimientos, actitudes y comportamiento sexual y reproductivo)

El instrumento de evaluación de la sexualidad ha sido elaborado y adaptado por el autor de la presente investigación, ha sido puesto a consideración de “juicio de expertos” y comprende 3 áreas. Las respuestas son calificadas con 1 punto si realiza la conducta y se aplica una calificación negativa cuando no realiza tal actitud o comportamiento deseado (ver sistema de calificación en los anexos Nro. 02, 03 y 04) El tiempo de aplicación de esta parte del instrumento es de 20 minutos:

4.5.2. 1.- Conocimientos acerca de la sexualidad.- Comprende 15 ítems y trata los siguientes temas:

- Nivel de conocimiento acerca de sexo y sexualidad.
- Quién o quiénes le han informado acerca de la sexualidad.
- Dónde ha recibido información sobre sexualidad.
- Concepto de menstruación, embarazo y primera relación sexual.
- Relaciones sexuales y posibilidad permanente de embarazo.
- Aspectos más importantes en una relación de pareja
- Cualidades más importantes en una relación de pareja.
- Concepto de eyaculación.
- Período de mayor riesgo para el embarazo, fecundación.
- Conocimientos acerca de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.

4.5.2.2.- Actitudes hacia la sexualidad.- Comprende las siguientes dimensiones y los siguientes ítems:

Dimensión: Autopercepción de la adolescente y el embarazo:

- Aceptación social de la embarazada adolescente.
- Auto imagen y autoestima.
- Embarazo como valoración de la mujer.
- Valoración de la mujer por embarazo.

Dimensión: Autopercepción hacia la sexualidad en general:

- Comportamiento natural frente a comentarios sexuales.
- Educación sexual temprana.
- Rol de procreación de la mujer.
- Educación sexual y metodología anticonceptiva.

Dimensión: Autopercepción de los problemas y dificultades del embarazo adolescente

- Embarazo y problemas familiares.
- Embarazo y falta de oportunidades sociales y laborales.
- No percepción del embarazo adolescente como problema.
- Rechazo o aceptación del aborto.

Autopercepción de la causalidad y atribuciones del embarazo adolescente.

- Embarazo adolescente y control de la familia.
- Embarazo y mala información en los medios de comunicación.
- Involucramiento de pareja en las responsabilidades del embarazo.

4.5.2.3.- Comportamiento sexual y reproductivo.- Comprende las siguientes dimensiones y los siguientes ítems:

Dimensión: Inicio de las relaciones sexuales:

- Inicio de las relaciones sexuales.
- Edad de inicio de las relaciones sexuales.

Dimensión: Relaciones con la pareja:

- Persona con quien se inició sexualmente.
- Razones por las que tuvo relaciones sexuales.
- Número de compañeros sexuales.

Dimensión: Comportamiento Reproductivo:

- Uso alguna vez de anticonceptivos.
- Métodos anticonceptivos utilizados alguna vez.

- Relaciones sexuales en el último mes.
- Uso de métodos anticonceptivos en el último mes.
- Embarazo y estado en que finalizó.
- Edad en que tuvo el primer hijo.
- Número de hijo el presente.
- Conductas para evitar un embarazo no deseado.
- Hijo deseado o no.

4.5.2.4. Proceso de elaboración del instrumento de sexualidad

Para el diseño de este instrumento se siguió el siguiente proceso:

- a. Revisión Bibliográfica sobre el tema de la sexualidad en la adolescencia.
- b. Determinación de los aspectos de la sexualidad (Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual).
- c. Elaboración de los ítems para evaluar cada uno de los aspectos mencionados en el acápite b.
- d. Puesta a consulta y validez de jueces (ver resultados en la tabla Nro. 25).
- e. Aplicación de un estudio piloto en una pequeña muestra de adolescentes embarazadas y no embarazadas.
- f. Aplicación del Índice de confiabilidad de Crombach (ver resultados en las tablas Nro. 26 y 27).
- g. Selección de los ítems y consolidación del instrumento final.
- h. Aplicación de los instrumentos y obtención de sus índices de validez y confiabilidad.

4.5.2.5.- Validez de Jueces

En el marco del presente proyecto, se ha realizado una validación de jueces, consultando a 10 doctores en psicología, pedagogía, estadístico, medicina, metodólogos y sexólogos, tanto del Perú como de América Latina.

El acuerdo de jueces fue unánime en el 100% para todos los ítems y sólo se hicieron correcciones simples y formales para mejorar la redacción de algún ítem. De esta manera, la “Validación de Constructo” utilizando jueces quedó establecida de la siguiente manera:

1. La escala permite cumplir con los objetivos de la investigación.
2. Las características, forma de aplicación y estructura del instrumento son adecuadas.
3. La escala es posible aplicarla a otros estudios similares.
4. El orden de las preguntas es adecuado.
5. El vocabulario es correcto.
6. El número de preguntas es suficiente o muy amplio.
7. Las preguntas tienen carácter de excluyentes.

El cuestionario de validación se analizó estadísticamente para lo cual en cada una de las 7 preguntas se asignó uno (1) si la respuesta es positiva y cero (0) si es negativa. Se grafica de acuerdo al siguiente cuadro:

Tabla Nro. 26
Resultados de la Evaluación de Jueces de los instrumentos de la investigación

Nro. de Preguntas	J U E C E S									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
P1	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
P2	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
P3	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
P4	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
P5	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
P6	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	No es suficiente no es amplio	SI	SI
P7	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

J1: Dra. Yodalia Leyva (Cuba); J2: Dr. William Torres; J3: Mg. Luis Pérez; J4: Mg. Luz Sánchez; J5: Dr. Edgar Rodríguez; J6: Dra. Irma Altez; J7: Dra. Martha Moyano (México); J8: Dra. Jenny Martínez (UNFPA); J9: Mg. Héctor Ramos (UNFPA); J10: Dr. Carlos Arenas

Para determinar el grado de acuerdo entre los jueces se ha empleado la prueba binomial de Hoel (Hoel, P., 1976) que tiene la siguiente ecuación:

Ecuación de Hoel, P. (1976)

$$p(x) = \binom{n}{x} p^x q^{n-x}$$

Donde:

p: 1/2

Q: 1/2

N: 15

x: sumatoria R(+) en cada pregunta

Los ítems con p: 0.05 se tomaron en cuenta para la elaboración definitiva del instrumento; así mismo, se analizaron las sugerencias cualitativas relacionadas con el orden de las preguntas, vocabulario utilizado y número de preguntas.

b.- **Estudio Piloto.**- cuyo objetivo es comprobar la operatividad, duración, fidelidad y validez del instrumento (Pardinas, F., 1985). El Dr. Alarcón, R., por su parte señala que el piloto se realiza con dos propósitos: determinar si las preguntas recogen la información necesaria y en qué medida el cuestionario va a contribuir a ofrecer una buena relación con el encuestado. Los resultados se analizaron estadísticamente ítem por ítem, lo que permitió realizar un ajuste apropiado del instrumento.

Se ha realizado el piloto en una muestra de 25 adolescentes embarazadas de hospitales y centros de maternidad adolescente y 25 adolescentes no embarazadas. Los resultados sugirieron reajustes de vocabulario de algunos de los ítems especialmente del test de habilidades sociales, lo cual se refleja en su estructura final (ver anexo Nro. 01).

4.5.2.6. Confiabilidad de la Investigación (Índice de Crombach)

La escala de Goldstein, en la presente investigación evidencia los siguientes valores de confiabilidad, los cuales son aceptables:

Tabla Nro. 27
Índice de Crombach resumido del Goldstein (Vallejos, J., 2003)

GRUPOS	AREAS	ALFA DE CROMBACH
Grupo I	Primeras habilidades sociales.	0.7026
Grupo II	Habilidades sociales avanzadas.	0.6405
Grupo III	Habilidades relacionadas con los sentimientos.	0.7005
Grupo IV	Habilidades alternativas a la agresión.	0.7883
Grupo V	Habilidades para hacer frente al stress.	0.8316
Grupo VI	Habilidades de planificación	0.8080
General	Alfa	0.9400

Tabla Nro. 28
Índice de Crombach resumido del Instrumento de Sexualidad (Vallejos, J., 2003)

Areas	Índice de Crombach
Conocimientos	0.7033
Actitudes Sexuales	0.5733
Comportamiento Sexual	0.7149
Crombach General	0.7770

Características del instrumento y su aplicación:

- El cuestionario es anónimo.
- Incluye una breve explicación de los propósitos del estudio, manejo de la información y subraya la necesidad de responder con sinceridad.
- Se considera el orden en que se formulan las preguntas.

4.6. Procedimiento General de la Investigación

La secuencia de las tareas ejecutadas es la siguiente:

- Revisión permanente de la literatura relacionada con el tema.
- Diseño, elaboración, presentación y aprobación del tema y proyecto de investigación.
- Selección, designación, piloto, validación, aprobación final e impresión de los instrumentos, en cantidades acorde a la muestra pre-establecida.
- Selección, coordinación y aplicación de los instrumentos en los centros de salud en donde existen servicios de atención a adolescentes embarazadas.
- Coordinación y aplicación de los instrumentos en los centros educativos de la muestra de contraste.
- Limpieza, codificación y digitación de los datos de los instrumentos aplicados, para luego proceder al análisis estadístico mediante el paquete SSPS V 9.0, procesamiento de datos aplicables a las ciencias de la conducta.
- Tabulación y procesamiento estadístico de los datos: se establece el cuadro de frecuencias o distribución de las mismas (en valores porcentuales debido a mayor riqueza de la amplitud de los datos), obtención de las relaciones y correlaciones mediante los estadísticos de Pearson o Spearman y finalmente el procesamiento y verificación de las hipótesis mediante el estadístico no paramétrico de U-Mann-Wittney, reajustándolos a la Z.
- Análisis e interpretación de los resultados.
- Elaboración de las conclusiones y sugerencias.
- Elaboración del informe final.
- Sustentación de la tesis.

4.7.- Tratamiento de la información

- a. Crítica y codificación: Se ha verificado el llenado de los cuestionarios y la calidad y cantidad de las respuestas. La crítica consiste en comprobar la consistencia de los flujos
- b. Procesamiento de datos

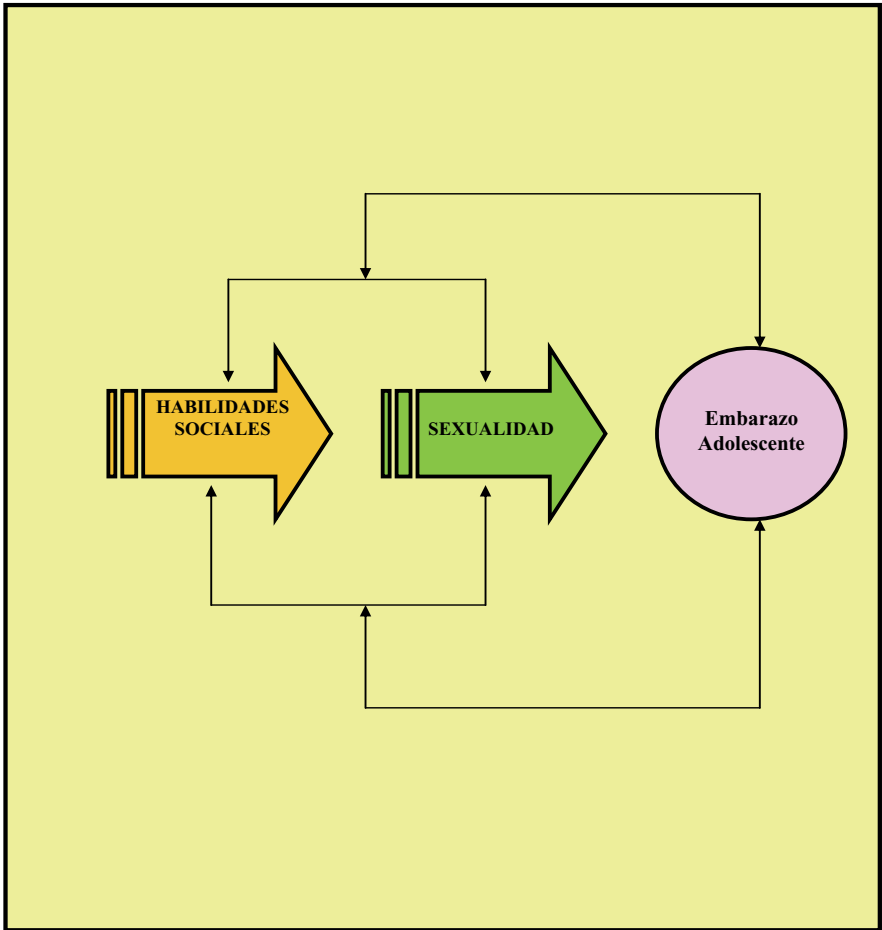
El procesamiento de datos se ha realizado mediante sistemas mecanizados de computadora para lo cual el instrumento más adecuado es el SPSS que cumple con los requisitos propios de la informática (se ha elaborado una base de datos electrónica con 216 celdas tomando en cuenta la estructura de los instrumentos).

El primer tipo de análisis del estudio es la presentación de la información de las variables consideradas en tablas de frecuencias univariadas y se han realizado análisis vi y polivariados.

Con el fin de establecer la dependencia o independencia de dos variables y el índice de correlaciones en el caso de las habilidades y los aspectos sexuales, se ha aplicado el estadístico Z y los índices de correlación de Spearman o de Brown, dependiendo del carácter ordinal o numérico de los datos.

Gráfico Nro. 14

Modelo de Análisis de la Presente Investigación (Vallejos, J., 2003).



CAPITULO V

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. Las Habilidades Sociales en las Adolescentes Embarazadas y no Embarazadas

En la presente tabla, apreciamos que las adolescentes no embarazadas obtienen puntajes significativamente más altos que las adolescentes embarazadas, con un nivel de significatividad de 0.001. En el caso de las primeras habilidades sociales o básicas, las adolescentes no embarazadas obtienen valores significativamente más altos, pero sólo al 0.005

Tabla Nro. 29
Las Habilidades Sociales en las Adolescentes Embarazadas y no Embarazadas
(N. 777)

Habilidades Sociales	No Embarazadas (N: 409)		Embarazadas (N: 368)		F	gl	α
	X	Ds	X	Ds			
Primeras Habilidades (HH SS 1)	27.8	5.4	26.9	5.4	5.67	1	0.018*
Habilidades sociales avanzadas (HH.SS.2).	20.8	4.1	19.5	4.1	17.5	1	0.000 **
Habilidades relacionadas con los sentimientos. (HH. SS. 3).	23.3	5.1	22.3	5.3	7.01	1	0.008 **
Habilidades alternativas a la agresión. (HH. SS. 4).	32.8	6.3	31.4	6.6	9.8	1	0.0002**
Habilidades para hacer frente al stress. (HH. SS. 5)	41.3	8.2	39.6	8.3	7.6	1	0.0006**
Habilidades de planificación (HH.SS.6).	30.0	5.4	28.3	6.2	17.5	1	0.0000**
Goldstein Total	176.3	28.6	168.2	30.6	14.3	1	0.0000**

n.s.: no significativo

*: significativo al 0.05

**: significativo al 0.01

Tabla Nro. 30
La sexualidad en las adolescentes embarazadas y no embarazadas (N:777)

Sexualidad	No Embarazadas (N: 409)		Embarazadas (N: 368)		F	gl	α
	X	Ds	X	Ds			
Área de conocimientos sexuales	27.3	6.8	23.1	7.8	62.5	1	0.0000**
Área de actitudes sexuales	47.7	6.5	48.5	7.6	2.3	1	0.126 ns
Área de comportamiento sexual y reproductivo.	12.6	2.1	14.0	2.2	72.2	1	0.0000**

n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

Apreciamos que en los temas de estudio de la sexualidad, las adolescentes no embarazadas obtienen valores altamente significativos sólo en el área de los conocimientos sexuales. Estas adolescentes tienen mejores conocimientos sexuales que las adolescentes embarazadas. En el área de comportamiento sexual y reproductivo se obtienen resultados significativos a favor de las adolescentes embarazadas, lo cual estaría explicado por la mayor práctica sexual y reproductiva. En el área de actitudes sexuales, los resultados no son significativamente diferentes.

Tabla Nro. 31
Las habilidades sociales en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada menor de 14 años de edad

Adolescentes menores de -14 años (N: 92)							
	Ad. Embarazada		Ad. No Embarazadas		F	gl	α
HH SS	X	Ds	X	Ds			
HH.SS 1	24.73	5.48	27.08	5.09	2.45	1	0.12 ns
HH.SS 2	18.60	5.37	20.78	3.63	3.81	1	0.54 ns
HH.SS 3	21.73	6.62	22.79	5.19	0.47	1	0.49 ns
HH.SS 4	29.80	7.38	32.17	6.01	1.81	1	0.18 ns
HH.SS 5	35.27	8.67	39.88	8.11	3.98	1	0.49 *
HH.SS 6	27.13	6.42	29.35	5.26	2.07	1	0.15 ns
Total	157	37.04	172.05	27.24	3.27	1	0.07 ns

n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

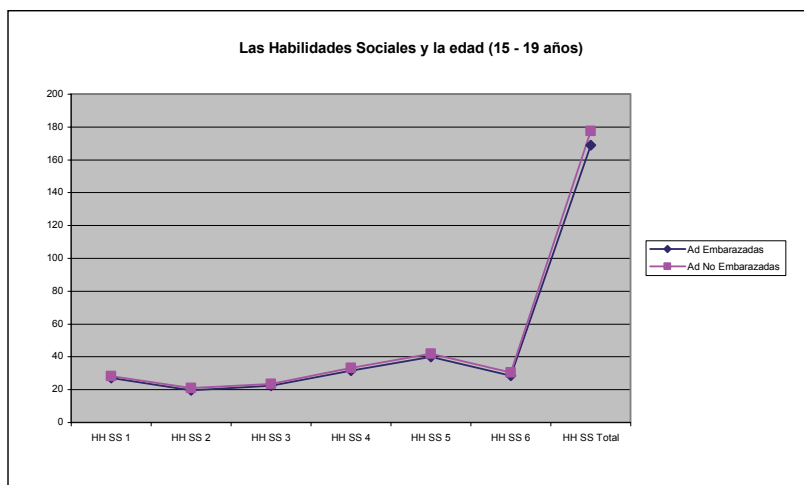
En la tabla Nro. 31, se aprecia que comparando las habilidades sociales en las adolescentes embarazadas y no embarazadas menores de 14 años, utilizando la prueba "F" y a un grado de libertad, las diferencias no son significativas. Sólo son significativas en las habilidades para hacer frente al stress y a un nivel del 0.05.

