



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

Escuela de Post Grado

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

“CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIALES Y FAMILIARES ASOCIADOS AL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JUAN VELASCO ALVARADO DE PILLCOMARCA-2013”

Para optar el grado académico de

Magister en Ciencias de la Salud.

Mención Salud Pública y Docencia Universitaria

Autora:

LIZ KARINA VILA ACOSTA

Huánuco – Perú

2016

DEDICATORIA

A mi digna familia, por su gran apoyo en el desarrollo de la presente investigación.

La autora.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a JEHOVA por otorgarme vida y salud.

Seguidamente agradezco a mi familia, especialmente a mi madre e hijos por su paciencia y tiempo que han tenido que sacrificar en aras de la obtención del grado de Magister.

Debo agradecer también la valiosa labor del asesor de tesis, quién hizo posible la conclusión de ésta tesis.

Así mismo hago evidente mi agradecimiento a la institución que me formó, la Universidad Privada de Huánuco. Del mismo modo debo agradecer a los docentes que fueron parte de la confección de la presente tesis y las personas que contribuyeron de una forma u otra para la culminación de la presente tesis.

La autora.

RESUMEN

Objetivos. Establecer la asociación entre las conductas de riesgo psicosociales y familiares con el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria “Juan Velasco Alvarado” de Pillcomarca-2013.

Materiales y Métodos. Se realizó un estudio de tipo **observacional analítico**, transversal y prospectivo, donde se seleccionó una muestra de 144 estudiantes adolescentes del 4to y 5to año de la I.E.S. “Juan Velasco Alvarado”. Se utilizó como técnica de recolección, la encuesta para identificar las conductas de riesgos psicosociales y sus dimensiones en torno a la sexualidad, las adicciones, la depresión, la violencia y el deterioro de la autoestima; así como las conductas de protección en torno a la religión. Se efectuó un análisis descriptivo e Inferencial utilizando la prueba Chi cuadrado de Pearson (X^2) para establecer la asociación entre las variables de interés mencionados. **Resultados:** se evidenció asociación significativa ($X^2=21,840$ y $p=0,000$) entre las conductas de riesgo psicosocial y familiares con el inicio de las relaciones sexuales. Respecto a las dimensiones se comprobó, asociación significativa entre los riesgo psicosociales en torno a la sexualidad ($X^2= 40,908$ y $p=0,000$), en torno a las adicciones ($X^2= 37,370$ y $p=0,000$), en torno a la violencia ($X^2= 8,808$ y $p=0,012$), y en torno al deterioro de la autoestima ($X^2 = 5,869$ y $p=0,050$) con el inicio temprano de las relaciones sexuales. Además de una asociación significativa ($X^2=14,510$ y $p=0,001$) con la postergación del inicio temprano de las relaciones sexuales. No existió asociación significativa ($X^2 =1,699$ y $p=0,428$) entre las conductas de riesgo psicosocial en torno a la depresión y el inicio temprano de las relaciones sexuales. **Conclusiones:** las conductas de riesgo psicosociales y familiares están asociados con el inicio de las relaciones sexuales significativamente.

SUMMARY

Objectives: Establish the association between psychosocial risk behaviors and family with the onset of sexual intercourse in adolescents High School "Juan Velasco Alvarado" of Pillcomarca-2013. **Materials and methods:** An analytical study, *transversal and prospective* observational where a sample of 144 adolescent students of 4th and 5th year was selected was performed I.E.S. "Juan Velasco Alvarado". The survey was used as a collection technique to identify risk behaviors and psychosocial dimensions around sexuality, addictions, depression, violence and deterioration of self-esteem; and protective behaviors around religion. A descriptive and inferential analysis using the Pearson Chi-square test (X^2) to establish the association between the variables of interest mentioned was made. **Results:** significant association ($X^2 = 21.840$ and $p = 0.000$) was evidenced between family psychosocial risk behaviors and the onset of sexual relations. Regarding the dimensions, significant association between psychosocial risk around sexuality ($X^2 = 40.908$ and $p = 0.000$), around addictions ($X^2 = 37.370$ and $p = 0.000$), around violence ($X^2 = 8.808$ was found $p = 0.012$), and about the deterioration of self-esteem ($X^2 = 5.869$ and $p = 0.050$) with early onset of sexual intercourse. In addition to a significant association ($X^2 = 14.510$ and $p = 0.001$) with the postponement of early initiation of sexual intercourse. There was no significant association ($X^2 = 1.699$ and $p = 0.428$) between psychosocial risk behaviors around depression and early onset of sexual intercourse. **Conclusions:** family psychosocial risk behaviors and are associated with the onset of sexual intercourse are significantly associated.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

	Pág.
Resumen	
Summary	
Introducción	
CAPÍTULO I	
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Fundamento del problema.....	16
1.2. Justificación de la investigación.....	22
1.3. Formulación del problema.....	24
1.4. Objetivos.....	24
1.5. Hipótesis.....	25
1.6. Variables.....	26
1.7. Operacionalización de variables.....	28
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio.	32
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	32
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	35
2.2. Bases teóricas.....	37
2.2.1. Teoría del Control Social.....	37
2.2.2. Modelo Mac Master.....	38
2.3. Marco conceptual.....	39
2.3.1. La adolescencia.....	39
2.3.1.1. Características generales de la adolescencia en torno a la edad.	42
2.3.1.2. Características generales de la adolescencia en torno al género..	46
2.3.1.3. Características generales de la adolescencia en torno percepción	46
de ánimo.....	
2.3.2. La autonomía en la etapa de la adolescencia.....	47
2.3.3. Los riesgos en la etapa de la adolescencia.....	50
2.3.4. Los riesgos a los que se exponen los adolescentes.....	50

2.3.5. Las conductas de riesgo que asumen los adolescentes.....	52
2.3.6. Los aspectos psicosociales frente a los riesgos en la adolescencia.....	54
2.3.7. Riesgos psicosociales específicos en la adolescencia.....	55
2.3.7.1. Riesgos en torno a la sexualidad.....	55
2.3.7.2. Riesgos en torno a las adicciones.....	57
2.3.7.3. Riesgos en torno a la depresión.....	59
2.3.7.4. Riesgos en torno a la violencia.....	60
2.3.7.5. Conducta de protección en torno a la religión.....	61
2.4. Definición de términos.....	62

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO.