Tabla 32
Las habilidades sociales en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada de 15 a 19 años de edad

Adolescentes de 15 - 19 años de edad (N: 685)							
	Ad. Embarazada		Ad. No Embarazadas		F	gl	α
HH SS	X	Ds	X	Ds			
HH.SS 1	27.06	5.43	28.09	5.48	6.07	1	0.014 *
HH.SS 2	19.60	4.14	20.81	4.23	14.38	1	0.000 **
HH.SS 3	22.34	5.30	23.43	5.11	7.5	1	0.006 **
HH.SS 4	31.50	6.61	33.06	6.43	9.77	1	0.002 **
HH.SS 5	39.88	8.28	41.68	8.30	8.12	1	0.005 **
HH.SS 6	28.35	6.29	30.24	5.54	7.29	1	0.000 **
Total	168.73	30.34	177.32	28.94	14.31	1	0.000 **

En la tabla 32, bajo la anterior metodología estadística se aprecia que casi todas las habilidades sociales presentan diferencias significativas al 0.001 a favor de las adolescentes no embarazadas de 15 a 19 años de edad. En las habilidades sociales básicas son significativas sólo al 0.005.

Gráfico Nro. 15.
Las habilidades sociales y la edad



Apreciamos que en las edades de 15 a 19 años de edad, las habilidades sociales de las adolescentes no embarazadas son mayores que en las adolescentes embarazadas.

Tabla Nro. 33
Las habilidades sociales en la adolescente embarazada y no embarazada de acuerdo a la variable grado de instrucción

Adolescentes embarazadas y no embarazadas de educación primaria (N: 34)							
HH SS	Ad.		Ad. No		F	gl	α
	Embarazada		Embarazadas				
	X	Ds	X	Ds			
HH.SS 1	26.88	4.91	27.0	0.00	0.001	1	0.98 ns
HH.SS 2	18.91	3.18	16.0	0.00	0.081	1	0.37 ns
HH.SS 3	21.88	4.01	21.00	0.00	0.047	1	0.83 ns
HH.SS 4	33.15	4.77	27.00	0.00	1.61	1	0.21 ns
HH.SS 5	39.79	6.99	32.00	0.00	1.2	1	0.28 ns
HH.SS 6	27.88	6.13	29.00	0.00	0.032	1	0.86 ns
Total	168.48	23.93	152.00	0.00	0.46	1	0.50 ns

n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

En la tabla Nro. 33, se evidencia que en las habilidades sociales, tomando en cuenta la variable nivel de educación primaria, no se evidencia significatividad en ninguna de las habilidades sociales.

Tabla Nro. 34

Adolescentes embarazadas y no embarazadas de educación secundaria (N: 707)							
HH SS	Ad.		Ad. No		F	gl	α
	Embarazada		Embarazadas				
	X	Ds	X	Ds			
HH.SS 1	26.77	5.56	27.90	5.42	7.41	1	0.007 **
HH.SS 2	19.51	4.27	20.82	4.12	17	1	0.000 **
HH.SS 3	22.17	5.49	23.31	5.13	8.07	1	0.005 **
HH.SS 4	31.08	6.83	32.91	6.35	13.46	1	0.000 **
HH.SS 5	39.35	8.34	41.37	8.28	10.17	1	0.001 **
HH.SS 6	28.04	6.23	30.07	5.50	21.07	1	0.000 **
Total	166.91	31.02	176.38	28.68	17.57	1	0.000 **

n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

Tomando en cuenta el nivel educativo de educación secundaria, apreciamos niveles altos de significatividad a favor de las adolescentes no embarazadas en todas las áreas de las habilidades sociales; en especial en las “habilidades para hacer frente al stress”.

Tabla Nro. 35

Las habilidades sociales en la adolescente embarazada y no embarazada de acuerdo a la variable estado civil (Soltería)

Adolescentes embarazadas y no embarazadas de acuerdo a la variable estado civil (Solteras)							
	Ad. Embarazada		Ad. No Embarazadas		F	gl	α
HH SS	X	Ds	X	Ds			
HH.SS 1	26.97	5.48	27.90	5.42	5.67	1	0.017 **
HH.SS 2	19.56	4.19	20.81	4.12	17.46	1	0.000 **
HH.SS 3	22.31	5.35	5.13	23.31	7.01	1	0.000 **
HH.SS 4	31.43	6.64	32.89	6.35	9.8	1	0.002 **
HH.SS 5	39.69	8.34	41.34	8.28	7.68	1	0.006 **
HH.SS 6	28.30	6.29	30.07	5.49	17.53	1	0.000 **
Total	168.27	30.67	176.33	28.67	14.33	1	0.000 **

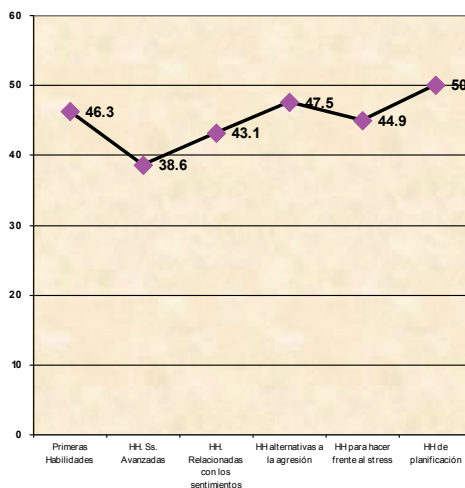
n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

En la tabla Nro. 35, se describen los niveles de significatividad de las habilidades sociales en las adolescentes embarazadas y no embarazadas solteras, todas las habilidades sociales son significativas a favor de las adolescentes no embarazadas. Sólo se ha tomando en cuenta la muestra de adolescentes solteras, porque las adolescentes no embarazadas casadas son inexistentes, y técnicamente no es posible realizar un trabajo estadístico (ver tabla Nro. 08 y Gráfico Nro. 10).

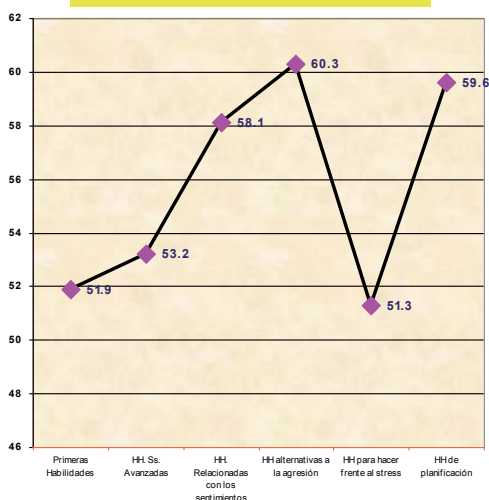
Gráfico Nro. 16

Las habilidades sociales y la variable estado civil

Solteras embarazadas, N: 158



Solteras No embarazadas, N: 408



En el análisis de cada una de las áreas del Goldstein, apreciamos un mayor nivel de significatividad en “habilidades para hacer frente al stress”, en las habilidades alternativas a la agresión” y en las “habilidades de planificación”.

En las tablas Nro. 36, 37 y 38 que describen las habilidades sociales en la adolescente no embarazada y adolescente embarazada. De acuerdo a la variable **estructura familiar “completa”**, apreciamos que los valores de las habilidades sociales son significativamente más altos al 0.001 en las “habilidades relacionadas con los sentimientos”, en las “habilidades de planificación” al 0.005 cuando existe una familia clasificada como “completa”, a favor de las adolescentes no embarazadas..

Cuando existe una **familia “incompleta”**, las habilidades sociales son significativamente más altas en casi todas ellas, con excepción en las “habilidades relacionadas con los sentimientos” a favor de las adolescentes no embarazadas. Las habilidades significativamente más altas son: las “habilidades sociales para hacer frente al stress”, las habilidades alternativas a la agresión” y en las “habilidades de planificación”.

Cuando hay una **familia extensa**, las habilidades sociales son altamente significativas sólo en las habilidades sociales básicas avanzadas (al 0.001) y significativa al 0.005 en las primeras habilidades sociales y en las habilidades sociales avanzadas, a favor de las adolescentes no embarazadas.

De acuerdo a estos resultados, la familia incompleta originaría significativas diferencias en las habilidades sociales a favor de las adolescentes no embarazadas. Las adolescentes embarazadas sufrirían el impacto de esta condición familiar.

Tabla Nro. 36

Las habilidades Sociales entre adolescentes embarazadas y no embarazadas y la variable Estructura Familiar Completa							
	Ad. Embarazada		Ad. No Embarazadas		F	gl	α
	X	Ds	X	Ds			
HH.SS 1	26.45	5.39	27.30	5.40	2.34	1	0.127 ns
HH.SS 2	19.83	4.24	20.51	4.19	2.48	1	0.116 ns
HH.SS 3	22.06	5.42	23.24	5.32	4.55	1	0.034 **
HH.SS 4	31.40	6.82	32.59	6.58	2.96	1	0.086 ns
HH.SS 5	39.84	8.29	40.75	8.32	1.15	1	0.285 ns
HH.SS 6	27.81	6.26	29.72	5.65	9.84	1	0.002 *
Total	167.39	30.59	174.11	29.60	4.73	1	0.030 *

n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

Tabla Nro. 37

Las habilidades Sociales entre adolescentes embarazadas y no embarazadas y la variable Estructura Familiar Incompleta

HH SS	Ad. Embarazada		Ad. No Embarazadas		F	gl	α
	X	Ds	X	Ds			
HH.SS 1	26.67	5.67	28.86	5.19	8.63	1	0.004 **
HH.SS 2	18.89	4.19	20.87	4.09	12.03	1	0.001 **
HH.SS 3	22.02	5.13	23.16	4.81	2.78	1	0.097 ns
HH.SS 4	30.92	6.17	33.05	6.15	6.33	1	0.013 **
HH.SS 5	38.81	8.00	41.87	8.19	7.52	1	0.007 **
HH.SS 6	27.94	5.82	30.17	5.11	8.87	1	0.003 **
Total	165.25	29.41	177.99	27.23	10.72	1	0.001 **

n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

Tabla Nro. 38

Las habilidades Sociales entre adolescentes embarazadas y no embarazadas y la variable Familia Extensa

HH SS	Ad. Embarazada		Ad. No Embarazadas		F	gl	α
	X	Ds	X	Ds			
HH.SS 1	28.07	5.35	28.12	5.64	0.004	1	0.94 **
HH.SS 2	19.73	4.08	21.56	3.91	9.082	1	0.003 **
HH.SS 3	22.98	5.42	23.75	5.09	0.918	1	0.339 ns
HH.SS 4	31.95	6.79	33.53	6.02	2.60	1	0.108 ns
HH.SS 5	40.25	8.71	42.21	8.29	2.32	1	0.13 ns
HH.SS 6	29.42	6.64	30.92	5.57	2.55	1	0.112 ns
Total	172.40	31.75	180.09	27.94	2.84	1	0.094 ns

n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

Tabla Nro. 39

Las habilidades Sociales en las adolescentes embarazadas y las variables Primiparidad y Biparidad – Multiparidad							
HH SS	Primíparas (N: 321)		Bíparas – Multiparas (N: 46)		F	gl	α
	X	Ds	X	Ds			
HH.SS 1	27.39	5.00	26.91	5.56	0.313	1	0.57 ns
HH.SS 2	19.07	3.57	19.63	4.28	0.719	1	0.39 ns
HH.SS 3	22.35	5.57	22.31	5.33	0.002	1	0.96 ns
HH.SS 4	32.72	6.76	31.26	6.63	1.94	1	0.16 ns
HH.SS 5	40.28	7.70	39.61	8.44	0.26	1	0.61 ns
HH.SS 6	27.85	7.24	28.36	6.16	0.267	1	0.60 ns
Total	169.65	29.82	168.07	30.88	0.106	1	0.74 ns

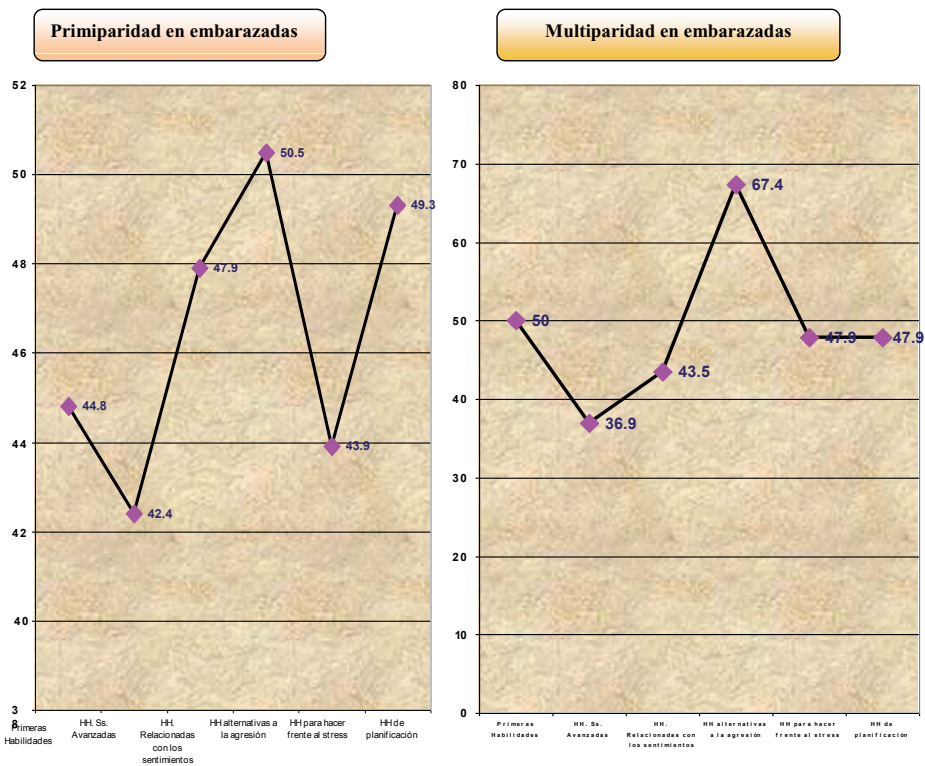
n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

En la tabla Nro. 39 y gráfico Nro. 17, apreciamos que las adolescentes embarazadas primíparas y multiparas no presentan diferencias significativas en las habilidades sociales; sin embargo, las adolescentes embarazadas multiparas presentan una mejor performance en estas habilidades, probablemente relacionado con la mayor edad de éstas adolescentes y la mayor experiencia de vida (Las primeras tienen edades menores).

En el análisis de las medias aritméticas de cada una de las áreas, apreciamos que las multiparas tienen mejores valores en las “habilidades para hacer frente al stress” y “habilidades alternativas a la agresión”.

Gráfico Nro. 17.

Habilidades Sociales y la paridad en adolescentes embarazadas



5.2. La sexualidad en las adolescentes embarazadas y las no embarazadas

Los Conocimientos, Actitudes y Comportamiento Sexual de acuerdo a la edad

En las tablas Nro. 40 y 41, en las que se distribuyen los valores de la sexualidad en ambas muestras, apreciamos que en el rango de la edad menor de 14 años de edad se presentan valores altamente significativos en las tres áreas de la sexualidad. En las edades entre 15 a 19 años de edad, se presentan índices de significatividad en el área de conocimientos sexuales y en comportamiento sexual y reproductivo; sin embargo, las adolescentes embarazadas presentan promediales más altos en actitudes y comportamiento sexual.

Tabla Nro. 40

La Sexualidad en las adolescentes embarazadas y las adolescentes no embarazadas y la edad menor de 14 años							
Sexualidad	Ad. Embarazada		Ad. No Embarazadas		F	gl	α
	X	Ds	X	Ds			
Conocimientos Sexuales	18.00	5.86	25.91	6.20	21.03	1	0.000 **
Actitudes Sexuales	52.67	9.30	46.82	7.04	7.77	1	0.006 **
Comportamiento Sexual	13.47	1.85	12.69	1.67	2.63	1	0.108 **

n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

Tabla Nro. 41

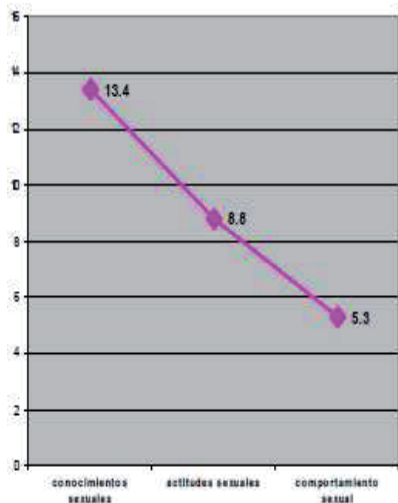
La Sexualidad en las adolescentes embarazadas y las adolescentes no embarazadas y la edad entre los 15 a 19 años de edad							
Sexualidad	Ad. Embarazada		Ad. No Embarazadas		F	gl	α
	X	Ds	X	Ds			
Conocimientos Sexuales	23.39	7.88	27.66	6.91	56.39	1	0.000 **
Actitudes Sexuales	48.34	7.50	47.95	6.46	0.53	1	0.466 ns
Comportamiento Sexual	14.06	2.30	12.68	2.24	62.73	1	0.000 **

n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

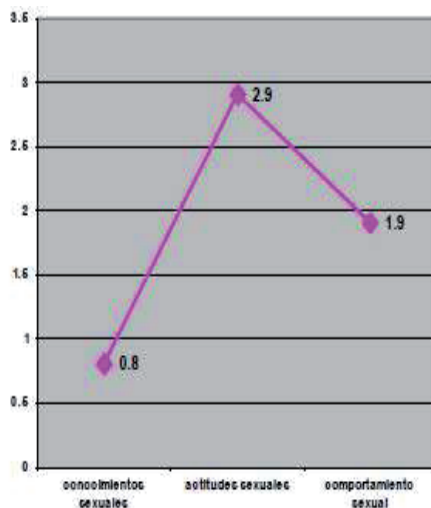
En ambas muestra de adolescentes, se aprecia que a mayor edad, mayores porcentajes en el área de la sexualidad.