3.1. Tipo de investigación.....	64
3.2. Nivel de investigación.....	64
3.3. Diseño de la investigación.....	64
3.4. Población.....	65
3.5. Muestra y muestreo.....	66
3.6. Técnicas e instrumentos utilizados en la investigación.....	68
3.7. Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	70
3.8. Aspectos éticos.....	71
3.9. Procedimientos de recolección de datos.....	72
3.10. Elaboración de los datos.....	73
3.11. Análisis e interpretación de datos.....	73

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS.

4.1. Análisis descriptivo de los resultados.....	75
4.1.1. Análisis de las características sociodemográficas.....	75
4.1.2. Análisis de las conductas de riesgo psicosocial.....	80
4.2. Análisis Inferencial de los resultados.....	103

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN.....	110
Conclusiones.....	116
Recomendaciones.....	118
Referencias bibliográficas.....	119
Anexos.....	130

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01. Edad de los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	75
Tabla 02. Inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	80
Tabla 03. Grupo etéreo de las madres de los adolescentes al tener su primer hijo Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	82
Tabla 04. Planificación familiar en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	84
Tabla 05. Uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	87
Tabla 06. Conocimiento sobre los riesgos en torno a la sexualidad de los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	89
Tabla 07. Consumo de bebidas alcohólicas por los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	90
Tabla 08. Consumo de cigarrillo por los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	92
Tabla 09. Consumo de marihuana por los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	94
Tabla 10. Consumo de cocaína por los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	95

Tabla 11. Problemas por consumir sustancias tóxicas en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	96
Tabla 12. Consumo de sustancias tóxicas por familiares y amigos de los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	97
Tabla 13. Riesgos en torno a la depresión en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	98
Tabla 14. Riesgos en torno a la violencia en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	99
Tabla 15. Riesgo en torno al deterioro de la autoestima en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	100
Tabla 16. Conductas de protección en torno a la religión de los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	102
Tabla 17. Asociación entre las conductas de riesgo psicosocial y el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	103
Tabla 18. Asociación entre las conductas de riesgo psicosocial en torno a la sexualidad y el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	104
Tabla 19. Asociación entre las conductas de riesgo en torno a las adicciones y el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	105
Tabla 20. Asociación entre las conductas de riesgo en torno a la depresión y el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	106

Tabla 21. Asociación entre las conductas de riesgo en torno a la violencia y el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	107
Tabla 22. Asociación entre las conductas de riesgo en torno al deterioro de la autoestima y el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	108
Tabla 23. Asociación entre la conducta de protección y el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	109

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág
	.
Gráfico 01. Proporción del género de los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	76
Gráfico 02. Proporción de las personas con quien viven los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	77
Gráfico 03. Proporción del grado de instrucción del padre o tutor de los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	78
Gráfico 04. Proporción de la religión a la que pertenecen los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	79
Gráfico 05. Edad promedio del inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	81
Gráfico 06. Edad promedio de las madres de los adolescentes cuando tuvieron su primer hijo-Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	82
Gráfico 07. Edad promedio en que recibieron información sobre planificación familiar los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	85
Gráfico 08. Proporción de adolescentes que quieren tener un hijo con su pareja Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	86
Gráfico 09. Proporción de los que recibieron castigo físico por alguno de sus padres en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	88
Gráfico 10. Promedio de la edad de consumo de alcohol de los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	91
Gráfico 11. Promedio de la edad de consumo de cigarrillo de los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.....	93

INTRODUCCIÓN

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia¹, señala que los adolescentes y jóvenes representan una oportunidad para el crecimiento y desarrollo de un país al encontrarse éste ante una deuda demográfica, no obstante este grupo etario es vulnerable a riesgos biopsicosociales específicos en función del momento del ciclo vital en el que se encuentran, por lo que requieren de atención diferenciada de otros grupos de edad. La falta de atención a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es muy común, y su abordaje no forma parte importante de las políticas y acciones de salud pública de la mayor parte de los países incluyendo nuestro país.

Según Gambara y Gonzales², la adolescencia implica un proceso de desarrollo que impulsa al joven a tomar sus propias decisiones sobre cómo pensar, sentir y actuar. Las decisiones más importantes y difíciles de tomar en su vida son en primer lugar las referidas a temas familiares, seguidas la de sus amistades, estudios y sentimientos. Además, es una etapa decisiva en el desarrollo de la identidad y personalidad adulta, ya que durante ella se consolida la personalidad y se convierte en la etapa en la que aparecen las conductas de riesgo, las cuales pueden llevar a conductas destructivas que harán parte de su personalidad.

Por otra parte, Urresti³ declara que el periodo de la adolescencia no se vive de la misma forma en las diferentes clases sociales; debido a que la gente joven, procedente de grupos de bajos ingresos de comunidades rurales, asumen grandes responsabilidades, al tener que contribuir al ingreso del hogar; mientras que en el caso de los adolescentes que pertenecen a un mejor nivel

socioeconómico, la consideran una etapa de cambios sociales y de experimentación, de descubrir formas de mejorar su apariencia (ejercicio, deportes, maquillaje, ropa) y probar nuevos comportamientos (beber alcohol y fumar), lo que reitera que este periodo del ciclo vital implica oportunidades y riesgos.

Por otro lado Gómez, Sola, Cortez y Mira⁴, revelaron que en los últimos años la edad de inicio de relaciones sexuales ha ido disminuyendo progresivamente, la mayoría de ellos comienza sus relaciones en la etapa de colegio, pues es allí donde inician su vida social y con esta el consumo de bebidas alcohólicas, que es otro factor de gran influencia para el inicio temprano de las relaciones sexuales. De esta manera se inicia una vida sexual activa sin madurez, sin asumir responsabilidad con aumento de los factores de riesgo para la vida sexual y reproductiva, como varios compañeros sexuales, embarazos no deseados y deserción académica, entre otros que hacen que los adolescentes adopten conductas que no sólo atentan contra la salud, sino que se salen de todas las normas legales propuestas dentro de una población; asimismo otro factor contribuyente es la presión social, como las condiciones asociadas a la pobreza, deserción académica, dependencia económica y otros de importancia.

Ante tales circunstancias se dio inicio al estudio “**Conductas de riesgos psicosociales y familiares asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares de la Institución Educativa Secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013**”, el mismo que nace como una alternativa diseñada a lograr un diagnóstico de la situación real sobre la asociación de las conductas de riesgo psicosociales y el inicio temprano de las

relaciones sexuales en adolescentes y con ello señalar aspectos cuyo abordaje permitirá desarrollar una intervención preventiva frente a los factores de riesgo presentes y de ese modo mejorar el bienestar de la población adolescente.

Para una mejor comprensión, la investigación se desarrolló en cinco capítulos: **En el Capítulo I**, se presenta el fundamento del problema, la justificación, el propósito, los objetivos, las hipótesis, las variables y la operacionalización de las mismas; **en el Capítulo II** se hace una amplia exposición acerca de los antecedentes, las bases teóricas y el marco conceptual correspondiente al tema de investigación.

En el Capítulo III, se explica acerca de la metodología utilizada, la misma que contiene: El tipo de estudio, el nivel de investigación, el diseño utilizado y esquema correspondiente al diseño, la población y muestra, los instrumentos de recolección de datos y las técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.

En el Capítulo IV se exponen los resultados con aplicación estadística, mediante distribuciones de frecuencias, gráficos y la contratación de las hipótesis.

En el Capítulo V se discuten los resultados con los referentes bibliográficos de las bases teóricas y de los resultados similares o diferentes. Finalmente se mencionan las conclusiones del estudio y las recomendaciones extraídas a partir de la investigación.

La autora.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamento del problema.

Escobar⁵, señala que el término adolescencia abarca los cambios físicos, psicológicos, y sociales que ocurren en la segunda década de la vida; esta etapa según Salazar, Ugarte, Vásquez y Loaiza⁶, es decisiva en el desarrollo de la identidad y personalidad adulta.

Por lo que Hein, Blanco y Mertz⁷, consideran que es durante ella donde se consolida la personalidad y se convierte en la etapa en la que aparecen las conductas de riesgo que los hacen vulnerables, como el uso del alcohol, tabaco u otras drogas, el inicio de relaciones sexuales precoces, el uso de la violencia, entre otros, que pueden poner en peligro su salud y, en ocasiones hasta su vida, apoyándose en la sensación de invulnerabilidad, que los hace sentirse especiales, mejores, diferentes; por lo que requieren de atención diferenciada de otros grupos de edad; ya que dichas conductas destructivas se harán parte de su personalidad.

Por su parte Deschamps⁸, señaló que el período de la adolescencia ha sido un problema que desde hace mucho tiempo los adultos no han logrado entender. Y en la última década esa situación ha empeorado, debido al aumento marcado de la población adolescente a nivel mundial, pues como señalan Bearinger, Sieving, Ferguson y Sharma⁹, ha sido catalogado como la más grande de toda la historia, ya que cerca del 50% de la población es menor de 25 años.

Del mismo modo la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹⁰, reveló que en América Latina el 30% de la población es adolescente, a diferencia de la situación de Canadá y Estados Unidos, donde es alrededor del 20%. Dichas

condiciones según Bojanini y Gómez¹¹, han generado que en Venezuela los embarazos en adolescentes oscilen entre el 22-39%, la misma que está considerada una de las frecuencias más altas de Latinoamérica, comparables con las de Nicaragua, Honduras y Guatemala. Mientras que en Colombia la frecuencia es de 28,6 %.

Coincidentemente en el I Congreso Mexicano¹², para la Salud de los Adolescentes, realizado en el año 2005, se mostró la situación mundial de los riesgos a los que se exponen los adolescente; evidenciándose, que cada año 585000 mujeres (una por minuto) mueren por causas relacionadas con el embarazo, de ellas 10-20% son adolescentes, la incidencia de embarazos no deseados oscila entre 20-25%, cada año 70000 mujeres mueren por aborto no seguro, 10% son adolescentes y entre 40-58 % de las agresiones sexuales, se cometen en niñas de 15 años o menores.

Además, Gómez, Sola, Cortés y Mira¹³, afirmaron que anualmente, ocurren en el mundo 10,5% de embarazos en mujeres entre las edades de 15 a 19 años y durante los últimos años, la edad de inicio de relaciones sexuales ha ido disminuyendo progresivamente.