Gráfico Nro. 18
La Sexualidad de acuerdo a la edad

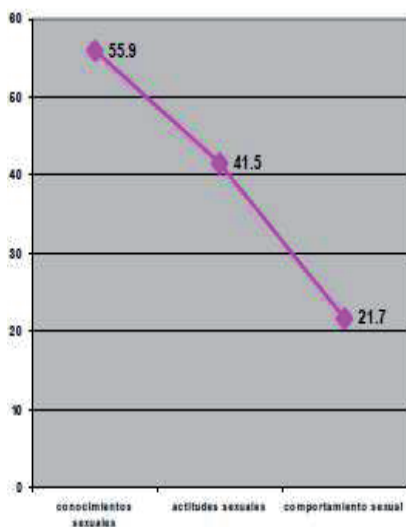
No embarazadas
- 14 años



Embarazadas
- 14 años



15 - 19 años



15 - 19 años

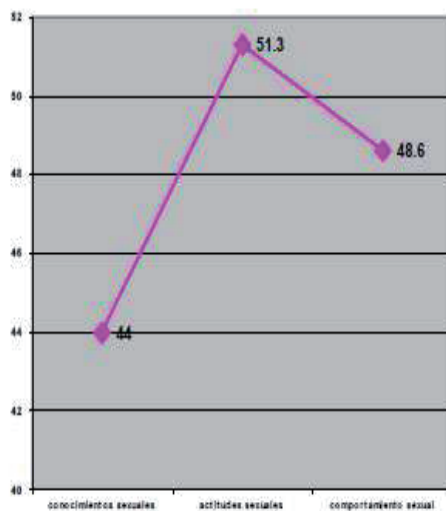


Tabla Nro. 42

La sexualidad en la adolescente embarazada y no embarazada de acuerdo al nivel de educación secundaria

La Sexualidad en las adolescentes embarazadas y las adolescentes no embarazadas y la variable educación secundaria							
Sexualidad	Ad. Embarazada		Ad. No Embarazadas		F	gl	α
	X	Ds	X	Ds			
Conocimientos Sexuales	22.89	7.87	27.31	6.80	63.86	1	0.000 **
Actitudes Sexuales	48.86	7.57	47.73	6.59	4.51	1	0.034 *
Comportamiento Sexual	14.02	2.24	12.66	2.09	69.06	1	0.000 **

n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

En la tabla 42, apreciamos que las adolescentes no embarazadas de secundaria presentan valores altamente significativos (0.001) en el área de conocimientos sexuales, mientras que las adolescentes embarazadas presentan mejores valores de significatividad en actitudes sexuales (0.005) y en comportamiento sexual y reproductivo (0.001).

En el nivel de educación primaria no ha sido posible realizar el trabajo estadístico necesario debido a insuficiente muestra en las adolescentes no embarazadas de este nivel educativo.

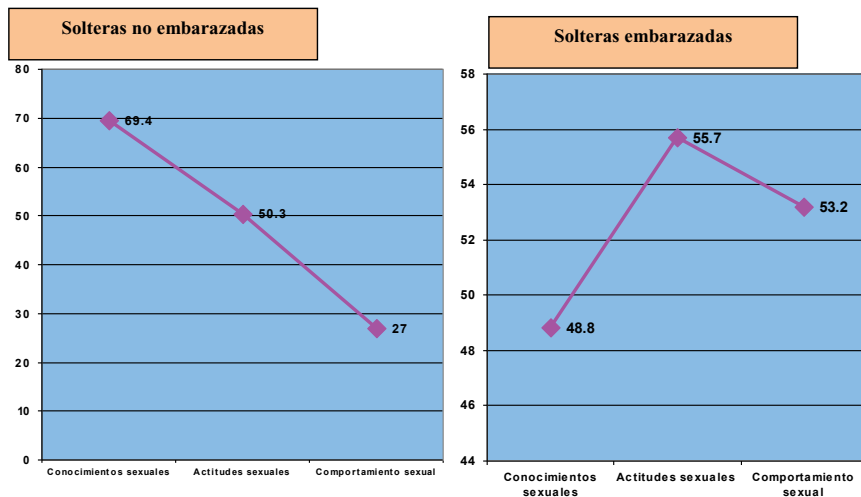
Tabla Nro. 43
La sexualidad en la adolescente embarazada y no embarazada de acuerdo al estado civil (Solteras)

La Sexualidad en las adolescentes embarazadas y las adolescentes no embarazadas y la variable estado civil (Sólo Solteras)

Sexualidad	Ad. Embarazada		Ad. No Embarazadas		F	gl	α
	X	Ds	X	Ds			
Conocimientos Sexuales	23.17	7.85	27.31	6.80	38.69	1	0.000 **
Actitudes Sexuales	49.19	8.13	47.73	6.59	4.9	1	0.027 *
Comportamiento Sexual	14.08	2.22	12.60	2.09	50.7	1	0.000 **

En la tabla Nro. 43 y gráfico Nro. 19, apreciamos que las adolescentes solteras no embarazadas presentan valores altamente significativos (0.001) en el área de conocimientos sexuales, en actitudes sexuales (0.005) y en comportamiento sexual y reproductivo (0.001). Las adolescentes embarazadas presentan valores promediales más altos en actitudes sexuales y comportamiento sexual y reproductivo.

Gráfico Nro. 19. La sexualidad de acuerdo al estado civil



La sexualidad en las adolescentes de acuerdo a la estructura familiar

Tabla Nro. 44

La Sexualidad en las adolescentes embarazadas y las adolescentes no embarazadas y la variable Familia Extensa							
Sexualidad	Ad. Embarazada		Ad. No Embarazadas		F	gl	α
	X	Ds	X	Ds			
Conocimientos Sexuales	23.62	7.55	28.31	6.44	19.01	1	0.000 **
Actitudes Sexuales	48.50	8.19	48.80	6.31	0.07	1	0.780 ns
Comportamiento Sexual	13.95	2.10	12.53	2.38	17.91	1	0.000 **

n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

Tabla Nro. 45

La Sexualidad en las adolescentes embarazadas y las adolescentes no embarazadas y la variable Familia Incompleta							
Sexualidad	Ad. Embarazada		Ad. No Embarazadas		F	gl	α
	X	Ds	X	Ds			
Conocimientos Sexuales	22.19	7.95	27.17	7.03	23.48	1	0.000 **
Actitudes Sexuales	48.33	7.23	47.29	6.31	1.25	1	0.265 ns
Comportamiento Sexual	13.99	2.22	12.97	2.22	11.2	1	0.001 **

n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

Tabla Nro. 46

La Sexualidad en las adolescentes embarazadas y las adolescentes no embarazadas y la variable Familia Completa							
Sexualidad	Ad. Embarazada		Ad. No Embarazadas		F	gl	α
	X	Ds	X	Ds			
Conocimientos Sexuales	23.45	8.02	27.09	6.81	23.09	1	0.000 **
Actitudes Sexuales	48.64	7.49	47.61	6.81	1.96	1	0.162 ns
Comportamiento Sexual	14.11	2.44	12.58	2.01	45.39	1	0.000 **

n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

En las tablas 44, 45 y 46 apreciamos que se presentan valores altamente significativos (0.001) en los tres tipos de familia y en las áreas de conocimientos sexuales y comportamiento sexual y reproductivo. Se presentan valores no significativos en el área de actitudes sexuales en los tres tipos de familia. En cada uno de los tipos de familia se presentan mejores valores de significatividad a favor de las adolescentes embarazadas. La familia extensa y la completa suscitan mejores valores en conocimientos y actitudes sexuales.

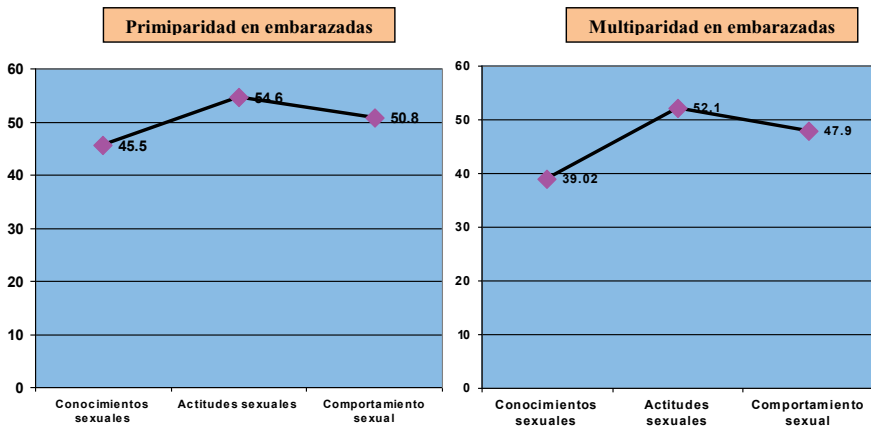
La sexualidad en las adolescentes de acuerdo a la paridad

Tabla Nro. 47
La sexualidad en la adolescente embarazada de acuerdo a la paridad

La Sexualidad en las adolescentes embarazadas y la variable paridad							
Sexualidad	Primiparidad		Biparidad_ Multiparidad		F	gl	α
	X	Ds	X	Ds			
Conocimientos Sexuales	22.25	7.86	22.33	7.73	0.55	1	0.457 ns
Actitudes Sexuales	48.81	7.55	46.17	7.55	4.9	1	0.027 *
Comportamiento Sexual	14.05	2.27	13.89	2.43	0.19	1	0.66 ns

n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

Gráfico Nro. 20. La Sexualidad y la paridad



En la tabla 47 y gráfico Nro. 20, se aprecian valores significativos sólo en el área de actitudes sexuales (0.005). Las primíparas presentan valores promediales más altos en actitudes sexuales.

5.3. Relación entre las habilidades sociales y la sexualidad en las adolescentes embarazadas y no embarazadas

Tabla Nro. 48

Valores totales (N: 777)			
Habilidades Sociales	Conocimientos sexuales	Actitudes Sexuales	Comportamiento sexual y reproduct
1.00	0.2805	0.2805	-0.026
p: 0.00 (**)	p: 0.00 (**)	p: 0.000 (**)	p: 0.464 (n.s)
Valores en adolescentes embarazadas (N: 368)			
Habilidades Sociales	Conocimientos sexuales	Actitudes Sexuales	Comportamiento sexual y reproduct
1.000	0.3006	-0.1150	-0.0249
p: 0.00 (**)	p: 0.000 (**)	p: 0.027 (**)	p: 0.64 (n.s.)
Valores en adolescentes No embarazadas (N: 409)			
Habilidades Sociales	Conocimientos sexuales	Actitudes Sexuales	Comportamiento sexual y reproduct
1.000	0.2374	0.0260	-0.0292
p: 0.00 (**)	p: 0.000 (**)	p: 0.600 (n.s.)	p: 0.556 (n.s.)

n.s.: no significativo *: significativo al 0.05 **: significativo al 0.01

El análisis de las relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad, tomando en cuenta el total de las dos muestras (N: 777), y mediante la aplicación del coeficiente de correlación de Spearman (debido al carácter ordinal de la variable), revela (Tabla Nro. 48) que las primeras se relacionan de manera significativa con los conocimientos y actitudes sexuales, pero no con el comportamiento sexual y reproductivo. El estudio de correlación en las adolescentes embarazadas (N: 368) revela que las habilidades sociales se correlacionan con los conocimientos y actitudes sexuales, pero no con el comportamiento sexual y reproductivo. En el caso de las adolescentes no embarazadas, la correlación de las habilidades sociales sólo se da con los conocimientos sexuales y no con las actitudes sexuales ni con el comportamiento sexual y reproductivo.

Tabla Nro. 49
Relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada de acuerdo a la edad.

Habilidad Sociales	Adolescentes no embarazadas (N: 409)				Adolescentes embarazadas (N: 368)			
	Conocim Sexual	Actitudes Sexual	Comport Sexual	Edad	Conoc Sexual	Actitud Sexual	Comport Sexual	Edad
HH SS 1	r: 0.22 p: 0.000 **	r: 0.05 p: 0.26 ns	r: 0.00 p: 0.84 ns	r: 0.09 p: 0.06 ns	r: 0.19 p: 0.00 **	r: - 0.11 p: 0.03 *	r: 0.05 p: 0.31 ns	r: 0.11 p: 0.03 *
HH SS 2	r: 0.10 p: 0.02 *	r: - 0.08 p: 0.86 ns	r: - 0.04 p: 0.39 ns	r: 0.01 p: 0.81 ns	r: 0.22 p: 0.00 **	r: - 0.00 p: 0.92 ns	r: 0.03 p: 0.00 **	r: 0.11 p: 0.03 *
HH SS 3	r: 0.15 p: 0.00 *	r: 0.01 p: 0.69 ns	r: - 0.02 p: 0.63 ns	r: 0.05 p: 0.31 ns	r: 0.25 p: 0.00 **	r: - 0.06 p: 0.25 ns	r: 0.04 p: 0.38 ns	r: 0.10 p: 0.04 *
HH SS 4	r: 0.083 p: 0.09 ns	r: 0.01 p: 0.83 ns	r: - 0.12 p: 0.01 *	r: 0.09 p: 0.04 *	r: 0.24 p: 0.00 **	r: - 0.15 p: 0.00 **	r: 0.03 p: 0.54 ns	r: 0.15 p: 0.00 **
HH SS 5	r: 0.21 p: 0.00 **	r: 0.05 p: 0.30 ns	r: - 0.04 p: 0.34 ns	r: 0.04 p: 0.32 ns	r: 0.20 p: 0.00 **	r: - 0.10 p: 0.03 *	r: 0.04 p: 0.35 ns	r: 0.12 p: 0.01 **
HH SS 6	r: 0.17 p: 0.00 **	r: 0.05 p: 0.29 ns	r: - 0.03 p: 0.47 ns	r: - 0.00 p: 0.84 ns	r: 0.29 p: 0.00 *	r: - 0.16 p: 0.00 *	r: 0.09 p: 0.07 ns	r: 0.09 p: 0.06 ns

* : Sig. < 0.005 Existen diferencias significativas al 5%

** : Sig. < 0.001 Existen diferencias significativas al 1%

NS : No significativas.

El análisis de los valores de significatividad entre las habilidades sociales y la sexualidad, teniendo en cuenta la edad evidencia que en general ambas variables se relacionan positivamente en la muestra de embarazadas en la totalidad de las áreas de las habilidades sociales, especialmente en “habilidades alternativas” y “habilidades para hacer frente al stress”.

De otro lado, apreciamos que ambas muestras se correlacionan de un modo altamente significativo las habilidades sociales y el área de conocimientos sexuales, en las “habilidades para hacer frente al stress” y los conocimientos sexuales.

Las adolescentes embarazadas correlacionan en todas las habilidades sociales y en los conocimientos sexuales de un modo altamente significativo en: “primeras habilidades sociales”, “habilidades sociales avanzadas”, “habilidades relacionadas con los sentimientos”, “habilidades alternativas” y “habilidades alternativas”.

Las adolescentes embarazadas tienen más conocimientos sexuales. Se correlacionan con la edad entre los 15 a 19 años de edad en conocimientos sexuales.

Tabla Nro. 50

Relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada de acuerdo al grado de instrucción

Habilidad Sociales	Adolescentes no embarazadas (N: 409)				Adolescentes embarazadas (N: 368)			
	Conocim Sexual	Actitudes Sexual	Comport Sexual	Instruc	Conoc Sexual	Actitud Sexual	Comport Sexual	Instruc
HH SS 1	r: 0.21 p: 0.00**	r: 0.04 p: 0.54	r: 0.04 p: 0.31	r: 0.04 p: 0.33	r: 0.19 p: 0.00**	r: - 0.08 p: 0.09	r: 0.07 p: 0.14	r: 0.05 p: 0.00**
HH SS 2	r: 0.10 p: 0.00**	r: - 0.00 p: 0.92	r: - 0.04 p: 0.41	r: 0.04 p: 0.34	r: 0.22 p: 0.00**	r: - 0.00 p: 0.99	r: 0.07 p: 0.12	r: 0.13 p: 0.00**
HH SS 3	r: 0.14 p: 0.00**	r: 0.01 p: 0.80	r: 0.02 p: 0.62	r: - 0.00 p: 0.87	r: 0.25 p: 0.00**	r: - 0.04 p: 0.34	r: 0.05 p: 0.26	r: 0.06 p: 0.00**
HH SS 4	r: 0.06 p: 0.15	r: 0.00 p: 0.99	r: - 0.09 p: 0.05*	r: 0.04 p: 0.41	r: 0.24 p: 0.00**	r: - 0.14 p: 0.00**	r: 0.02 p: 0.59	r: 0.07 p: 0.12
HH SS 5	r: 0.21 p: 0.00**	r: 0.05 p: 0.30	r: - 0.04 p: 0.34	r: 0.04 p: 0.34	r: 0.19 p: 0.00**	r: - 0.10 p: 0.04*	r: 0.06 p: 0.20	r: 0.16 p: 0.00**
HH SS 6	r: 0.17 p: 0.00**	r: 0.05 p: 0.29	r: - 0.03 p: 0.47	r: - 0.00 p: 0.84	r: 0.29 p: 0.00**	r: - 0.14 p: 0.00**	r: 0.13 p: 0.00**	r: 0.15 p: 0.00**

* : Sig. < 0.005 Existen diferencias significativas al 5%
 ** : Sig. < 0.001 Existen diferencias significativas al 1%
 NS : No significativas.

En esta tabla apreciamos que las habilidades sociales y la sexualidad se correlacionan de un modo altamente significativo en casi todas las habilidades sociales teniendo en cuenta el grado de instrucción.

Las adolescentes embarazadas correlacionan de un modo altamente significativo en todas las habilidades sociales, los conocimientos sexuales y el grado de instrucción, en tal caso, el grado de instrucción tendría una responsabilidad en los valores tanto de las habilidades sociales como del conocimiento sexual, a diferencia de las adolescentes no embarazadas, las cuales no correlacionan con ninguna de las habilidades sociales y la sexualidad se correlacionan teniendo en cuenta el grado de instrucción.

Las adolescentes embarazadas tienen más conocimientos sexuales. Se relaciona con el grado de instrucción en secundaria en conocimientos sexuales.

Tabla Nro. 51

Relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada de acuerdo al estado civil.

Habilidades Sociales	Adolescentes Embarazadas			Adolescentes No embarazadas		
	Value	D. F.	Significación	Value	D. F.	Significación
Totales	3.04	2	0.217			
HH SS 1	0.92	2	0.629	1.07	1	0.298
HH SS 2	8.98	2	0.011 *	1.13	1	0.287
HH SS 3	4.12	2	0.127	1.38	1	0.239
HH SS 4	3.08	2	0.213	1.51	1	0.218
HH SS 5	0.74	2	0.690	1.04	1	0.306
HH SS 6	0.72	2	0.696	8.67	1	0.410
Sexualidad	Estado Civil y Conocimientos Sexuales			Estado Civil y Conocimientos Sexuales		
	Value	D.F.	Significación	Value	D.F.	Significación
	1.73	2	0.420	0.44	1	0.506
	Estado Civil y Actitudes Sexuales			Estado Civil y Actitudes Sexuales		
	Value	D.F.	Significación	Value	D.F.	Significación
	1.41	2	0.492	0.98	1	0.320
Estado Civil y Comportamiento Sexual			Estado Civil y Comportamiento Sexual			
Value	D.F.	Significación	Value	D.F.	Significación	
1.12	2	0.569	2.69	1	0.100	

* : Sig. < 0.005 Existen diferencias significativas al 5%

** : Sig. < 0.001 Existen diferencias significativas al 1%

NS : No significativas.