Trabajos recientes realizados por Vigil, Riquelme, Rivadeneira, Aranda y Teenstar¹⁴, indican que el inicio de las relaciones sexuales en los hombres se da en promedio a los 13,9 años y en las mujeres a los 15,5 años. La mayoría de ellos comienzan sus relaciones en la etapa de colegio, pues es allí donde inician su vida social y con esta el consumo de bebidas alcohólicas, que es otro factor de gran influencia para el inicio temprano de las relaciones sexuales.

De esta manera dice Ball¹⁵, se inicia una vida sexual activa sin madurez, sin asumir responsabilidad con aumento de los factores de riesgo para la vida sexual y reproductiva, como varios compañeros sexuales, embarazos no deseados y deserción académica, esto hace que los adolescentes adopten conductas que no sólo atentan contra la salud, sino que se salen de todas las normas legales propuestas dentro de una población.

Asimismo, Muñoz, Madueño, Díaz y Núñez¹⁶, al estudiar a 152 adolescentes españoles encontraron que el 38% tuvo su primera relación sexual antes de los 16 años y de ellos el 70% utilizaron algún método anticonceptivo.

Fernández, Bustos, González, Palma, Villagrán y Muñoz¹⁷, hallaron en 229 adolescentes chilenos de 11-17 años que un gran porcentaje tuvo su primera relación sexual entre los 12 años \pm 2 años. En México diversos estudios mostraron que la actividad sexual en los adolescentes es relativamente común; por lo que Fleiz, Villatoro, Medina, Alcanzar, Navarro y Blanco¹⁸, encontraron que el 18,4% de 10173 estudiantes ya habían tenido relaciones sexuales en por lo menos una ocasión, y el promedio de edad de inicio fue de 14 años.

Mientras tanto en el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)¹⁹, se registró que 2,5 mil mujeres adolescentes entre 12 a 19 años de edad iniciaron su vida sexual, de las cuales el 7,3 % ya son madres adolescentes.

Cutié, Laffitia y Toledo²⁰, marcaron que, tras la aparición cada vez más temprana de la actividad sexual, se encuentra la inmadurez psicológica de los adolescentes, aspecto muy importante en lo que a la sexualidad se refiere, por lo que no existen los conocimientos suficientes para asumir una sexualidad

responsable, y los adolescentes resultan expuestos a eventos a los que no están preparados para afrontar como son los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluyendo el VIH/SIDA.

Analizando las posibles causas de la precocidad en el inicio de relaciones sexuales Amoran, Onadeko y Adeniyi²¹, localizaron que en la sociedad nigeriana, existe un manejo inadecuado de la información sobre sexualidad. Se observa que la mayoría los recibe de sus pares, a través de diferentes medios de comunicación, o en otros casos un rechazo a la orientación por parte de su entorno familiar y social, prevaleciendo una imagen de la sexualidad casi siempre sesgada y poco confiable.

En relación a otras conductas de riesgo que exponen a los adolescentes a una iniciación temprana de las relaciones sexuales, González, Calvo y Prats²², al comparar dos poblaciones de adolescentes escolarizados españoles, encontraron que del total de adolescentes que habían iniciado su vida sexual activa; el 86% había ingerido alcohol en alguna ocasión antes de los 16 años y de ellos el 30% lo hacía regularmente en la semana.

Igualmente, Campo y Ceballo²³, informaron en un estudio realizado en la ciudad de Santa Marta-Colombia, que el consumo de alcohol fue de 0,7% para los adolescentes que no tuvieron relaciones sexuales mientras que fue de 14,4% para los que tuvieron relaciones sexuales. Además el 5,4 % de los que no habían tenido relaciones sexuales afirmaron haber fumado cigarrillo alguna vez en la vida frente a 38,1% que fumaron y tuvieron relaciones sexuales.

En la Paz-Bolivia; Torrico, Salas, Gutiérrez, Arce y Salazar²⁴, demostraron que el consumo de sustancias y la preferencia por actividades sociales están

fuertemente relacionados con el inicio de las relaciones sexuales; determinando que un adolescente que consume bebida alcohólica tiene de 5-7 veces más probabilidad de iniciar su actividad sexual que otro que no está expuesto a ese hábito.

Por otro lado tenemos a las conductas de riesgo que se generan dentro del seno familiar, las mismas que según Minuchin²⁵, contribuyen al inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes. En tal sentido en el Perú, Zárate²⁶ en su estudio evidenció que los adolescentes iniciados sexualmente se ubicaron con una cohesión familiar más baja que los adolescentes no iniciados sexualmente. Asimismo los adolescentes iniciados sexualmente tuvieron poco vínculo afectivo con sus familias, lo que suponía una dinámica familiar más disfuncional a diferencia de los adolescentes no iniciados sexualmente que tenían un estrecho vínculo afectivo con sus familias, apreciándose así una dinámica más funcional o equilibrada.

En la Región Huánuco, Alva²⁷, mostró que el 78% de los adolescentes iniciaron entre 13 y 15 años sus relaciones sexuales, sin embargo el 51% no usaron métodos anticonceptivos debido su bajo nivel de conocimiento. Además hallaron que los adolescentes reciben mayor información sobre métodos anticonceptivos de parte de los profesores y sus padres en un 79% y 80% respectivamente y sólo un 25% recibe información del personal de salud.

Por tanto, señalaron que la falta de conocimiento y el uso incorrecto de los métodos anticonceptivos en los adolescentes, genera conductas de riesgo en torno a la sexualidad, lo que aumenta la probabilidad de embarazos no deseados, abortos provocados, deserción escolar y enfermedades de

transmisión sexual. Por ello es un grupo que amerita una atención diferenciada con privacidad y confidencialidad.

En la Institución educativa Juan Velasco Alvarado, la situación de las conductas de riesgo no difieren en mucho a la situación de la Región Huánuco, si bien es cierto no existen estudios que nos permitan visualizar la situación real, pero con el presente estudio se espera mostrar la relación de las conductas de riesgo psicosocial y el inicio de las relaciones sexuales en los estudiantes adolescentes.

Finalmente, considerando la institución educativa como uno de los entornos más significativos en la vida del adolescente se hace necesaria la investigación sobre las “conductas de riesgo psicosociales y familiares asociadas al inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013”, ya que nos permitirá evidenciar la interacción de las variables colectivas del entorno, la influencia de los pares, la cultura, la comunidad, la escuela, así como las variables individuales como las características temperamentales que sensibilizan a los jóvenes ante ciertos riesgos.

1.2. Justificación de la investigación.

El estudio se justifica por las siguientes razones:

Justificación teórica

Determinar la perspectiva del riesgo psicosocial, en qué aspectos, cómo y en qué medida se da la asociación entre las conductas de riesgo psicosociales y el inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes escolares, nos mostrará la importancia de su abordaje y permitirá identificar y analizar las características individuales y del entorno inmediato o distante de los adolescentes.

Además es poco lo que se ha investigado sobre conductas de riesgo psicosociales a nivel nacional, a pesar de que se adjudica a la sociedad y la familia un papel importante en la sexualidad del adolescente. Particularmente en nuestro ámbito (Región Huánuco) aún no se han realizado estudios que permitan saber ***cuáles son los comportamientos de riesgos psicosocial y familiares que asumen los adolescentes y su relación con el inicio temprano de las relaciones sexuales.*** De esta necesidad surge el deseo de obtener un perfil de los riesgos, específicamente cuando se presentan y cuál es el momento donde resulta más efectivo actuar, ofreciendo además la posibilidad de relacionar los comportamientos de los jóvenes y obtener de ser posible de todo ello, una importante medida previa a las intervenciones que puede ser utilizada luego de las mismas.

Justificación práctica.

Asimismo, el identificar los factores de riesgo y de protección de los jóvenes es importante, ya sea para modificarlos o para reforzarlos. La

identificación puede permitir a los padres y a las instituciones educativas, como principales escenarios de convivencia, tomar conciencia de las implicaciones que tienen las decisiones de los jóvenes para su futuro. Y además la intervención de la sociedad a través de los sistemas y entidades organizados tendrá la oportunidad de intervenir primariamente en los jóvenes.

Por otro lado, es bien sabido que para intervenir o modificar algún problema, se necesita en primera instancia realizar un diagnóstico, y en base a ello elaborar los planes de intervención; el valor de la presente investigación radica justo en ese punto, donde se propone como un primer paso de los programas de intervención, el que se identifiquen los comportamientos de riesgo para así tener un referente que permita ser medido luego del programa en cuestión.

Justificación social.

El presentar las conductas de riesgo psicosociales de los jóvenes a la comunidad académica de la Institución Educativa “Juan Velasco Alvarado” de Pillcomarca, servirá definitivamente, para que en los hogares y el colegio donde no se tiene una percepción del concepto de decisión y riesgo al que los jóvenes se enfrentan se tenga una visión más amplia de intervención. Esta investigación asimismo podrá ofrecer la posibilidad de contribuir a que, en acciones conjuntas (padres, profesores y jóvenes) se priorice y se intervenga ofreciendo así una mayor posibilidad al desarrollo pleno de los adolescentes, a través de la toma de decisiones donde se exponen a menos peligros.

Asimismo, este proyecto será enriquecedor en el proceso de adquisición de experiencia en el trabajo con la población adolescente y permitirá una

proyección social y académica hacia la solución de problemas de interés en salud pública, relacionados con las conductas de riesgo psicosocial.

1.3. Formulación del problema.

¿Las conductas de riesgos psicosociales y familiares están asociadas con el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013?

1.4. Objetivos.

Objetivo General:

Establecer la asociación entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares con el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Objetivos Específicos:

- a) Analizar las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a la sexualidad, a las adicciones, la depresión, la violencia y al deterioro de la autoestima presentes en los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca.
- b) Identificar las conductas de protección frente al inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes escolares de la Institución Educativa Secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca.
- c) Analizar la asociación entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares entorno a la sexualidad, a las adicciones, la depresión, la violencia y el deterioro de la autoestima con el inicio de las relaciones sexuales en los

adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

- d) Analizar la asociación entre las conductas de protección el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.
- e) Identificar los datos sociodemográficos de los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

1.5. Hipótesis.

General:

Ho: Las conductas de riesgos psicosociales y familiares no están asociadas con el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Hi: Las conductas de riesgos psicosociales y familiares están asociadas con el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes de la institución educativa secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Específicas:

Ha₁: Las conductas de riesgos psicosociales y familiares entorno a la sexualidad están asociadas con el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Ha₂: Las conductas de riesgos psicosociales y familiares entorno a las adicciones están asociadas con el inicio de las relaciones sexuales en los

adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Ha3: Las conductas de riesgos psicosociales y familiares entorno a la depresión están asociadas con el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Hia4: Las conductas de riesgos psicosociales y familiares entorno a la violencia están asociadas con el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Ha5: Las conductas de riesgos psicosociales y familiares entorno al deterioro de la autoestima están asociadas con el inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Ha6: Las conductas de protección están asociadas con la postergación del inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes de la institución educativa secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

1.6. Variables.

Variable Independiente (VI)

- **Conductas de riesgos psicosociales y familiares:**

En torno a la:

- Sexualidad.
- Adicciones.