Debido al carácter de la variable (no ordinal) se ha aplicado el estadístico de relación de Pearson para correlacionar las habilidades sociales y la sexualidad teniendo en cuenta la variable estado civil.

Apreciamos que la correlación es altamente significativa sólo en el caso de las adolescentes embarazadas convivientes en “habilidades sociales avanzadas”, la variable estado civil, no tendría responsabilidad en los valores de las habilidades sociales y de la sexualidad.

Tabla Nro. 52

Relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en la adolescente embarazada y la adolescente no embarazada de acuerdo a la estructura familiar.

Habilidades Sociales	Adolescentes Embarazadas			Adolescentes No embarazadas		
	Value	D. F.	Significación	Value	D. F.	Significación
HH SS 1	1.81	2	0.403	4.55	2	0.298
HH SS 2	3.56	2	0.168	1.78	2	0.287
HH SS 3	5.10	2	0.077	0.44	2	0.239
HH SS 4	0.45	2	0.796	1.07	2	0.218
HH SS 5	2.20	2	0.331	1.43	2	0.306
HH SS 6	8.47	2	0.014 *	7.16	2	0.410
Sexualidad	Estructura Familiar y Conocimientos Sexuales			Estructura Familiar y Conocimientos Sexuales		
	Value	D.F.	Significación	Value	D.F.	Significación
	4.31	2	0.115	3.70	2	0.157
	Estructura Familiar y Actitudes Sexuales			Estructura Familiar y Actitudes Sexuales		
	Value	D.F.	Significación	Value	D.F.	Significación
	0.76	2	0.681	1.61	2	0.445
Estructura Familiar y Comportamiento Sexual			Estructura Familiar y Comportamiento Sexual			
Value	D.F.	Significación	Value	D.F.	Significación	
0.07	2	0.964	2.65	2	0.265	

* : Sig. < 0.005 Existen diferencias significativas al 5%

** : Sig. < 0.001 Existen diferencias significativas al 1%

NS : No significativas.

Al igual que en el análisis de la variable estado civil se aplica al estudio de la variable estructura familiar que es una variable no ordinal, se aplica el estadístico de correlación de Spearman y apreciamos que la correlación es altamente significativo en el caso de las “habilidades de planificación” en la adolescente embarazada, es decir, la variable estructura familiar no sería responsable de los valores de las habilidades sociales y la sexualidad.

5.4. Verificación de las hipótesis

Tabla Nro. 53

Hipótesis Nro. 01: Existen diferencias significativas en las adolescentes embarazadas en comparación a las adolescentes no embarazadas.

Habilidades Sociales	Adolescentes	Promedio de rangos	Z (***)	Significación
Primeras Habilidades	No embarazo	400.8	- 1. 79	0.07 ns
	Embarazo	375.8		
Habilidades Sociales Avanzadas	No embarazo	404.6	- 3. 1	0.01 **
	Embarazo	360.0		
Habilidades relacionadas con los sentimientos	No embarazo	408.6	- 2. 97	0.03 *
	Embarazo	367.0		
Habilidades alternativas a la agresión	No embarazo	403.1	- 2. 16	0.30 ns
	Embarazo	373.2		
Habilidades para hacer frente al stress	No embarazo	401.5	- 1. 89	0.05 *
	Embarazo	375.0		
Habilidades de planificación	No embarazo	408.2	- 2. 92	0.00 **
	Embarazo	367.5		
Goldstein Total	No embarazo	404.2	- 2. 28	0.02 *
	Embarazo	367.5		

* : Sig. < 0.005 Existen diferencias significativas al 5%

** : Sig. < 0.001 Existen diferencias significativas al 1%

NS : No significativas.

*** : Valores de Man Whitney ajustado a la Z.

Apreciamos que al analizar los valores de habilidades sociales en las adolescentes no embarazadas, muestran valores altamente significativos a su favor en las habilidades sociales avanzadas y las habilidades de planificación. También se aprecian valores significativos al 0.005 en las “habilidades relacionados con los sentimientos”, “habilidades para hacer frente al stress” y en los “valores totales de las habilidades sociales, igualmente a favor de las adolescentes no embarazadas.

Es decir, se acepta la hipótesis que indica que las adolescentes embarazadas presentan déficit significativo en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes no embarazadas. Las adolescentes no embarazadas tienen mayores habilidades sociales que las adolescentes embarazadas.

Tabla Nro. 54

Hipótesis Nro. 02: Las adolescentes embarazadas presentan valores significativamente menores en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales y reproductivos, a diferencia de las no embarazadas

Sexualidad	Adolescentes	Promedio de rangos	Z (***)	Significación
Conocimientos en Sexualidad	No embarazo	434.2	- 6.92	0.00 **
	Embarazo	338		
Actitudes Sexuales	No embarazo	381.6	- 1.10	0.26
	Embarazo	397.1		
Comportamiento Sexual	No embarazo	345.9	- 6.69	0.00 **
	Embarazo	436.8		

* : Sig. < 0.005 Existen diferencias significativas al 5%

** : Sig. < 0.001 Existen diferencias significativas al 1%

NS : No significativas.

*** : Valores de Man Whitney ajustado a la Z.

El análisis de significatividad de los valores de la sexualidad en las adolescentes embarazadas y no embarazadas indica valores altamente significativos en conocimientos sexuales, comportamiento sexual y reproductivo a favor de las adolescentes no embarazadas.

Se acepta la hipótesis en relación a conocimientos sexuales y comportamiento sexual y reproductivo a favor de las adolescentes no embarazadas.

Tabla Nro. 55

Hipótesis Nro. 03: Las adolescentes embarazadas presentan déficits significativos en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable edad

Habilidades Sociales	Adolescentes	- 14 años			15 – 19 años		
		Promedio de rangos	Z (***)	Significación	Promedio de rangos	Z (***)	Significación
Primeras Habilidades	No Embar	46. 62	- 0.11	0.01	358. 19	- 2. 25	0. 02 *
	Embarazo	45. 90			328. 07		
Habilidades sociales avanzadas	No Embar	48. 40	- 1. 78	0. 74	362. 10	- 2. 83	0. 00 **
	Embarazo	36. 77			325. 04		
Habilidades relacionadas con los sentimientos.	No Embar	47. 40	- 0. 84	0. 39	363. 73	- 3. 07	0. 002 *
	Embarazo	41. 90			323. 50		
Habilidades alternativas a la agresión	No Embar	48. 19	- 1. 58	0. 11	356. 92	- 2. 08	0. 03 *
	Embarazo	37. 83			329. 91		
Habilidades para hacer frente al stress.	No Embar	47. 62	- 1.07	0. 28	357. 60	- 2. 16	0. 03 *
	Embarazo	40. 77			329. 27		
Habilidades de planificación	No Embar	47. 29	- 0. 74	0. 04	362. 33	- 2. 87	0. 00 **
	Embarazo	42. 47			324. 82		
Goldstein Total	No Embar	48. 49	- 1. 87	0. 06	357. 76	- 2. 19	0. 02 *
	Embarazo	36. 27			329. 12		

* : Sig. < 0.005 Existen diferencias significativas al 5%

** : Sig. < 0.001 Existen diferencias significativas al 1%

NS : No significativas.

*** : Valores de Man Whitney ajustado a la Z.

El análisis de los valores de significación de las habilidades sociales en ambas muestras teniendo en cuenta la variable edad, apreciamos que en el rango de edad menor de 14 años de edad ninguna de las áreas tienen valores de significatividad.

En el rango de 15 a 19 años, todas las habilidades se muestran con valores significativos; altamente significativos en las “habilidades sociales avanzadas” y “habilidades de planificación”, las otras habilidades (“habilidades relacionadas con los sentimientos”, “habilidades alternativas a la agresión”, “habilidades para hacer frente al stress” y en el Goldstein total) se muestran con valores significativos sólo al 0.05. El análisis de los valores medios favorece a las no embarazadas.

Se acepta la hipótesis en relación a las habilidades sociales con valores significativos y muy significativos en las edades de 15 – 19 años a favor de las no embarazadas, especialmente en las habilidades sociales avanzadas y en habilidades de planificación.

Tabla Nro. 56

Hipótesis Nro. 04: Las adolescentes embarazadas presentan déficit significativo en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable grado de instrucción

Habilidades Sociales	Adolescentes	Primaria			Secundaria		
		Promedio de rangos	Z (***)	Significación	Promedio de rangos	Z (***)	Significación
Primeras Habilidades	No Embar	9.00	- 1.0	0.31	367.18	- 2.31	0.02 *
	Embarazo	17.76			336.01		
Habilidades sociales avanzadas	No Embar	13.00			371.51		
	Embarazo	17.64	- 0.60	0.54	330.10	- 3.07	0.02 *
Habilidades relacionadas con los sentimientos.	No Embar	12.00			370.34		
	Embarazo	17.67	- 0.69	0.48	331.70	- 2.87	0.00 **
Habilidades alternativas a la agresión	No	7.50			369.14		
	Embarazo	17.80	- 1.19	0.23	333.34	- 2.67	0.00 **
Habilidades para hacer frente al stress.	No Embar	11.50			365.08		
	Embarazo	17.68	- 0.73	0.46	338.08	- 1.94	0.05 *
Habilidades de planificación	No Embar	26.00			373.04		
	Embarazo	17.24	- 1.00	0.31	328.02	- 3.35	0.00 **
Goldstein	No Embar	10.50			369.07		
Total	Embarazo	17.71	- 0.83	0.40	333.43	- 2.65	0.00 **

* : Sig. < 0.005 Existen diferencias significativas al 5%

** : Sig. < 0.001 Existen diferencias significativas al 1%

NS : No significativas.

*** : Valores de Man Whitney ajustado a la Z.

El análisis de los valores de significación de las habilidades sociales y teniendo en cuenta el grado de instrucción, no apreciamos ningún valor de significatividad de acuerdo al grado de instrucción primaria; sin embargo, los valores promedios favorecen a las adolescentes embarazadas de este nivel, suponemos que la diferencia obedecería a una ligera mayor edad de las adolescentes embarazadas del nivel educativo de primaria.

Teniendo en cuenta el nivel de educación secundaria, apreciamos que en todas las habilidades sociales se muestran valores de significatividad; con valores altamente

significativos se muestran las habilidades: “relacionadas con los sentimientos”, “alternativas a la agresión”, “habilidades de planificación” y en el Goldstein total. Con valores significativos se muestran las “primeras habilidades”, “habilidades sociales avanzadas” y en “habilidades para hacer frente al stress”.

Se acepta parcialmente la hipótesis en relación a déficit significativo en habilidades sociales en las adolescentes embarazadas del nivel de educación secundaria, especialmente en habilidades relacionadas con los sentimientos y habilidades de alternativas frente a la agresión. En el nivel de educación primaria ninguna de las muestras evidencia diferencias significativas.

Tabla Nro. 57

Hipótesis Nro. 05: Las adolescentes embarazadas solteras presentan déficits significativos en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes no embarazadas solteras.

Habilidades Sociales	Adolescentes	Solteras		Significación
		Promedio de rangos	Z (***)	
Primeras Habilidades sociales avanzadas	No Embarazo	288. 05	- 1. 22	0. 21
	Embarazo	271. 75		
Habilidades relacionadas con los sentimientos.	No Embarazo	295. 02	- 3. 10	0. 00 **
	Embarazo	253. 76		
Habilidades alternativas a la agresión	No Embarazo	295. 39	- 3. 21	0. 00 **
	Embarazo	252. 00		
Habilidades para hacer frente al stress.	No Embarazo	293. 63	- 2. 76	0. 00 **
	Embarazo	257. 34		
Habilidades de planificación	No Embarazo	288. 47	- 1. 34	0. 17
	Embarazo	270. 67		
Goldstein Total	No Embarazo	291. 05	- 2. 05	0. 03 *
	Embarazo	264. 00		
	No Embarazo	291. 78	- 2. 24	0. 02 *
	Embarazo	262. 13		

* : Sig. < 0.005 Existen diferencias significativas al 5%

** : Sig. < 0.001 Existen diferencias significativas al 1%

NS : No significativas.

*** : Valores de Man Whitney ajustado a la Z.

Las adolescentes no embarazadas solteras presentan valores significativamente más altos que las adolescentes embarazadas solteras en “habilidades sociales avanzadas”,

“habilidades relacionadas con los sentimientos” y “habilidades alternativas a la agresión” y significativo al 0.05 en “habilidades de planificación” y en el Goldstein total.

Se acepta la hipótesis en relación a que las adolescentes no embarazadas solteras tienen mayores habilidades sociales que las adolescentes embarazadas solteras, especialmente en habilidades sociales avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos y en habilidades alternativas frente a la agresión.

Tabla Nro. 58

Hipótesis Nro. 06: Las adolescentes embarazadas primíparas presentan déficit significativo en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes embarazadas múltiparas.

Habilidades Sociales	Paridad	Paridad		Significación
		Promedio de rangos	Z (***)	
Primeras Habilidades	Primiparidad	182. 82	- 0. 65	0. 51
	Multiparidad	192. 25		
Habilidades sociales avanzadas	Primiparidad	185. 24	0- 69	0. 48
	Multiparidad	175. 32		
Habilidades relacionadas con los sentimientos.	Primiparidad	185. 03	- 0. 57	0. 56
	Multiparidad	176. 78		
Habilidades alternativas a la agresión	Primiparidad	180. 11	- 2. 14	0. 03 *
	Multiparidad	211. 16		
Habilidades para hacer frente al stress.	Primiparidad	183. 10	- 0. 49	0. 61
	Multiparidad	190. 26		
Habilidades de planificación	Primiparidad	184. 32	- 0. 17	0. 85
	Multiparidad	181. 76		
Goldstein Total	Primiparidad	182. 96	- 0. 57	0. 56
	Multiparidad	191. 23		

* : Sig. < 0.005 Existen diferencias significativas al 5%

** : Sig. < 0.001 Existen diferencias significativas al 1%

NS : No significativas.

*** : Valores de Man Whitney ajustado a la Z.

Las adolescentes embarazadas múltiparas presentan déficit significativo sólo en las en las “alternativas a la agresión”, a diferencia de las embarazadas primíparas.

Se rechaza la hipótesis en el sentido que las adolescentes embarazadas primíparas obtienen valores de significatividad bajos, en comparación a las adolescentes embarazadas múltiparas, quienes presentan habilidades sociales más altas.

Tabla Nro. 59

Hipótesis Nro. 07: Las adolescentes embarazadas presentan déficits significativos en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable estructura de familia

Habilidades Sociales	Adolescent	Familia Completa			Familia Incompleta			Familia Extensa		
		Promed de rangos	Z (***)	Signific	Promed de rangos	Z (***)	Signific	Promed de rangos	Z (***)	Signific
Primeras Habilidades	No Emb	197.17	-1.08	0.27	112.68	-1.73	0.82	92.50	-0.50	0.61
	Embaraz	186.50			99.95			89.07		
Habilidades sociales avanzadas	No Emb	197.67	-1.19	0.23	115.56	-2.6	0.08	99.00	-2.13	0.03 *
	Embaraz	185.86			96.37			84.43		
Habilidades relacionadas con los sentimientos.	No Emb	202.72	-2.36	0.18	114.47	-2.27	0.02 *	93.20	-0.68	0.49
	Embaraz	179.36			97.72			88.57		
Habilidades alternativas a la agresión	No Emb	196.11	-0.84	0.40	112.89	-1.80	0.07	96.10	-1.42	0.15
	Embaraz	187.86			99.69			86.50		
Habilidades para hacer frente al stress.	No Emb	195.61	-0.71	0.47	112.75	-1.76	0.07	95.60	-1.28	0.19
	Embaraz	188.59			99.86			86.86		
Habilidades de planificación	No Emb	201.83	-2.15	0.03 *	113.57	-2.00	0.04 *	97.00	-1.72	0.84
	Embaraz	180.50			98.84			85.86		
Goldstein	No Emb	199.06	-1.51	0.12	111.57	-1.39	0.16	96.90	-1.65	0.09
Total	Embaraz	184.07			101.33			85.93		

* : Sig. < 0.005 Existen diferencias significativas al 5%

** : Sig. < 0.001 Existen diferencias significativas al 1%

NS : No significativas.

*** : Valores de Man Whitney ajustado a la Z.

El análisis de significación de las habilidades sociales en las dos muestras evidencia que, en el caso de la sub variable “familia completa” sólo es significativo al 0.005 en las “habilidades de planificación”; en la sub variable “familia incompleta”, las “habilidades relacionadas con los sentimientos” (0.005) y en “familia extensa”, las “habilidades sociales avanzadas al 0.005. El análisis de los valores promedios de las habilidades sociales de acuerdo a la “estructura de familia”, favorecen mayoritariamente a las adolescentes no embarazadas.

Se puede afirmar que se rechaza parcialmente la hipótesis en el sentido que la estructura de familia no condiciona diferencias significativas en ambas muestras.

Tabla Nro. 60

Hipótesis Nro. 08. Las adolescentes embarazadas presentan valores significativamente bajos en los conocimientos, actitudes y comportamiento sexual y reproductivo a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable edad

Sexualidad	- 14 años				15 – 19 años		
	Adolescentes	Promedio de rangos	Z (***)	Significación	Promedio de rangos	Z (***)	Significación
Conocimientos sexuales	No Embar	50.36	- 3.75	0.00 **	50.36	- 6.09	0.00 **
	Embarazo	26.70			26.70		
Actitudes Sexuales	No Embar	44.51			50.36		
	Embarazo	56.73	- 1.87	0.06	26.70	- 0.61	0.54
Comportam Sexual y reproductivo	No Embar	45.14			50.36		
	Embarazo	53.47	- 1.37	0.16	26.70	- 6.40	0.00 **

* : Sig. < 0.005 Existen diferencias significativas al 5%

** : Sig. < 0.001 Existen diferencias significativas al 1%

NS : No significativas.

*** : Valores de Man Whitney ajustado a la Z.

En relación al análisis de significatividad de la sexualidad en ambas muestras se evidencian valores significativos en el rango de menos de 14 años en los aspectos de los conocimientos sexuales a favor de las adolescentes no embarazadas y en el rango de 15 a 19 años es significativo en conocimientos sexuales y comportamiento sexual y reproductivo a favor de las adolescentes no embarazadas.

Se acepta la hipótesis en relación a déficit significativo de la sexualidad, especialmente en la edad de 15 a 19 años y en particular en los conocimientos y comportamientos sexuales y reproductivos, pues los valores son más altos y favorecen a las adolescentes no embarazadas.

Tabla Nro. 61

Hipótesis Nro. 09: Las adolescentes embarazadas presentan valores bajos en los conocimientos, actitudes y comportamiento sexual y reproductivo a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable grado de instrucción.