- Depresión.
- Violencia.
- Autoestima

Variable Dependiente (VD).

Inicio de las relaciones sexuales.

Variables sociodemográficas o de control:

- Edad
- Género
- Grado de instrucción de los padres
- Religión a la que pertenece

1.7. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	CATEGORÍAS	FUENTE
VARIABLE DEPENDIENTE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES							
Inicio de las relaciones sexuales		El inicio de la vida sexual a corta edad, menores de 15 años	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Inicio temprano 	<ul style="list-style-type: none"> Si No 	Encuesta de conductas de riesgo psicosociales
VARIABLE INDEPENDIENTE CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIALES Y FAMILIARES							
Conductas de riesgo psicosociales y familiares	En torno a la sexualidad.	Es el riesgos de embarazo no deseado o de adquirir una enfermedad de transmisión sexual	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Tuvo relaciones sexuales Edad de las relaciones sexuales Método que utilizó Conocimiento de la edad de riesgo para el embarazo Conocimiento del ciclo menstrual riesgo para el embarazo Mantiene relaciones con más de una pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo Alto Riesgo Medio Riesgo Bajo 	Encuesta de conductas de riesgo psicosociales

En torno a las adicciones.	Es el riesgo de tener problemas con drogas y alcohol	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • N° veces que bebió alcohol en la última semana. • Dificultad por consumir drogas o alcohol en la escuela o casa. • Hizo daño estando bajo los efectos del alcohol o drogas. • Comenzó a consumir mayores cantidades de alcohol o drogas. • Padres beben alcohol o consumen droga. • Amigos beben alcohol o consumen droga. • Fuma actualmente • Bebe alcohol actualmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo Alto • Riesgo Medio • Riesgo Bajo 	Encuesta de conductas de riesgo psicosociales
En torno a la depresión.	Es el riesgo de cometer suicidio	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Ha pensado en el suicidio • Ha buscado ayuda si lo ha pensado • Imaginación sobre su futuro • Familiares con depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo Alto • Riesgo Medio • Riesgo Bajo 	Encuesta de conductas de riesgo psicosociales

	En torno a la violencia.	Riesgo de vivir bajo un ambiente de violencia	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Última vez que fue golpeado por padre, hermanos, otros Última vez que peleó o fue golpeado Lleva arma para defenderse 	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo Alto Riesgo Medio Riesgo Bajo 	Encuesta de conductas de riesgo psicosociales
	En torno al deterioro de la autoestima.	Es el riesgo a tener autoestima bajo	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Satisfecho con lo que es usted y cómo piensa. Gustaría cambiar partes de su cuerpo. Sus compañeros dicen que usted es torpe. 	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo Alto Riesgo Medio Riesgo Bajo 	Encuesta de conductas de riesgo psicosociales
Factor protector	En torno a la religión	Es respecto a cuanta protección tienen los adolescentes	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Se considera una persona religiosa. Practica su religión 	<ul style="list-style-type: none"> Desprotegido Medianamente protegido Bien protegido 	Encuesta de conductas de riesgo psicosociales
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS							
	Edad	Edad cronológica de los adolescentes.	Cuantitativo	De Razón	<ul style="list-style-type: none"> En años 	<ul style="list-style-type: none"> 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años 	Encuesta de conductas de riesgo psicosociales
	Género	Diferencia biológica de	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Diferencia biológica 	<ul style="list-style-type: none"> Masculino Femenino 	Encuesta de conductas de

	los adolescentes.					riesgo psicosociales
Persona/s con quien vive	Individuos con quien viven los adolescentes	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Condición de las personas 	<ul style="list-style-type: none"> • Con ambos padres • Solo con uno de los padres • Otros familiares • Solo 	Encuesta de conductas de riesgo psicosociales
Grado de instrucción de los padres	Nivel de instrucción de los progenitores	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabetos • Primaria • Secundaria • Superior 	Encuesta de conductas de riesgo psicosociales
Religión a la que pertenece	Creencia religiosa a la pertenecen los adolescentes	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Preferencia religiosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Católico • Evangélica • Mormona • Otros 	Encuesta de conductas de riesgo psicosociales

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.5. Antecedentes del estudio.

2.5.1. Antecedentes internacionales.

En Cuba (2006) Santana, Verdeja, Ovies y Fleitas²⁸, desarrollaron el estudio **“Asociación entre algunos factores psicosociales y el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares”**. Cuyo objetivo fue determinar la posible asociación de algunos factores psicosociales (grupo de pares, aspectos académicos y consumo de sustancias tóxicas) con el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares en Ciudad de La Habana. Realizaron un estudio analítico-transversal en 1675 adolescentes entre los 15 y los 18 años de edad. Aplicaron un cuestionario auto administrado con el que exploraron una serie de variables para dar respuesta al objetivo. Obtuvieron como resultados que; el porcentaje de adolescentes que practicaban relaciones sexuales fue mayor de forma significativa (90,5 %) en los que tenían mayor comunicación con su grupo de pares, comparado con aquellos que no se comunicaban (86,5 %). El antecedente de haber repetido grados escolares se asoció con el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad (82,2 %) si se comparaba con los que no tuvieron dicho antecedente (69,4 %). Los adolescentes que consumieron bebidas alcohólicas tuvieron mayor tendencia al inicio temprano de las relaciones sexuales con relación a los que no tuvieron este hábito tóxico (82,3 vs 64,8 %). La mayor integración al grupo, el bajo rendimiento académico, así como el consumo de sustancias tóxicas se

asoció a un inicio más temprano de las relaciones sexuales en la adolescencia.

En Veracruz-México (2007) Gámez, García y Martínez²⁹, realizaron el estudio **“Factores Asociadas al inicio de relaciones sexuales en adolescentes de 14 a 17 años”** con el objetivo de determinar los factores Asociadas al inicio de vida sexual activa en adolescentes. Fue un estudio transversal, comparativo, trabajaron con una muestra de 100 alumnos de bachillerato que cumplieron los criterios de selección, previo consentimiento informado. Aplicaron dos instrumentos, una para las variables sociodemográficas y otra para el nivel de información sobre enfermedades de transmisión sexual, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales y uso de anticonceptivos. Realizaron un análisis univariado con estadística descriptiva y bivariado con χ^2 , razón de prevalencia, valor de $p < 0,05$ para significancia estadística. Los resultados reflejaron que el 57% de los alumnos tenían edad entre 16 a 17 años de edad (media de $15,70 \pm 0,92$), la proporción por sexo fue de 1/1. El 21% fumaba, el 2% consumió drogas en algún momento de su vida. El 75% de los estudiantes ingirieron bebidas alcohólicas. Las mujeres tuvieron mayor nivel de información sobre enfermedades de transmisión sexual. El 30% de los alumnos ya había iniciado vida sexual activa en proporción 1/1 por sexo, de los cuales el 75% tuvo 2 parejas y más. De los que tuvieron vida sexual activa, el 66% usó algún método anticonceptivo. Entre los factores Asociadas para inicio de vida sexual activa, estuvo el ingerir bebidas alcohólicas (3,8 IC 1,065- 7,2) y nivel socioeconómico alto (1,79 IC 0,65 -

4,80). En conclusión los adolescentes que bebieron alcohol tuvieron 3.8 riesgo de iniciar vida sexual activa a edades tempranas coincidiendo con lo reportado por otros autores.

En Bogotá-Colombia (2006) González y De la Hoz³⁰, efectuaron el estudio **“Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá”** con el objetivo de estimar las relaciones entre los comportamientos de riesgo de la población adolescente y la familia en torno a la estructura y la percepción de funcionalidad. Se trató de un estudio observacional de corte transversal entre 12 302 adolescentes (10 a 19 años de edad), estudiantes de 12 colegios públicos de la localidad de Suba en el año 2006. Aplicaron una encuesta autodilucidada donde se interrogó por comportamientos sexuales, adictivos, depresivos, violentos y de trastornos de conducta alimentaria. Los resultados evidenciaron una prevalencia de buena función familiar de 63 % y de disfunción familiar severa del 7 %. La disfunción severa aumentó la prevalencia de comportamientos violentos (OR de 4,1 con IC de 95 % 3,4-4,7), trastornos de conducta alimentaria (OR 2,3 con IC de 95 % de 1,9 - 2,8) y relaciones sexuales (OR de 2 con IC de 95 % de 1,7-2,4). Por el contrario, la composición de la familia (presencia o no de ambos padres) no mostró relación con comportamientos violentos. En conclusión, la disfunción familiar se asocia a una mayor frecuencia de conductas de riesgo en los adolescentes de bajo estrato socioeconómico en Bogotá. La relación más fuerte se observa entre violencia y familia.

2.5.2. Antecedentes nacionales.

En Lima-Perú (2003) Zárate³¹, elaboró el estudio **“Factores psicosociales familiares Asociadas a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria de Lima Cercado”** con el objetivo de conocer la relación entre la Cohesión y Adaptabilidad familiar con la iniciación sexual, para lo cual trabajaron con 1341 adolescentes de ambos sexos de los cuales se identificó a 261 iniciados sexualmente y 1080 no iniciados sexualmente. La muestra fue elegida por conglomerados utilizándose el procedimiento aleatorio simple. Los instrumentos utilizados fueron el FACES II y el CISAD; el primero evaluó las dimensiones y tipo de funcionamiento familiar y el segundo recogió información sobre el inicio sexual en el adolescente. Los datos fueron analizados usando el Ji Cuadrado como estadístico y la razón crítica de diferencia de porcentajes. Los resultados revelaron que existen diferencias significativas entre los adolescentes iniciados y no iniciados sexualmente en cuanto a las dimensiones del sistema familiar. Esta asociación se dio en algunos aspectos puntuales como: Cohesión familiar en el sexo femenino, cohesión familiar para todo el grupo (ambos sexos), adaptabilidad familiar en el sexo masculino, adaptabilidad para todo el grupo en ambos sexos; en el vínculo familia: pobre vínculo en los adolescentes iniciados sexualmente y vínculo estrecho en los no iniciados; en la autoridad familiar: alta autoridad familiar en los iniciados sexualmente y baja autoridad familiar en los no iniciados; en el nivel de cohesión: dispersa y separada en los iniciados sexualmente conectada y aglutinada en los no iniciados sexualmente; en el nivel de adaptabilidad: rígido en los iniciados sexualmente y caótico en los no

iniciados sexualmente. Así mismo se halló relación entre las conductas recurrentes al inicio sexual coital: juegos y caricias sexuales con las dimensiones del sistema familiar tales como: cohesión dispersa y separada en los que declararon haber tenido la experiencia en mención cohesión conectada y aglutinada en los que declararon no haber tenido la experiencia.