Sexualidad	Adolescentes	Primaria			Secundaria		
		Promedio de rangos	Z (***)	Significac	Promedio de rangos	Z (***)	Significac
Conocimientos sexuales	No Embar	28.00	- 1.27	0.20	392.70	- 6.89	0.00 **
	Embarazo	17.18			301.20		
Actitudes Sexuales	No Embar	24.00			347.12		
	Embarazo	17.30	- 0.78	0.43	363.39	- 1.21	0.22
Comportam Sexual	No Embar	25.50	- 0.94	0.34	318.81	- 6.40	0.00 **
	Embarazo	17.26			402.02		

* : Sig. < 0.005 Existen diferencias significativas al 5%

** : Sig. < 0.001 Existen diferencias significativas al 1%

NS : No significativas.

*** : Valores de Man Whitney ajustado a la Z.

Analizando los valores de significatividad de la sexualidad tanto de las adolescentes embarazadas y no embarazadas, apreciamos que no existen valores de significatividad tomando en cuenta el nivel de educación primaria, favoreciendo sin embargo los promedios a las adolescentes no embarazadas de este nivel educativo.

Teniendo en cuenta el nivel de educación secundaria, apreciamos valores de alta significatividad en conocimientos y comportamientos sexuales y reproductivos a favor de las adolescentes embarazadas.

De acuerdo a los datos presentados podemos afirmar que se rechaza parcialmente la hipótesis en relación a valores bajos de la sexualidad de las adolescentes embarazadas, pues los valores significativamente mayores se dan mayoritariamente a favor de las adolescentes embarazadas de educación secundaria, especialmente en los conocimientos y comportamiento sexual y reproductivo.

Tabla Nro. 62

Hipótesis Nro. 10: Las adolescentes embarazadas solteras presentan valores significativamente menores en los conocimientos, actitudes y comportamiento sexual y reproductivo a diferencia de las adolescentes no embarazadas solteras

Sexualidad	Solteras			
	Adolescentes	Promedio de rangos	Z (***)	Significación
Conocimientos Sexuales	No embarazo	299. 80	- 4. 57	0.00 **
	Embarazo	241. 42		
Actitudes Sexuales	No embarazo	279. 19	- 1. 16	0. 24
	Embarazo	294. 62		
Comportamiento Sexual	No embarazo	262. 80	- 5. 88	0.00 **
	Embarazo	336. 96		

* : Sig. < 0.005 Existen diferencias significativas al 5%

** : Sig. < 0.001 Existen diferencias significativas al 1%

NS : No significativas.

*** : Valores de Man Whitney ajustado a la Z.

En la presente tabla apreciamos que los valores de significatividad son altos (0.001) tanto en conocimientos como en comportamientos sexuales y reproductivos, favoreciendo mayoritariamente a las adolescentes embarazadas solteras.

Mediante estos datos se puede afirmar que se rechaza la hipótesis en el sentido que las adolescentes embarazadas solteras no presentan valores significativos más altos que las adolescentes no embarazadas solteras. Las adolescentes solteras embarazadas tienen mayores valores en conocimientos sexuales y en comportamiento sexual y reproductivo.

Tabla Nro. 63

Hipótesis Nro. 11: Las adolescentes embarazadas primíparas presentan valores significativamente menores en los conocimientos, actitudes y comportamiento sexual y reproductivo a diferencia de las adolescentes embarazadas múltiparas.

Sexualidad	Paridad			Significación
	Paridad	Promedio de rangos	Z (***)	
Conocimientos Sexuales	Primiparidad	185. 46	- 0. 80	0. 41
	Multiparidad	173. 80		
Actitudes Sexuales	Primiparidad	184. 54	- 0. 29	0. 76
	Multiparidad	180. 24		
Comportamiento Sexual y reproductivo	Primiparidad	184. 68	- 0. 37	0. 70
	Multiparidad	179. 26		

* : Sig. < 0.005 Existen diferencias significativas al 5%

** : Sig. < 0.001 Existen diferencias significativas al 1%

NS : No significativas.

*** : Valores de Man Whitney ajustado a la Z.

Apreciamos que no existen valores significativos en sexualidad en las adolescentes embarazadas primíparas en comparación a las adolescentes embarazadas múltiparas.

Por lo expuesto, se puede afirmar que se rechaza la hipótesis mediante la cual las adolescentes embarazadas primíparas no presentan valores significativamente menores en sexualidad, aunque hay una tendencia a mejores valores a favor de las adolescentes primíparas.

Tabla Nro. 64

Hipótesis Nro. 12: Las adolescentes embarazadas presentan valores significativamente menores en los conocimientos, actitudes y comportamiento sexual y reproductivo a diferencia de las adolescentes no embarazadas, considerando la variable estructura familiar

Sexualidad	Adolescen	Familia Completa			Familia Incompleta			Familia Extensa		
		Promedio de rangos	Z (***)	Signific	Promedio de rangos	Z (***)	Signific	Promedio de rangos	Z (***)	Signif
Conocim Sexuales	No embarazo	210.89	-4.3	0.00**	121.70	-4.49	0.00**	104.80	-3.71	0.00**
	Embarazo	168.86			88.74			80.29		
Actitudes Sexuales	No embarazo	187.89	-1.06	0.28	105.14	-0.56	0.57	90.90	-0.10	0.91
	Embarazo	198.43			109.31			90.21		
Comport Sexual	No embarazo	172.83	-4.68	0.00**	97.49	-2.96	0.00**	75.00	-4.02	0.00**
	Embarazo	217.79			118.81			101.57		

* : Sig. < 0.005 Existen diferencias significativas al 5%

** : Sig. < 0.001 Existen diferencias significativas al 1%

NS : No significativas.

*** : Valores de Man Whitney ajustado a la Z.

Existen diferencias significativas en conocimientos sexuales y reproductivos a favor de las adolescentes embarazadas dentro de la familia completa, incompleta y extensa. Existen diferencias significativas en comportamiento sexual y reproductivo a favor de las adolescentes embarazadas dentro de la familia completa, incompleta y extensa.

Se acepta parcialmente la hipótesis de investigación, sólo se acepta en relación a familia y en conocimientos sexuales a favor de las adolescentes no embarazadas.

5.5. HALLAZGOS COMPLEMENTARIOS

En el marco de la presente investigación y a pesar que no corresponden directamente con los objetivos de la presente investigación creemos importante describir algunos aspectos obtenidos del análisis particular de los resultados de los ítems del instrumento de sexualidad que dan cuenta de aspectos específicos de los conocimientos y del comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes embarazadas, con el fin de brindar datos que permitan un enfoque integral del comportamiento de éstas adolescentes:

1. Las adolescentes embarazadas consideran que las relaciones en la familia son “buenas” (42.1%), “regulares” (35%) y “malas” y muy “malas” (4.5%).
2. Las adolescentes embarazadas consideran que la “mamá” (46.5%) es la que más les ha apoyado.
3. El nivel de comunicación en familia es descrito como que “a veces” se produce la comunicación (56%) y “casi nunca” (9%).
4. Más de la cuarta parte (25.6%) de las adolescentes embarazadas han repetido 1 año de estudios y el 13.6% de éstas adolescentes ha repetido de 1 a 3 años.
5. Las adolescentes embarazadas se consideran en el 78.3% con un nivel de autoestima “mediana” y “alta”.
6. El 68.5% tiene como expectativa el tener de 1 a 2 hijos y sube al 75% cuando la expectativa es de 1 a 3 hijos.
7. El 61.4% cree que sus conocimientos sobre sexualidad son “regulares”, “mucho”, 17.6% y “poco” 17 %.
8. La persona que más ha informado a las adolescentes embarazadas sobre sexualidad es el “profesor” (84.6%), en segundo lugar, los libros (74.1%) y en tercer lugar, lo “madre” (63.6%).
9. La escuela ha sido el lugar que más ha brindado información sobre sexualidad a las adolescentes embarazadas (91.2%), en segundo lugar, “en la casa” (69.7%) y en tercer lugar, “en el centro de salud” (47.2%).

10. La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes embarazadas es de 16 años y de las adolescentes no embarazadas es 14.8 años. De toda la población investigada es de 15.9 años.
11. El promedio de la edad del primer hijo de las adolescentes embarazadas es de 17 años.
12. El enamorado es la persona con quien más frecuentemente tuvieron relaciones sexuales las embarazadas adolescentes (79.6%) y en segundo lugar, con el conviviente (14.7%).
13. La razón más frecuente por la cual tuvieron relaciones sexuales las adolescentes embarazadas adolescentes ha sido “por amor” (48.6%), “me sentía sola” (10.1%) en segundo lugar, “por problemas familiares (7.1%) y como “prueba de amor” (9.05%) y no sabe porque razón: 15.8% (ver anexo Nro. 05)
14. En promedio, han tenido 5 compañeros sexuales.
15. Las adolescentes embarazadas han utilizado alguna vez (58.4%) algún método anticonceptivo, y 41.6% no han utilizado algún método anticonceptivo, debido a déficit en conocimientos y buen uso de los métodos anticonceptivos (ver anexo Nro. 06).
16. El método anticonceptivo más utilizado es el del “ritmo” (17.9%), en segundo lugar las “pastillas” (14.4%) y en tercer lugar, “las inyecciones” (12.8%).
17. En el último mes 64.1% han tenido relaciones sexuales en el último mes.
18. En el último mes, 93.2% han utilizado algún método anticonceptivo y el método más utilizado es el del ritmo (6.8%).
19. Las adolescentes embarazadas no desearon a su hijo en el 14.4%.

5.6. PERFIL DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE

- Presentan en promedio 17.3 años de edad.
- Mayormente presentan educación secundaria (81.2%).
- Su estado civil predominante es la soltería (convivencia) (88%).
- Generalmente son primíparas (87.2%)..
- En mayor porcentaje no trabajan (79.6%)..
- Predomina la estructura familiar constituida por: la mamá, papá y hermanos (42.1%); en segundo lugar, diversas conformaciones (25%).
- Su dinámica familiar hace suponer relaciones “buenas” (42.1%) y “regulares” (35.1%) en relación con la familia.
- Se percibe que la persona que más apoya es la mamá (46.5%) y en segundo lugar se percibe el apoyo de los dos (37.8%) ; sin embargo, la percepción es que el padre no apoya (7.6%).
- Se percibe que sólo a veces (56%) tienen un buen nivel de comunicación entre los miembros de la familia.
- Ha repetido de 1 a 2 años escolares (44.7%).
- Responden que su autoestima es mediana (46.6%) con tendencia hacia niveles más altos. El porcentaje de autoestima bajo y muy bajo es del 14.1%.
- Las sustancias más consumidas son el tabaco (25.5%) y el alcohol (21.2%).
- Tienen como expectativa, tener entre 1 y 2 hijos (67.0%).

CAPITULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De los datos obtenidos de las muestras estudiadas se plantean los siguientes resultados para la discusión.

ANALISIS SOCIODEMOGRAFICO

En relación a la edad (Tabla Nro.06) la muestra principal de adolescentes embarazadas, apreciamos que el 72.9% se ubica en el rango de 17 a 19 años de edad, siendo ligeramente inferior a los datos de Acosta, Ch. (74.2%) para estas edades; el mayor porcentaje se presenta a los 18 años de edad (26.4%) y el promedio de la edad de la muestra de adolescentes embarazadas es de 17.3 años de edad. Estos datos se aproximan a los encontrados por otros investigadores (Alayo, C., promedio: 17 años; Lucich, promedio: 18 años de edad); es decir, la tendencia general del promedio de edad de las adolescentes embarazadas sería de 17 años de edad.

En el grado de instrucción se aprecia que el 81.3% (Tabla Nro. 07) tienen educación secundaria completa, el cual es un porcentaje mayor al encontrado por Carrillo; S. y Pérez, B., (2,000) (43.8%) y Salaverry, M., en 1993 (65%). En general, los estudios describen tendencias promedio del 40% al 60% de adolescentes embarazadas que tienen secundaria completa (Acosta, Ch., 2000; Alayo, 2,000; Ojeda, 2,000; Carrillo, S., y Pérez, B., 2000; Lucich, E., 1999; Rojas, R., 1991).

En relación al estado civil (Tabla Nro. 08), se aprecia que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas declaran ser convivientes (45.1%), solteras (42.9%) y las casadas (6.5%), esto estaría indicando relaciones de pareja inestables en la mayoría de ellas; estos datos se aproximan a los hallados por Salaverry, M., (1993), Lucich (1999) y Carrillo; S. y Pérez, B., (2,000). Importante es el dato de Rodríguez. I., (1995) al señalar que en cerca del 50% de matrimonios adolescentes se observan crisis matrimoniales, es decir, no perdura el matrimonio y si perdura, se produce con mucha

inestabilidad lo que redundaría en el status psicoafectivo de las adolescentes embarazadas, sus hijos y sus familias.

En el análisis de la muestra y el número de hijos, (Tabla Nro. 09), apreciamos que el 87.5% de adolescentes embarazadas tienen un hijo, 12% dos hijos y 0.5% 3 hijos. Salaverry, M. (1993) encontró que el 36% de las adolescentes embarazadas tienen dos o más hijos. Carrillo; S. y Pérez, B., (2000) encontraron que el 62.5% tienen un hijo, 35.6% tienen dos hijos y 1.9% tres hijos. Los resultados de la presente investigación, contrastados además con los de las ENDES 1996 y 2000 (Tabla Nro. 02), indicarían que hay una tendencia a disminuir el número de hijos de las adolescentes embarazadas de Lima Metropolitana, explicada tal vez por un conjunto amplio de factores: educación sexual, uso de anticonceptivos, conciencia de la situación socio económica, expectativa de mejor futuro para la familia y la pareja, etc.

En relación a la estructura de la familia de la adolescente embarazada (Tabla Nro. 09), la presente investigación demuestra una estructura familiar mayoritaria en la que están presentes: “mamá, papá y hermanos” (42.1%) a la que podemos denominarla “familia completa”; en segundo lugar, “Otra” (25%) que incluye una diversidad de figuras familiares en la que están presentes: los abuelos, los tíos y tías, los cuñados, los primos, los y las suegras y hasta “conocidos”, y en tercer lugar, la presencia de “sólo la mamá y hermanos” (15.8%), con lo que el panorama estructural familiar de la adolescente embarazada es que un grupo importante de ellas vive en una familia completa y estable y otro grupo igualmente mayor viven en relaciones familiares muy inestables, lo que afectaría el nivel de sus relaciones, habilidades, emociones y capacidades.

ANÁLISIS DE LAS HABILIDADES SOCIALES

En relación al estudio de las habilidades sociales se demuestra que éstas son más altas a favor de las adolescentes no embarazadas en cada una de las áreas de los puntajes obtenidos a través de la aplicación de la Lista de Chequeo de Evaluación de las Habilidades Sociales de la Prueba de Goldstein (Tablas Nro. 27 y 28).

Según Monjes, I., (1998), las habilidades sociales son las conductas necesarias para interactuar en forma efectiva y mutuamente satisfactoria, son las destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea interpersonal y son las capacidades para ejecutar una conducta de intercambio con resultado favorable.

En este sentido, los mejores puntajes de las adolescentes no embarazadas darían cuenta de un mejor y eficaz desempeño en las relaciones interpersonales y podría ser una de las condiciones para evitar el embarazo temprano, entre otra multiplicidad de factores. Las adolescentes embarazadas también presentan determinados niveles de habilidades sociales; sin embargo, estas son significativamente menores. Esta diferencia que se aprecia como significativa podría ser una explicación del éxito de las adolescentes no embarazadas en la interacción interpersonal. Las dos muestras presentan habilidades básicas denominadas primeras habilidades sociales.

Apreciamos que los valores bajos en las habilidades sociales en las adolescentes embarazadas se podrían interpretar en el sentido que la posibilidad del embarazo es una relación directa entre las habilidades sociales con valores bajos en casi todas las subáreas del Goldstein y que la posibilidad de no embarazarse sería una relación directa entre las habilidades sociales con valores altos, dando cuenta de un comportamiento en habilidades sociales más dinámico y sistémico, en contraposición al paradigma mecanicista de Harre y Secord (1986), relacionado con el positivismo lógico que concibe al individuo como ente pasivo e interpreta la interacción social como un fenómeno de causalidad lineal.

La diferencia de los puntajes, en detrimento de las adolescentes embarazadas estaría relacionada con grados de déficit en determinadas habilidades sociales pero especialmente en aquellas relacionadas con la habilidad de integrarse a grupos, autocontrol de emociones negativas (vergüenza, desagrado, acusaciones, etc.), déficit de análisis de situaciones, dificultades para comprender las causas del fracaso y dificultades para comprender las causas del fracaso y dificultades para resolver problemas.

En relación a las habilidades sociales y la edad, éstas son superiores a favor de las adolescentes no embarazadas, especialmente en las muestras de 15 a 19 años de edad. Las diferencias no son significativas en las adolescentes menores de 14 años en comparación a las adolescentes de 15 a 19 años de edad; es indudable que estos hallazgos dan cuenta de un componente evolutivo en las habilidades sociales, ellas son mayores y más complejas conforme se avanza en la edad de los individuos y se relacionaría estrechamente con los procesos del desarrollo, del aprendizaje y su relación con el entorno social y cultural.

Siguiendo el análisis de cada una de las áreas de las habilidades sociales en relación a la edad, da cuenta de una relación directamente inversa entre estas edades, las habilidades sociales y las adolescentes embarazadas y no embarazadas, con lo cual se puede hipotetizar que a mayores edades mayores habilidades alternativas frente a la agresión, de planificación y habilidades relacionadas con los sentimientos en las adolescentes no embarazadas, y a menores edades menores índices de estas mismas habilidades en las adolescentes embarazadas.

El análisis de las habilidades sociales y el grado de instrucción revela que estas no son significativamente diferentes en relación a la educación primaria pero sí en la muestra de educación secundaria, a favor de las adolescentes no embarazadas de este nivel (Tablas Nro. 33 y 34).

Caballo, V., (1987) expresa que las habilidades sociales deben considerarse dentro de un marco cultural determinado y que los patrones de comunicación van a variar, dependiendo de factores tales como el sexo, la clase social y la educación; es decir, a mayor grado de instrucción, mayores habilidades sociales. De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, el embarazo adolescente además de confirmar su relación con los déficit educativos, tendría que ver con algunos déficit específicos relacionados con: incapacidad para percibir problemas, tomar decisiones, dificultad para percibirse potencialidades, dificultad para clasificar problemas y solucionar los más importantes, así como análisis de posibilidades saludables y concentrarse en propósitos o metas, aspectos que los proporcionarían el hogar, la familia y la escuela (Bandura, 1976, Aron,

A.M., 1994). En el ámbito de los sentimientos tendrían dificultades para reconocer sus propias emociones y de los otros y dificultades para auto controlarse y auto recompensarse. Estos dos elementos constatarían el déficit que Gil, F., 1990, ha denominado: déficit de carácter perceptivo-cognitivo y que Goldstein señala que el área emocional es fundamental para la adaptación social y vivencia emocional más estable y menos vulnerable al stress.

Los porcentajes de las habilidades sociales en relación al estado civil y teniendo en cuenta que sólo se han analizado las sub muestras de las adolescentes solteras embarazadas y no embarazadas, estos son significativamente más altos en las adolescentes solteras no embarazadas, especialmente en las habilidades alternativas a la agresión y habilidades de planificación. En las adolescentes solteras embarazadas están deficitarias las habilidades sociales avanzadas y las habilidades relacionadas con los sentimientos, con lo cual el déficit cognitivo y emocional se constataría también ante la variable soltería.

Las habilidades sociales relacionadas con la estructura familiar revelan que los puntajes son significativamente más altos en las no embarazadas en comparación a las adolescentes embarazadas. Todas las áreas de las habilidades sociales son más altas (mucho más en adolescentes no embarazadas), especialmente cuando están presentes: “mamá, papá y hermanos”, “otra” y “sólo mamá y hermanos”. Las habilidades sociales están deficitarias generalmente cuando la familia es incompleta. De acuerdo a estos datos, una familia completa jugaría un rol importante en el origen, desarrollo y nivel actual de las habilidades sociales; la presencia de una variedad de figuras familiar estructurales darían cuenta de gran inestabilidad de un porcentaje importante de las adolescentes embarazadas. De hecho, los resultados en habilidades sociales y una familia completa son altamente diferenciados a favor de las adolescentes no embarazadas, la adolescente embarazada tendría un grave problema familiar estructural. El papel de la familia ha sido destacado por diferentes escuelas en la construcción de la personalidad, las habilidades sociales y la sexualidad (Bandura, 1976; Jessor y Jessor, 1977; Aron, A.M. 1994).

Las habilidades sociales relacionadas con la paridad, es decir, en relación al número de hijos de las adolescentes embarazadas, demuestra que las múltiparas presentan mayores puntajes que las adolescentes embarazadas primíparas. Las adolescentes múltiparas presentan más desarrolladas las: habilidades alternativas a la agresión, las habilidades relacionadas con los sentimientos, las primeras habilidades y las habilidades de planificación. Las primíparas presentan déficit en las habilidades alternativas a la agresión, las habilidades de planificación y las habilidades relacionadas con los sentimientos. Realizando un cruce adicional de la variable paridad y la edad encontramos que las múltiparas tienen más edad que las primíparas. Las diferencias encontradas tendrían que ver con el factor edad

El estudio de la sexualidad en ambas muestras revela que las adolescentes no embarazadas presentan puntajes más altos en los conocimientos sexuales, mientras que son más altos los puntajes en actitudes y en comportamiento sexual y reproductivo en las adolescentes embarazadas, lo cual se podría estar dando debido a que las adolescentes embarazadas tienen actitudes de aceptación de su embarazo y también tienen mayor práctica sexual y reproductiva, experiencia que no la tienen las adolescentes no embarazadas.

ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO SEXUAL Y REPRODUCTIVO

En relación al estudio de la sexualidad y la variable edad, encontramos que las adolescentes no embarazadas menores de 14 años, presentan mejores puntajes, tanto en conocimientos, actitudes y comportamiento sexual y reproductivo, en comparación a sus pares embarazadas de estas edades, pero valores bajos si se compara con los de las adolescentes de las edades de 15 a 19 años de edad. La sexualidad en las edades de 15 a 19 años revela mejores puntajes en relación a los conocimientos sexuales en las adolescentes no embarazadas de 15 a 19 años, las adolescentes embarazadas de estas mismas edades presentan mayores puntajes en actitudes y comportamiento sexual y reproductivo. Los datos del área de la sexualidad coinciden con los hallazgos en las habilidades sociales para las mismas edades.

El estudio de la sexualidad y el grado de instrucción, encontramos que en el nivel de educación primaria presentan mayores puntajes las adolescentes embarazadas en las tres áreas de la sexualidad. En el nivel de educación secundaria se aprecia que los puntajes son más altos en las adolescentes no embarazadas en conocimientos sexuales y en actitudes sexuales, las adolescentes embarazadas del nivel de educación secundaria, tienen puntajes más altos en comportamiento sexual y reproductivo, lo que nos permite reafirmar el concepto de que las adolescentes no embarazadas tienen mayores valores en conocimientos sexuales, aunque la experiencia sexual y reproductiva va a favor de las adolescentes embarazadas.

El análisis de los datos de la sexualidad y el estado civil (sólo en adolescentes embarazadas solteras y no embarazadas solteras) revela que los puntajes son más altos sólo en conocimientos sexuales en las adolescentes embarazadas que están solteras, mientras que son altos los puntajes en actitudes sexuales y comportamiento sexual y reproductivo en las adolescentes solteras embarazadas. Este resultado confirma el hallazgo anterior, la experiencia sexual y reproductiva es mayor en las adolescentes solteras embarazadas.

La sexualidad y la variable estructura familiar revelan muy ligeras diferencias de acuerdo a diferentes formas de estructura de familia, tanto en las adolescentes no embarazadas como en las embarazadas, los puntajes son más altos cuando están presentes las siguientes formas de estructura familiar: “mamá, papá y hermanos”, “sólo mamá y hermanos”, “sólo mamá, papá y yo”, “sólo mamá y hermanos” y “otra”, a diferencia de otras formas de estructura de familia que generalmente son incompletas. Este hallazgo es muy interesante, las construcciones psicológicas son mejores cuando existe una familia completa y extensa, otorgando respaldo a las escuelas, modelos y paradigmas que privilegian el rol de la familia integrada y completa (Aron, M., 1997).

En relación al estudio de la sexualidad y la paridad, encontramos que los puntajes en conocimientos, actitudes y comportamiento sexual y reproductivo son más altos en las

adolescentes embarazadas primíparas en comparación a los déficits de la sexualidad en las adolescentes embarazadas multiparas.

El análisis de las correlaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad y tomando en cuenta el total de las dos muestras (N: 777), revela que en las adolescentes embarazadas (Tabla Nro. 48) las habilidades sociales se correlacionan positivamente con los conocimientos y actitudes sexuales, pero no en el comportamiento sexual. En el caso de las adolescentes no embarazadas, la correlación de las habilidades sociales sólo se da en los conocimientos sexuales y no con las actitudes sexuales ni con el comportamiento sexual y reproductivo; esto estaría significando que las habilidades sociales y la sexualidad de las adolescentes embarazadas estarían presentes de un modo deficitario, especialmente en el área de comportamiento sexual y reproductivo, cuyo análisis específico tendría que ver con los déficit afectivos y el no uso de metodologías anticonceptivos (ver anexos Nro. 05 y 06).

En relación a la edad (Tabla Nro. 49) las adolescentes embarazadas tienen más conocimientos sexuales. Se correlaciona en forma significativa especialmente entre los 15 a 19 años de edad en los conocimientos sexuales; es decir, a mayor edad mayores habilidades sociales y conocimientos sexuales, lo que demuestra el carácter evolutivo de estas dos entidades; de otro lado, se correlacionan negativamente en actitudes sexuales lo que significaría que la edad no influenciaría en el nivel de las actitudes sexuales en las adolescentes embarazadas ni en las adolescentes no embarazadas y tendría que ver con otros factores.

El análisis de las relaciones de las habilidades sociales y la sexualidad de acuerdo al grado de instrucción, apreciamos (Tabla Nro. 50) que esta variable relaciona las habilidades sociales con el nivel de conocimientos sexuales en las adolescentes embarazadas, lo que implicaría que la variable grado de instrucción influencia en forma directa en las habilidades sociales y el nivel de conocimientos sexuales pero en forma negativa en las actitudes sexuales y no se correlaciona con el comportamiento sexual.

El estudio de la variable estado civil (Tabla Nro. 51) no correlaciona las habilidades sociales y la sexualidad, por lo tanto, esta variable no tendría responsabilidad en los valores no correlacionados; es decir, el hecho de ser solteras, casadas o convivientes no influencia en los resultados encontrados.

En lo que concierne a la variable estructura familiar (Tabla Nro. 52) tampoco se encuentra valores relaciones generales, sólo en las habilidades de planificación, por lo que podemos afirmar que esta variable no tiene responsabilidad en los resultados encontrados; es decir, la estructura de familia completa, incompleta y extensa no influencia de manera significativa en estos resultados, aunque son importantes sus tendencias relacionadas con la familia completa.

Con relación a los hallazgos encontrados en la verificación de las hipótesis encontramos que existen diferencias significativas en las habilidades sociales a diferencia de las adolescentes no embarazadas, tal déficit podría ser una de las razones de la ocurrencia del embarazo adolescente (Tabla Nro. 53).

Se ha constatado que existen diferencias significativas y altamente significativas en relación a conocimientos sexuales a favor de las adolescentes no embarazadas y en comportamiento sexual y reproductivo a favor de las adolescentes embarazadas, lo que significaría que la adolescente no embarazada tiene mayores conocimientos sexuales y las adolescentes embarazadas mayor experiencia en conducta sexual y reproductiva. Las adolescentes no embarazadas tendrían mayores conocimientos, lo que les otorgaría mejores posibilidades en la relación entre los sexos, conocerían los diferentes riesgos de la sexualidad y tendrían recursos para superarlos.

Se ha encontrado que existen diferencias significativas en relación a las habilidades sociales en las edades de 15 – 19 años a favor de las no embarazadas, especialmente en las habilidades sociales avanzadas y en habilidades de planificación, aspecto que estaría explicado por la mayor edad y por tanto mayor experiencia social (Tabla Nro. 54).

Se ha verificado que existe déficit significativo en relación a las habilidades sociales en las adolescentes embarazadas; sobre todo, en las del nivel de educación secundaria, especialmente en habilidades relacionadas con los sentimientos y habilidades alternativas de agresión (Tabla Nro. 55). El control de la variable grado de instrucción revela claramente su papel en los resultados a favor de las adolescentes no embarazadas. El nivel de instrucción se mostraría como un componente claramente diferenciador de los comportamientos en ambas muestras y expresaría que su presencia es un elemento de protección que también se complementa en las relaciones de variables: habilidades sociales, conocimientos sexuales, grado de instrucción y no embarazo.

Se ha apreciado, que existen diferencias significativas en las habilidades sociales a favor de las adolescentes no embarazadas solteras, especialmente en habilidades sociales avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos y habilidades alternativas a la agresión (Tabla Nro. 56); es decir, las adolescentes no embarazadas solteras tienen mayores habilidades sociales. Este resultado no sería explicado sólo por la variable estado civil sino fundamentalmente por la variable grado de instrucción, el cual es mayor para las adolescentes no embarazadas

Se ha verificado que no existen diferencias significativas en las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas primíparas y multíparas aunque sólo es significativo en las habilidades alternativas a la agresión, con lo cual se puede afirmar que la paridad no produce valores significativos diferentes (Tabla Nro. 57). Así mismo, se constata que no existen diferencias significativas en habilidades sociales y la estructura familiar aunque hay una tendencia a favor de las adolescentes no embarazadas, las familias incompletas promoverían déficit en habilidades sociales, siendo más alta la tendencia a favor de las no embarazadas, aunque afectaría a ambas muestras (Tabla Nro. 58).

Se comprueba que existen diferencias significativas en relación a déficit significativo de la sexualidad, especialmente en la edad de 15 a 19 años y en particular en los conocimientos y comportamientos sexuales y reproductivos que favorecen a las adolescentes no embarazadas de este rango (Tabla Nro. 59).

Se ha verificado que parcialmente existen diferencias significativas en relación a valores más altos en sexualidad, especialmente en comportamiento sexual y reproductivo a favor de las adolescentes embarazadas de educación secundaria y en conocimientos sexuales a favor de las adolescentes no embarazadas (Tabla Nro. 60). Nuevamente, el factor grado de instrucción se comporta como componente diferenciador de la sexualidad particularmente de las adolescentes no embarazadas.

Se han apreciado diferencias significativas en relación a la sexualidad en el sentido que las adolescentes embarazadas solteras presentan valores significativamente más altos en comportamiento sexual y reproductivo y se aprecian diferencias significativas a favor de las adolescentes no embarazadas solteras en conocimientos sexuales (Tabla Nro. 61); al parecer, estas diferencias en realidad no se deberían a la condición de soltería, sino, a otras variables.

Se ha comprobado que no existen diferencias significativas en relación a los valores de la sexualidad y la primiparidad; sin embargo, existe una tendencia a mejores valores a favor de las adolescentes múltiparas (Tabla Nro. 62). Y, se ha constatado que existen diferencias significativas en relación a los valores de la sexualidad en las adolescentes embarazadas en la familia completa, incompleta y extensa, especialmente en conocimientos sexuales. Las adolescentes embarazadas presentan mejores valores en comportamiento sexual y reproductivo, especialmente cuando la familia es completa. Así mismo, hay una tendencia a favor de las adolescentes embarazadas en relación a mejores valores en actitudes sexuales (Tabla Nro. 63).

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que la presente investigación se ha planteado determinar las habilidades sociales y la sexualidad en la embarazada adolescente y adolescente no embarazada, presentamos las siguientes conclusiones:

1. Las habilidades sociales de las adolescentes no embarazadas son significativamente más altas que las de las adolescentes embarazadas.
2. Las adolescentes no embarazadas presentan puntajes más altos en las siguientes habilidades sociales: en primer lugar: en habilidades alternativas a la agresión, habilidades de planificación y habilidades relacionadas con los sentimientos. Las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas revelan déficit en las siguientes habilidades sociales: habilidades sociales avanzadas y habilidades para hacer frente al stress. El análisis de cada una de las áreas demuestra que las adolescentes no embarazadas, teniendo en cuenta ambas subvariables, presentan puntajes más altos en: las habilidades alternativas a la agresión, habilidades de planificación y habilidades relacionadas con los sentimientos.
3. Las adolescentes no embarazadas tienen mayores habilidades sociales en las edades de 15 a 19 años de edad, especialmente en las habilidades sociales avanzadas y en habilidades de planificación.
4. Las adolescentes embarazadas presentan déficit significativo en habilidades sociales; sobre todo, en el nivel de educación secundaria, especialmente en habilidades relacionadas con los sentimientos y habilidades alternativas frente a la agresión.
5. Las adolescentes embarazadas solteras presentan déficit significativo en las habilidades sociales, especialmente en habilidades sociales avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos y habilidades alternativas frente a la agresión.

6. La sexualidad de la adolescente no embarazada tiene valores significativamente más altos en conocimientos sexuales, mientras que las adolescentes embarazadas presentan déficit en actitudes y en comportamiento sexual y reproductivo.
7. Las adolescentes embarazadas presentan déficit significativo en la sexualidad, especialmente en las edades de 15 a 19 años de edad, en particular en los conocimientos y comportamientos sexuales y reproductivos.
8. En el nivel de educación secundaria, las adolescentes embarazadas presentan déficit significativo en el área del comportamiento sexual y reproductivo.
9. Las adolescentes embarazadas solteras tienen diferencias significativas en comportamiento sexual y reproductivo y las adolescentes no embarazadas solteras las presentan en conocimientos sexuales.
10. Las adolescentes embarazadas presentan déficit significativo en relación a la estructura de la familia, especialmente en conocimientos y comportamiento sexual y reproductivo. Hay una tendencia a favor de las adolescentes embarazadas en relación a mejores valores en actitudes sexuales. La familia completa es protectora.
11. Las habilidades sociales y la sexualidad se correlacionan con casi todas las áreas de las habilidades sociales teniendo en cuenta el grado de instrucción; es decir, a mayor grado de instrucción, mayores habilidades sociales y conocimientos sexuales, pero no en actitudes ni en comportamiento sexual y reproductivo.
12. No existe relación entre las habilidades sociales y la sexualidad y las variables estado civil, primiparidad y estructura familiar, aunque existe una tendencia a favor de las adolescentes no embarazadas, especialmente en algunas áreas de las habilidades sociales.

CAPITULO VIII

SUGERENCIAS

En el presente estudio plantearemos sugerencias de investigación:

- 1.Cuál es el papel de la familia en la construcción de las habilidades sociales en la embarazada adolescente.
2. Cómo son y cuáles son las relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en adolescente embarazadas de diferente contexto socioeconómico.
3. Cuáles son las relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en adolescentes embarazadas y embarazadas adultas.
4. Investigar el rol de la expectativa de un mejor futuro en la prevención del embarazo adolescente.
5. Realizar estudios en profundidad de las áreas de percepción, auto percepción, percepción de problemas, resolver problemas, percepción de emociones, autocontrol de emociones y control de emociones negativas de la adolescente embarazada.
6. Realizar estudios comparativos y relacionales en muestras similares teniendo en cuenta el aspecto cultural de nuestro país.

REFERENCIAS

- Acosta Ch. M. (2000): Morbimortalidad maternal en adolescentes en: *Adolescencia y salud reproductiva*, Instituto Materno Infantil. Lima-Perú.
- Aken, P., (1985). *An observational study of young adults' drinking groups: Drink purchasing procedures group pressures and alcohol by companions predictors of alcohol consumption*. Alcohol and Alcoholism, 20 (4)
- Aliaga, M. (1996). *Características Sociales de la Adolescencia del Instituto Materno Infantil*, Lima, Tesis UPCH.
- Ambrosio, T. (1995). *Conducta Tipo A y Habilidades Sociales en Estudiantes del Primer al Quinto Año de Psicología de una Universidad Nacional*, Lima, Tesis de Licenciatura, UNFV.
- Andino, Nieves (1999). *Salud y Estilos de Vida en los Jóvenes y Adolescentes*, Sao Paulo, Brasil, Resúmenes del Parlamento Latinoamericano, Diciembre
- Aramburú, C.; Li, D. (1998). *Aspectos de la demanda de calidad de atención en el Perú*, Lima. Informe a UNFPA/INANDEP.
- Aramburú, C.E. (2000). Las y los adolescentes en las Américas: retos y posibilidades, en: *Memorias de la X Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas*, Junio, Lima-Perú.
- Arias, R. y Aramburú, C.A. (1999). *Uno empieza a alucinar....: Percepciones de los jóvenes sobre sexualidad, embarazo y acceso a los servicios de salud: Lima, Cusco e Iquitos*, Lima, REDES JÓVENES.
- Arón, A.M.; Milicia, N. (1994). *Vivir con otros: Programa de desarrollo de habilidades sociales*, Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
- Bandura, A., Walters, R.H (1976). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*, Madrid, Alianza Editorial.
- Becoña, E., (2002): Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias, Plan Nacional sobre drogas, Madrid, España.

- Benítez, N.; Candela, A. (1996). *Ahora ya saben todo, vivencias de la sexualidad de los adolescentes*, Bases Educativas y Comunitarias de Apoyo (BECA), Asunción Paraguay, Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Blum, R. (1998). Healthy youth development as a model for youth health promotion. En *Journal of adolescent health*, N° 22, Nueva York.
- Caballo, V.E. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*, Valencia, España, Promolibros.
- Caballo, V. y Buela, G. (1989). *Diferencias conductuales, cognoscitivas y emocionales entre sujetos de alta y baja habilidad social*. España, Revista de Análisis del Comportamiento, N° 04.
- Cáceres, C. (1999). *La (Re)configuración del universo sexual: Cultura (s) sexual (es) y Salud Sexual entre los jóvenes de Lima a vuelta de milenio*. Lima, UPCH-REDESS JÓVENES.
- Cartledge, G. y Milburn, J. (1980). Teaching social skills to children. Nueva York, Pergamun Press, mencionado en Vallés y Vallés: *Las habilidades sociales en la escuela: una propuesta curricular*, 1996.
- Carrillo, S., S.; Pérez C., B. (2,000). *Actitudes de las madres adolescentes hacia la crianza de sus hijos de la Costa y Sierra de un nivel socioeconómico bajo*, Lima. Universidad Femenina (UNIFE), Tesis de Maestro con mención en Psicología Infantil y del adolescente.
- Casullo, M. (1988). *Adolescentes en Riesgo: Identificación y Orientación Psicológica*, Buenos Aires, Argentina, Ed. Paidós.
- CEPAL (2,000). *La brecha de la equidad: Una segunda evaluación*, 2da. Conferencia Regional de Seguimiento de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Santiago de Chile.

- Cervantes, R., Watanabe,T.,(1994). *La Adolescente como Problema de Salud Reproductiva*, Lima, XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología.
- Collao, O.; Honores, C. *Hacia una pedagogía de la educación sexual*, Declaración Final del Segundo Encuentro Nacional de educación en Sexualidad, Viña del Mar, Chile.
- Combs, M.L. y Slaby, D.A.(1977). Social skill training with children. En B.B. Lahey y A.E. Kazdin, Nueva York, *Avances in clinical child psychology*, Plenum Press.
- Costa, M., y López, E. (1991). *Manual para el educador social*, Madrid, España Centro de Publicaciones, Ministerio de Asuntos Sociales.
- Cuzco, N., C. (1987). *Consecuencias biopsicosociales del embarazo en adolescentes*, Lima, CONAPO.
- Chávez, F. (1989). *Embarazo en la adolescencia en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura*, Tesis para optar el Grado de Maestro en Medicina, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Chu, Magdalena (1990): *Salud Reproductiva de Jóvenes Estudiantes*, Revista Peruana de Población, Lima-Perú.
- Durán,, M. & Rojas, S. (1994). *La sexualidad en los niños y los adolescentes: hacia la construcción de un estado del conocimiento*. Bogotá, Colombia, Ministerio de Educación.
- Falconier, M. (1994). *Los adolescentes y la educación formal en población en América Latina y el Caribe* (Ponencia para el Seminario Interno EAT/FNUAP/ALC sobre adolescencia), Chile.

- Fernández, R. y Carrobles, S. (1981). *Evaluación Conductual: Metodología y Aplicaciones*. Madrid. Ed. Pirámide.
- Fernández, M. (1998). *Conocimiento y actitudes sexuales de escolares adolescentes*. UPL. Lima.
- Ferrando, D. (1992) *Uso y conocimiento de drogas en estudiantes de secundaria de menores*. Estudio Nacional, Lima – Perú, Ministerio de Educación.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (1997). *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, Población y Desarrollo: Un compromiso Universal*, Programa de Acción, Lima-Perú, Editorial Caligráfica.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (1998). *Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes: Un compromiso para el Futuro*, San José de Costa Rica, Resumen de los Informes Nacionales de los Países de América latina.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2000): *Diagnóstico de Población y Desarrollo. Gobierno del Perú*. Documento borrador UNFPA.
- García R., J.A. (1994). *Competencia social y currículo*. Madrid. Alambra Logman.
- García N., J. y Alberts, A. (1999). *Guía para la evaluación de impacto de programas y proyectos en salud sexual y reproductiva destinados a adolescentes escolarizados*, Santiago de Chile, Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Geronimus, A.; Korenman,S. (1994). *The socioeconomic costs of teenage childbearing: evidence and interpretation*, Nuevo York, Plenumm, Demography.

- Gil, F. y García, M. (1993). Entrenamiento de las habilidades sociales. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz. *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid.
- Gobierno de Navarra (1998). *Habilidades de Interacción y Autonomía Social. Instrumentos para la atención a la diversidad*, España, Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra.
- Goldstein, A.P.; Sprafkin, R.; Gershaw, J.; Klein, P.; (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia: un programa de enseñanza*, Madrid.
- González, C. (1994). *La adolescencia en el Perú*, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Gustin, K., M. (1986). *La educación sexual en adolescentes urbano-marginales de Lima y las implicancias de una maternidad precoz*, Lima, IMPARES.
- Guzmán, J. M, Falconier, M. (2,000). *Políticas de Población para Adolescentes: Diagnóstico de situación y políticas de salud sexual y reproductiva*, México, Equipo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe.
- Guzmán, J.; Hakkert,R.; Contreras, J.; Falconier de Moyano, M. (2,001). *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de ADOLESCENTES en América Latina y el Caribe*, México, Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Gutiérrez, I. (1993). *Factores de riesgo asociados al embarazo, primíparas adolescentes en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima y Hospital Nacional de Pucallpa*, Lima, Tesis para Optar el título de Médico Cirujano. Universidad Particular Cayetano Heredia.
- Gutiérrez, Civila (1997). *Conducta reproductiva y materna en la adolescencia en Lima Metropolitana*, Lima, Revista Estadística Peruana, N° 2, INEI.

- Hammer, P. (1999): *Evaluación de los factores socioculturales que afectan a la salud reproductiva y sexual de los y las adolescentes rurales*, Lima – Perú, Informe Final del Proyecto de adolescentes. PRIME.
- Hay, D. (1994) *Prosocial Development. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, Vol. 35 (1), 29-71.
- Hersen, M. y Bellack, A. (1977) Assesment of Social Skills. En Ciminero, A.; Calhoun, K. Y Adams, H. (eds.): *Handbook for Behavioral assesment*, N.Y. John Willey and Sons.
- Hope, D. y Mindell, J. (1994) *Global Social Skill ratings: measures of social behavior or physical attractiveness*. Behavioral Research and Therapy, vol. 32 (4), 463-469.
- Hotz et. al (1997). “The costs and consequences of teenage child bearing for mothers”. En: Rebecca A. Maynard (ed.) *Kids having kids: economic costs and social consequences of teen pregnancy*. Washington, D.C. Urban Institute Press.
- Huertas, M.J. (1999): *Actitudes, comportamiento sexual de la gestante primigesta en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé*, Lima – Perú, Tesis de Licenciatura en Obstetricia.
- INEI (1995). *La fecundidad adolescente en el Perú*, Lima.
- INEI (1997). *Encuesta demográfica y de salud familiar*, Lima, ENDES.
- INEI (2,000) *Encuesta demográfica y de salud familiar*, Lima, ENDES.
- Instituto Nicaragüense de la Mujer (1999). *¿Qué más podía hacer, sino tener un hijo?: Bases Socioculturales del Embarazo de las adolescentes en Nicaragua*. Managua, Nicaragua, Publicación auspiciada por el Fondo de Población de

las Naciones Unidas a través del Proyecto Regional “Prevención del Embarazo Adolescente”.

Isaza, L. Y cols (1998). *Evaluación de los Procesos Pedagógicos del Proyecto Nacional de Educación Sexual en las Instituciones Escolares*, Colombia, Ministerio de Educación.

Izaguirre, A. (1995). *Perfil Psicosocial de un Grupo de Madres Adolescentes que provienen de un estrato sociocultural bajo*, Lima. Tesis de Licenciatura.

Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977): *Problem behavior and psychological development*. Nueva York, Academic Press.

Jessor, R., Donovan, J.E. y Costa, F. (1992). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. Nueva York, Cambridge University Press.

Kelly, J.A. (1987). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao. DDB.

Krauskopf, D. (1997). *La sexualidad y la salud reproductiva en las políticas de Juventud en América Latina*, Costa Rica, San José, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

La Rosa, L. (1997). *Adolescencia e iniciación sexual*, Lima Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Larguía, Alfredo A. (1999). *Sesión Científica Conjunta de la Academia Nacional de Medicina y la Sociedad Argentina de Pediatría*, Buenos Aires, Argentina.

Libet, J.M. y Lewinsohn, P.M. (1973). *Concept of social skill with special referendes to the behavior of depressed persons*. Nueva York, Journal of Consulting and Clinical Psychology, N° 40.

- Loli, A. (1986). *La Sexualidad en la Adolescencia: Un Estudio Peruano*, Lima, Ed. SMMISA.
- Lucich, E. (1999). *Características de salud reproductiva en adolescents*, Lima – Perú
- Mc Fall, R.M. (1982). *A review and reformulation of the concept of social skills*. Nueva York, Behavior Assesment, N°4.
- Mascaro, P. (1999). Salud reproductiva, en: *Adolescencia y salud reproductiva*, Lima – Perú, Instituto materno Infantil.
- Marshall, M. (1994). *Propuestas para políticas públicas: sexualidad, embarazo y maternidad adolescente*, Santiago de Chile, CORSAPS.
- Maisonneuve, J. (1988). *Psicología Social*, México, Editorial Paidós.
- Meza, A. (1995) *Psicología de la Asertividad*. Boletín de Psicología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Año 1(3), 15-19.
- Michelson, L.; Sugai, D.; Wood, R.; Kazdin, A.(1987). *Las habilidades sociales en la infancia: Evaluación y Tratamiento*, Barcelona, Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Ministerio de Educación (1998) *Censo Escolar 1993 – Estadísticas Básicas*, Lima-Perú, Unidad de Estadística.
- Mischel, W. (1973). Toward a Cognitive Social Learning Reconceptualization of Personality, Mencionado en: Roth. U.E.: *Competencia Social: el Cambio del Comportamiento Individual en la Comunidad*, México, Ed. Trillas.
- Monjas, I., y González, B. (1998). *Las Habilidades Sociales en el Currículo*, España, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

- Morris, L. (1994). *Sexual Behavior of Young Adults in Latin America*, Washington, D.C.
- Moore, K.; Miller, B.; Morrison, L. (1995). *Adolescent sex, Contraception and Childbearing: a review of recent research*, Washington D.C., Child Trends Inc.
- Núñez R., H. Y Rojas Ch., A. (1998). *Revisión Conceptual y comportamiento del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres*. Costa Rica, Revista Costarricense de Salud Pública 7(13).
- Odar, B.Y. (1995). *Factores bio – sociales materno que inciden en el tipo de parto de adolescentes: estudio de los casos presentados en el Hospital Nacional Madre – Niño San Bartolomé, 1990 – 1993*, Lima – Perú, Tesis de Licenciatura en Obstetricia, Universidad Particular San Martín de Porres.
- Ojeda, N. (2000). Aspectos Sociales de las adolescentes atendidas en el Instituto Materno Perinatal, en: *Adolescencia y Salud Reproductiva*, Lima – Perú, Instituto Materno Infantil.
- O.M.S. (1985). *La salud del adolescente y el joven en las Américas*, Washington, Publicación Científica, N° 489.
- O.P.S. (1996). *Taller de Salud Integral de Adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe*. Programa de adolescencia. Fundación W.K. Kellogg, Washington, D.C.
- OPS (1998). *Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas*, 1998 –2001, Washington, Oficina Panamericana de la Salud.

- Pathfinder Internacional (2000) *Antecedentes de la actividad sexual temprana y uso de condón en estudiantes de secundaria urbanas en el Perú*, Lima – Perú.
- Parra, J.; Pinedo, A.; Tabarra, L.; Vivanco, A (1990). *Comportamiento reproductivo en las adolescentes*, Hospital de Apoyo María Auxiliadora de Lima, X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología.
- Pelechano, V. (1984). *Inteligencia social y habilidades interpersonales*. Lima, Análisis de Modificación de Conducta, N° 1.
- Quintana, A. (1999). *Construcción social de la sexualidad en adolescentes estudiantes de El Agustino*, Lima, IES.
- Rich, A.R. y Schroeder. H.E. (1976). *Research issues in assertiveness training*. Washington, Psychological Bulletin, N° 83.
- Rinn, R.C. y Markle, A. (1979). Modifications of social skill deficits in children. En A.S. Bellack y M. Hersen: *Research and practice in social skills training*. Nueva York. Plenum Press.
- Rimm, D.C. y Masters, J.C. (1974). *Behavior Therapy: Techniques and Empirical Findings*, Nueva York, Academic Press.
- Ríos, M., C.A., (2003). *Efectos del Programa Nacional de Educación Sexual sobre conocimientos y actitudes sexuales en estudiantes de secundaria de Lima*, Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Rodríguez, I., R. (1995). *Adolescencia, matrimonio y familia: un estudio interdisciplinario*, Lima, PUC.

- Rojas, R. (1991). *Perfil Psicosocial de la adolescente gestante de estrato socioeconómico bajo*, Lima.
- Roth, U., E.(1986). *Competencia social: el cambio del comportamiento individual en la comunidad*, México, Ed. Trillas.
- Rubio, E. (1994). Visión Panorámica de la Sexualidad, en: *Antología de la Sexualidad Humana, México – CONAPO (Consejo Nacional de Producción)* - Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa.
- Salazar Ch., M. (2000). Comportamiento sexual y reproductiva de los adolescentes, en: *Adolescencia y salud reproductiva*, Lima – Perú, Instituto Materno Perinatal.
- Salaverry, Olga M.(1999). *Embarazo en Adolescentes de Lima*, Lima, Revista Actualidad Psicológica.
- Salvatierra, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*, Madrid, Editorial Martínez Roca.
- Sebastiani, P.A. (1991). *Actitudes relacionadas con la maternidad en gestantes nulíparas adolescentes, jóvenes y adultas del Hospital Maternidad de Lima*, Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma.
- Stern, C. (1997). *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. México, Salud Pública.
- Universidad Peruana Cayetano Heredia (1989-1990). *Estudio piloto sobre los niveles de conocimientos y actitudes acerca de la sexualidad humana, embarazo, ETS y abuso de sustancias*. Lima.

- Vallés A., A; Vallés T., C. (1996). *Las habilidades sociales en la escuela: una propuesta curricular*, Madrid España, Editorial EOS.
- Varona, S. (1993). *Efectos de un Programa para la sustitución de la agresión mediante el desarrollo de las habilidades sociales y el autocontrol en menores de 11 a 15 años en condiciones especialmente difíciles institucionalizados del COMAIN*, Lima, Tesis Maestría, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Verdugo, M. A. (1989). *Programas Conductuales Alternativos (P.C.A.): I. Habilidades Sociales*, Madrid, MEPSA.
- Villa, M. (2,000). *Juventud, Población y Desarrollo: Problemas, posibilidades y desafíos*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE, Naciones Unidas.
- Villarreal, M. (1998). *Adolescent fertility: sociocultural issues and program implications*, Roma, Fondo de las Naciones Unidas para la Agricultura.

Apéndice:

1. Lista de Chequeo de Evaluación de Habilidades Sociales (Goldstein et. al. 1,980).
2. Prueba de conocimientos en sexualidad.
3. Prueba de actitudes en sexualidad.
4. Prueba de comportamiento sexual y reproductivo.
5. Razones por las cuales tuvo relaciones sexuales.

Anexo Nro. 01

**Lista de Chequeo de Evaluación de Habilidades Sociales
(Goldstein et. al. 1,980)**

	Supuestos de evaluación
GRUPO I: PRIMERAS HABILIDADES SOCIALES	
1. ¿Prestas Atención a la persona que te está hablando y te esfuerzas por comprender lo que te está Atención?.	<i>Atención y comprensión</i>
2. ¿Inicias una conversación con otras personas y luego puedes mantenerla por un buen momento?.	<i>Capacidad de conversar y mantenerla</i>
3. ¿Hablas con otras personas sobre cosas que interesan a ambas?.	<i>Capacidad de diálogo de diferentes temas.</i>
4. ¿Seleccionas la información que necesitas saber y se la pides a la persona adecuada?.	<i>Selección de información y solicitud adecuada.</i>
5. ¿Dices a los demás que tú estás agradecida con ellos por algo que hicieron por ti?.	<i>Saber agradecer.</i>
6. ¿te esfuerzas por conocer a nuevas personas por propia iniciativa?.	<i>Capacidad de iniciativa.</i>
7. ¿Presentas a nuevas personas con otros (as)?.	<i>Capacidad de relacionarse.</i>
8. ¿Dices a los demás lo que te gusta de ellos o de lo que hacen?.	<i>Expresión adecuada de simpatías</i>
GRUPO II: HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS	
9. ¿Pides ayuda cuando la necesitas?.	<i>Capacidad de pedir ayuda.</i>
10. ¿Te integras a un grupo para participar en una determinada actividad?.	<i>Capacidad de integrarse al grupo.</i>
11. ¿Explicas con claridad a los demás cómo hacer una tarea específica?.	<i>Capacidad de exponer ideas.</i>
12. ¿Prestas atención a las indicaciones, pides explicaciones y llevas adelante las instrucciones correctamente?.	<i>Capacidad de atender y llevar a cabo instrucciones.</i>
13. ¿Pides disculpas a los demás cuando haz hecho algo que sabes que está mal?.	<i>Reconocimiento de errores</i>
14. ¿Intentas persuadir a los demás de que tus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de las otras persona?.	<i>Capacidad de persuasión.</i>

GRUPO III: HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS	
15. ¿Intentas comprender y reconocer lo que te pasa emocionalmente?.	<i>Autorreconocimiento de emociones.</i>
16. ¿Permites que los demás conozcan lo que sientes?.	<i>Apertura.</i>
17. ¿Intentas comprender lo que sienten los demás?.	<i>Capacidad de comprender las emociones de otros.</i>
18. ¿Intentas comprender el enfado de las otras personas?.	<i>Capacidad de comprender las relaciones de otros.</i>
19. Permites que los demás sepan que tu te preocupas por ellos?.	<i>Capacidad de expresión de preocupación hacia otros</i>
20. ¿Cuándo sientes miedo, piensas porqué lo sientes, y luego intentas hacer algo para disminuirlo?.	<i>Autocontrol de emociones (comprensión y control).</i>
21. ¿Te das a ti misma una recompensa después de hacer algo bien?.	<i>Auto recompensa.</i>
GRUPO IV: HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESION	
22. Sabes cuándo es necesario pedir permiso para hacer algo y luego se lo pides a la persona indicada?.	<i>Ubicación social.</i>
23. Compartes tus cosas con los demás?.	<i>Compartir.</i>
24. ¿Ayudas a quien lo necesita?.	<i>Capacidad de ayudar.</i>
25. ¿Si tu y alguien están en desacuerdo sobre algo, trata de llegar a un acuerdo que satisfaga a ambos?.	<i>Negociación, asertividad.</i>
26. ¿Controlas tu carácter de modo que no se te “escapan las cosas de la mano”?.	<i>Autocontrol de emociones.</i>
27. ¿Defiendes tus derechos dando a conocer a los demás cuál es tu punto de vista?.	<i>Defensa de derechos (asertividad).</i>
28. ¿Conservas el control cuando los demás te hacen bromas?.	<i>Autocontrol de emociones.</i>
29. ¿Te mantienes al margen de situaciones que te pueden ocasionar problemas?.	<i>Capacidad de percibir problemas.</i>
30. ¿Encuentras otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearte?.	<i>Resolución de problemas, asertividad.</i>
GRUPO V: HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS	
31. ¿Le dices a los demás de modo claro, pero no con enfado, cuándo ellos han hecho algo que no te gusta?.	<i>Expresión de desagrado, asertividad.</i>
32. ¿Intentas escuchar a los demás y responder imparcialmente cuando ellos se quejan de ti?.	<i>Responder asertivamente frente a acusaciones.</i>
33. ¿Expresas un halago sincero a los demás por la forma en que han hecho las cosas?.	<i>Expresión adecuada de sentimientos, con sinceridad</i>
34. ¿Te esfuerzas por hacer algo que te ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido?.	<i>Autocontrol de emociones negativas (vergüenza) y respuesta adecuada.</i>

35. ¿Sabes si te han dejado de lado en alguna actividad y , luego, haces algo para sentirte mejor en esa situación?	<i>Percepción de la marginación y alternativas para sentirse mejor.</i>
36. ¿Manifiestas a los demás cuando sientes que una amiga no ha sido tratada de manera justa?	<i>Defensa de amigos (a), solidaridad.</i>
37. ¿Si alguien está tratando de convencerte de algo, piensas en la intención de esa persona y luego en la propia antes de decidir qué hacer?	<i>Análisis de situaciones y toma de decisiones.</i>
38. ¿Intentas comprender la razón por la cual has fracasado en una situación particular?	<i>Comprensión de las causas del fracaso.</i>
39. ¿Reconoces y resuelves la confusión que te produce cuando los demás te explican una cosa, pero dicen y hacen otra?	<i>Capacidad de resolver la confusión.</i>
40. ¿Comprendes de qué y porqué has sido acusada y luego piensas en la mejor forma de relacionarte con la persona que hizo la acusación?	<i>Autocontrol, negociación, interrelación.</i>
41. ¿Planificas la mejor forma para exponer tu punto de vista, antes de una conversación problemática?	<i>Elaboración de estrategias e ideas frente a problemas.</i>
42. ¿Decides lo que quieres hacer cuando los demás quieren que hagas otra cosa distinta?	<i>Autonomía frente a la presión de los demás.</i>
GRUPO VI: HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN	
43. ¿Si te sientes aburrída, intentas encontrar algo interesante que hacer?	<i>Estrategias para el aburrimiento</i>
44. ¿Si surge un problema, intentas determinar qué lo causó?	<i>Capacidad de darse cuenta de los problemas.</i>
45. ¿Tomas decisiones realistas (prácticas) sobre lo que te gustaría realizar antes de comenzar una tarea?	<i>Toma de decisiones y autonomía.</i>
46. ¿Sabes de manera realista (práctica) qué tan bien podrías realizar una tarea específica antes de iniciarla?	<i>Conocimiento de las autopotencialidades</i>
47. ¿sabes lo que necesitas y cómo conseguirlas?	<i>Necesidades de conocimiento y capacidad de conseguirlo.</i>
48. ¿Sabes en forma realista cuál de tus numerosos problemas es el más importante y cuál debería solucionarse primero?	<i>Capacidad de jerarquizar problemas y solución de los más importantes.</i>
49. ¿Analizas entre varias posibilidades y luego eliges la que te hará sentirte mejor?	<i>Capacidad de análisis de posibilidades y elección de las más saludables.</i>
50. ¿Eres capaz de ignorar distracciones y sólo prestas atención a lo que quieres hacer?	<i>Capacidad de concentrarse en propósitos</i>

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Iniciamos con tus datos básicos:

1. ¿Cuántos años tienes?Años **Dónde naciste?**.....
2. ¿Cuál es tu estado civil? 1. Casada () 4. Unión libre o conviviente ()
2. Viuda () 5. Separada ()
3. Divorciada () 6. Soltera ()
3. ¿Qué grado (o año) de instrucción terminaste? (en el espacio, escribe el último año aprobado)
1. Primaria Incompleta () 2.- Primaria Completa ()
3. Secundaria Incompleta () 4.- Secundaria Completa ()
5. Técnica () 6. Universidad () 7. Otro(Específico) ()

4.- **Qué religión practicas:** Católica () Protestante () Evangélica () Judía ()
Ninguna () Otra ()

especifique:.....

5. **¿Desempeñas algún trabajo remunerado?:** 1. SI () 2. NO ()
Menciona en qué trabajas:.....

6. **La familia con la cual vives actualmente está constituida por:**

- a. Mamá, papá y hermanos b.- Sólo mamá, papá y yo
c. Sólo mamá y hermanos d.- Sólo papá y hermanos
e. Sólo papá, madrastra y hermanos f. Sólo mamá, padrastro y hermanos.
g. Tía/Tío, hermanos y primos h. Otra (explica).....

7. **Cómo consideras las relaciones en tu familia?**

Muy buenas () Buenas () Regulares () Malas () Muy Malas ()

8.- **¿Cuál de los dos de tus padres consideras que más te ha apoyado siempre?**

Mi papá () Mi mamá () Los dos () Ninguno de ellos ()
Otro familiar (indica quién) :.....

9.- **Consideras que en tu familia hay falta de comunicación?**

Siempre () Casi siempre () A veces () Nunca () Casi nunca ()

10.- **¿Cuántos años de estudios has repetido?**

1 () 2 () 3 () más de 3 años ()

11. **La autoestima es el sentimiento que tenemos las personas mediante el cual nos queremos o nos apreciamos, cómo crees que es tu autoestima?**

Muy baja () Baja () Mediana () Alta () Muy Alta ()

12. Has consumido alguna de las siguientes drogas alguna vez en tu vida?

Alcohol () Cigarrillo () Marihuana () Cocaína () Pasta Básica de Cocaína ()
Inhalantes () Tranquilizantes () Éxtasis ()
Otra(específica):.....

12.- ¿Cuál es tu plan principal para el futuro?.....

.....

13.- ¿Cuántas hijas y cuántos hijos te gustaría tener en tu futura familia ?

1 hijo () 2 hijos () 3 hijos ()
4. Los que Dios mande () 5. No he pensado ()

Anexo Nro. 02

PRUEBA DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD

1. ¿Cuánto crees que sabes de sexualidad?

Nada (1) Poco (2) Regular (3) Mucho (4) Muchísimo (5)

2. Consideras que :

Nota: Puedes marcar más de una respuesta.	SI	NO
1. Las relaciones sexuales son la única expresión de la sexualidad.	0	1
2. El sexo de las personas se determina desde el momento del nacimiento.	0	1
3. El sexo se conoce por los genitales.	1	0
4. Una de las funciones de la sexualidad es la de proporcionar placer.	1	0
5. Los componentes de la sexualidad son: el biológico, el psicológico y el social.	1	0

3. ¿Quién o quiénes te han informado sobre sexualidad?

(Puedes marcar más de una respuesta)

	Si	No
1. Padre	1	0
2. Madre	1	0
3. Otro familiar	1	0
4. Profesor(es,a,as)	1	0
5. Amigos(as)	1	0
6. Novio enamorado	1	0
7. Libros	1	0
8. Revistas	1	0
9. Material pornográfico	1	0
10. Radio	1	0

11. Televisión	1	0
12. Otro medio	1	0

**4.- ¿Dónde has recibido información sobre sexualidad
(Puedes marcar más de una respuesta)**

	Si	No
1. En la calle	1	0
2. En tu hogar	1	0
3. En el trabajo	1	0
4. En la escuela o colegio	1	0
5. En el centro de salud	1	0
6. En organizaciones comunitarias	1	0
7. Otro lugar (mencionalo):.....	1	0

5. Crees que la menstruación (regla) es (Contesta a todas las frases):

	SI	NO
1.¿Una enfermedad que tiene la mujer cada mes?	0	1
2.¿Un sangrado normal propio de la mujer en edad de concebir, que se produce generalmente cada mes?	1	0
3.¿El momento indicado para que la mujer quede embarazada?	0	1
4.¿Señal de que la mujer está en edad de tener hijos?	1	0
5. No se		

6.- Una chica de 12 años, que ya ha empezado a menstruar (reglar) puede quedar embarazada en su primera relación sexual) Si (0) No (1) No Sé ()

7.- Crees que la eyaculación es :

	SI	NO
1. La erección del pene	0	1
2. El derrame del semen	1	0
3. La masturbación	0	1
4. Una enfermedad	0	1
5. Es la excitación sexual	0	1
6. No sé		

**8.- ¿En qué momento hay mayor riesgo para que una mujer quede embarazada?
(marca sólo una respuesta)**

	SI	NO
1. Durante la menstruación (regla)	0	1
2. Hasta 5 días después de la menstruación	0	1
3. A mitad del ciclo menstrual	1	0
4. 5 días antes de la menstruación	0	1

5. En cualquier momento	0	1
6. No sé		

9.- El hombre puede embarazar a una mujer en todas las relaciones sexuales: Si (0) No (1) No Sé ()

10.- Un bebé se forma de la unión de (marca sólo una respuesta):

	SI	NO
1. Un óvulo y un núcleo de óvulo	0	1
2. Un espermatozoide y 2 óvulos	0	1
3. Un óvulo y un espermatozoide	1	0
4. Un núcleo y 3 espermatozoides	0	1
5. Sólo de un óvulo	0	1
6. No sé		

11.- Uno de los aspectos más importantes en una relación de pareja es:

(Puedes marcar más de una respuesta)

	SI	NO
1. La aprobación de la familia	1	0
2. La aprobación de los amigos	1	0
3. La atracción sexual	1	0
4. Compartir gustos y actividades	1	0
5. La compañía de la pareja	1	0
6. La confianza	1	0
7. Pasarlo bien	1	0
8. Comunicarse permanentemente	1	0

12.- Una de las cualidades más importantes en una relación de pareja es:

(Puedes marcar más de una respuesta)

	SI	NO
1. La pasión	1	0
2. La sensualidad	1	0
3. El amor	1	0
4. La independencia.	1	0
5. La responsabilidad	1	0
6. La fidelidad	1	0
7. El respeto	1	0
8. Otro (especifica):.....	1	0

13.- La sífilis y la gonorrea son dos enfermedades de transmisión sexual :

SI (1) NO (0) NO SE ()

14.-Una mujer que tiene sífilis la transmite al hombre con el cual tiene relaciones sexuales?

SI (1) NO (0) NO SE ()

15.- Se puede contagiar el SIDA besando: SI (0) NO (1) NO SE ()

Anexo Nro. 03

II.- ESCALA DE ACTITUDES

- 16.- Las madres adolescentes deben ser aceptadas socialmente. *(E.A. y aceptación social)*
- 17.- La adolescente embarazada tiene dificultades de autoimagen y autoestima *(E.A. y autoestima)*
- 18.- La educación sexual debe darse en el colegio desde la primaria *(Edusex en la Primaria)*
- 19.- Las adolescentes se embarazan por problemas familiares *(E.A. y problemas familiares)*
- 20.- El embarazo en adolescentes se debe a falta de oportunidades sociales y laborales *(E.A. y falta de oportunidades sociolaborales).*
- 21.- El embarazo en adolescente se produce porque se han relajado los controles en la familia *(E.A. y controles en la familia).*
- 22.- La mujer ha nacido para cumplir con su función de procrear hijos *(Rol de procreación de la mujer).*
- 23.- El embarazo en adolescentes es producto de la mala información que se da en los medios de comunicación *(E. A. Y mala información en los medios de comunicación)*
- 24.- Consideras que a los (las) adolescentes se les debe hablar en detalle sobre los métodos anticonceptivos. *(adolescentes y métodos anticonceptivos).*
- 25.- El embarazarse en la adolescencia no es ningún problema *(Percepción del embarazo en la adolescencia como problema)*
- 26.- La sociedad da más valor a la mujer cuando ésta tiene sus hijos *(Embarazo y valoración de la mujer).*
- 27.- Los abortos deben ser desaprobados en cualquier circunstancia *(Rechazo o aceptación del aborto)*
- 28.- La pareja de la adolescente embarazada debe involucrarse desde el inicio del embarazo *(E.A. e involucración de la pareja en el embarazo)*
- 29.- Frente a los comentarios sexuales me conduzco con naturalidad sin cortarme para nada *(Conducción natural frente a temas sexuales)*

Anexo Nro. 04

III. COMPORTAMIENTO SEXUAL Y REPRODUCTIVO

30. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales? SI (1) NO (0)

(Para las adolescentes no embarazadas, en caso de contestar NO, pasar a la pregunta 35 y allí habrás terminado)

31. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?años

32. ¿Con quien tuviste tu primera relación sexual?

	SI	NO
1. Novio o enamorado	1	0
2. Esposo	1	0
3. Amigo	1	0
4. Pariente o familiar	1	0
5. Empleado de la casa	1	0
6. Extraño o recién conocido(a)	1	0
7. Otro (especificar):.....	1	0

33. Por qué razón (razones) tuvistes relaciones sexuales? (puedes marcar más de una respuesta)

	SI	NO
1. Por diversión.	1	0
2. Porque la mayoría de mis amigos(as) lo hacen.	1	0
3. Porque estoy preparada	1	0
4. Por temor a perder a mi pareja.	1	0
5. Por placer	1	0
6. Para demostrar que soy mujer	1	0
7. Como prueba de amor.	1	0
8. Por amor.	1	0
9. Por presión de mi pareja.	1	0
10. Por problemas familiares	1	0
11. Me sentía sola	1	0
12. Quería embarazarme para irme de mi casa	1	0
13. Porque estaba bajo el efecto del alcohol	1	0
14. Por que estaba bajo el efecto de las drogas	1	0
15. No sé	1	0
16. Otra razón	1	0

34. ¿Cuántos compañeros sexuales has tenido?

1 (1) 2 (2) 3 (3) 4 (4) 5 (5) más de 5 (6)

35.- En caso de tener relaciones sexuales qué harías para evitar un embarazo no deseado (puedes marcar más de una respuesta):

	SI	NO
1. Dejaría que mi pareja se ocupara del tema.		
2. Tendría relaciones sexuales de pie.		
3. Pediría que mi pareja use condón.		
4. Me lavaría con limón o vinagre después de las relaciones sexuales.		
5. Usaría la píldora.		
6. No usaría un método anticonceptivo porque me gustaría tener un hijo.		
7. Tomaría una ducha fría después de las relaciones sexuales.		
8. Saltaría para que me baje la eyaculación.		
9. No haría nada porque no tendría relaciones tan seguidas como para quedar embarazada.		
10. Acudiría a un centro de salud donde dan información sobre cómo evitar un embarazo.		

36. ¿Alguna vez has usado algún método anticonceptivo? SI (0) NO (1)

37. ¿Qué método anticonceptivo generalmente más usas? (puedes marcar más de una respuesta)

	SI	NO
1. Pastillas	1	0
2. Inyecciones	1	0
3. Dispositivo intrauterino (DIU)	1	0
4. Locales (óvulos, espumas...)	1	0
5. Ritmo	1	0
6. Retiro	1	0
7. Otro	1	0

38. ¿Has tenido relaciones sexuales en el último mes?

1. SI (0) 2. NO (1)

39. ¿Utilizaste algún método anticonceptivo en el último mes?

1. Si (0) 2. No (1)

40. ¿Qué métodos anticonceptivos usaste en el último mes? (puedes marcar más de una respuesta)

	SI	NO
1. Pastillas	1	0
2. Inyecciones	1	0
3. Dispositivo intrauterino (DIU)	1	0
4. Locales (óvulos, espumas...)	1	0
5. Ritmo	1	0
6. Retiro	1	0
7. Otro	1	0

41. Antes, ya has estado embarazada? SI (1) NO (0)

42. ¿Cómo terminó el embarazo?

1. Nació vivo () 2. Nació muerto () 3. Aborto provocado ()
4. Aborto espontáneo () 5. No se ()

a. **A qué edad tuviste tu primer hijo(a):** a los:..... años

b. **Deseaste a tu hijo?** SI (1) NO (0)

c. **Qué número de hijo es el presente?:** 1ro.() 2do () 3ro. () 4to.()

d. **Por el embarazo dejaste los estudios:** SI (1) NO (0)

Anexo Nro. 05

¿Porqué razones tuvo relaciones sexuales?

	F	%
Por diversión	12	3.3
Porque la mayoría de mis amigos lo hacen	05	1.4
Porque estoy preparada	22	6.0
Por temor a mi pareja.	25	6.8
Por placer	21	5.7
Para demostrar que soy mujer	09	2.4
Como prueba de amor	33	9.0
Por amor	179	48.6
Por presión de mi pareja	16	4.3
Por problemas familiares	26	7.1
Me sentía sola	37	10.1
Queía embarazarme	16	4.3
Estaba bajo los efectos del alcohol	06	1.6
Estaba bajo el efecto de las drogas	02	0.5
No se	58	15.8

Anexo Nro. 06

¿Alguna vez has usado algún método anticonceptivo?

	F	%
No	153	41.6
Si	215	58.4
Total	368	100.0

¿Has tenido relaciones sexuales en el último mes?

	F	%
No	132	35.9
Si	236	64.1
Total	368	100.0

¿Utilizaste algún método anticonceptivo en el último mes?

	F	%
No	25	6.8
Si	343	93.2
Total	368	100.0

**More
Books!** 



yes
I want morebooks!

Buy your books fast and straightforward online - at one of the world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at
www.get-morebooks.com

¡Compre sus libros rápido y directo en internet, en una de las librerías en línea con mayor crecimiento en el mundo! Producción que protege el medio ambiente a través de las tecnologías de impresión bajo demanda.

Compre sus libros online en
www.morebooks.es

OmniScriptum Marketing DEU GmbH
Bahnhofstr. 28
D - 66111 Saarbrücken
Telefax: +49 681 93 81 567-9

info@omniscrptum.com
www.omniscrptum.com

OMNIScriptum 