Asimismo en Lima Perú (2010) Gamarra y Iannacone³², confeccionaron el estudio “**Factores Asociadas que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú, 2009**”, con el objetivo de determinar los factores de tipo individual, familiar y sociocultural que pudieran asociarse al inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita. La investigación fue cuantitativa, transversal, descriptiva y correlacional, en una población de 90 adolescentes escolares de 14 a 19 años de dos colegios mixtos. Aplicaron un cuestionario, el cual fue validado mediante el juicio de expertos y sometido a una prueba piloto para su validez y confiabilidad estadística. Para determinar la significancia estadística se utilizó la prueba binomial y el coeficiente Alfa Crombach. Los mejores predictores para el inicio de actividad sexual en los adolescentes fueron: a nivel individual (repitencia escolar, actitud hacia el inicio de actividad sexual y la autoestima), a nivel familiar (la estructura y la función familiar) y sociocultural (ausencia de un adulto, conocimientos sobre sexualidad y grupo de pares).

2.6. Bases teóricas.

El estudio se sustenta en los siguientes enfoques teóricos:**2.6.1. Teoría del Control Social.**

Esta teoría fue propuesta por Hirschi³³, en 1969, quien plantea, que la falta de lazos familiares adecuados, propicia un perfil de adolescente incapaz de establecer relaciones saludables.

Asimismo señala que el control social, es el conjunto de prácticas, actitudes y valores destinados a mantener el orden establecido en las sociedades y es un instrumento eficaz para que los individuos puedan anticipar las consecuencias que les puede ocasionar la comisión de una transgresión un regla.

A su vez, Friedman, en el año 1974, afirmó que las conductas psicosociales de riesgo son los síntomas de disfuncionalidad en las relaciones entre los miembros de la familia y sirven de muchas maneras, pudiendo ser un síntoma transitorio o bien de perturbación para los adolescentes.

Después de rigurosos estudios, en el año 1980 Friedman y Utada³⁴, señalaron la existencia de una correlación positiva entre los miembros de la familia y el desarrollo de las conductas psicosociales de riesgo, en los hijos. También encontraron una importancia central en la elección de las conductas de riesgo y la experiencia de la fuga de la figura materna.

2.6.2. Modelo Mac Master.

El modelo Mac Master, fue propuesto por Epstein, Bishop y Baldwin³⁵, en 1973, quienes establecen como base del funcionamiento familiar que las partes de la familia están interrelacionadas, por lo que una parte de la misma no puede ser entendida de manera aislada del resto del sistema, ni el funcionamiento de la familia puede ser entendido totalmente por el simple proceso de comprensión de cada una de las partes.

También establecen que la estructura, la organización de la familia y los patrones de transacción del sistema familiar condicionan el comportamiento de sus miembros. Es así que el individuo que presenta síntomas específicos en la familia, está cumpliendo una función dentro de ella, como eje para mantener las relaciones prescritas por la dinámica estructural de la misma, o como escape a la tensión que ésta experimenta. Estos síntomas sirven para perpetuar un patrón sistémico específico de transacciones en la familia.

Asimismo plantean que las familias que no tienen habilidades para enfrentar efectivamente sus tareas, tienen mayores probabilidades de desarrollar clínicamente problemas significativos o de mala adaptación crónica en sus miembros.

Las familias con hijos adolescentes empiezan a sentir un desequilibrio en la organización de las pautas establecidas en la familia, ya que la adolescencia trae temas que los confrontan y demanda reacomodos y adaptaciones de ella, es decir una reestructuración en las relaciones.

Para el adolescente el grupo de pares adquiere mucho poder, lo aleja de la familia; la autonomía que ostenta y su control necesitan ser renegociados; las nuevas ideas y valores que sustentan acerca del sexo, política, vestimenta, estilos de vida, perspectivas del futuro y drogas requieren de un diferente interlocutor. Si los cambios no se suceden puede aparecer en el adolescente comportamientos psicosociales de riesgo, como: el uso de alcohol, tabaco u otras drogas, el inicio de relaciones sexuales precoces, el uso de la violencia, entre otros, que pueden llevar a poner en peligro su salud y, en ocasiones hasta su vida como una solución inadaptativa de la familia.

2.7. Marco conceptual.

2.7.1. La adolescencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)³⁶, la adolescencia es el período de vida que está comprendida entre los 10 y 19 años de edad, etapa en la cual el individuo adquiere capacidad reproductiva, transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la independencia socioeconómica.

Calzada, Altamirano y Ruiz³⁷, la definen como una etapa en la vida del ser humano, en la cual el niño se transforma en adulto. Cronológicamente se considera que se inicia entre los 9 y 10 años en la mujer y entre los 12 y 13 años en el hombre. Entre las muchas formas de ordenar y entender los cambios, Rakel³⁸, entre otros, los clasifica como de órdenes biológicos, psíquicos y sociales.

Todos los cambios según Calzada, Altamirano y Ruiz³⁹, tienen un solo objeto: asegurar la posibilidad de reproducirse y la capacidad de autonomía del hasta ayer niño, ahora como un potencial adulto; donde biológicamente, los cambios están representados por el desarrollo de sus órganos reproductores y el desarrollo pondo estatural; socialmente por la aceptación de sus pares y la búsqueda de su pareja y psíquicamente por el inicio de la autonomía a través de la posibilidad de tomar decisiones, situaciones todas que conllevan en algún momento el enfrentamiento hacia los padres, que representan la autoridad en el hogar, y hacia los profesores que representan la autoridad en la sociedad.

Por su parte González, Rojas, Hernández y Olaiz⁴⁰, señalan que uno de los hechos de mayor trascendencia en el adolescente es la aparición de la posibilidad de decidir, con lo cual determina su comportamiento y con base al resultado de ello, muchas veces determina su futuro. Ahí al decidir, escogerá y al hacerlo deberá exponerse a peligros y protecciones con lo cual, y en más de una oportunidad, lo que decida trascenderá. Por ejemplo, decidirá cómo será su sexualidad y al hacerlo se expondrá a la posibilidad de adquirir una enfermedad de transmisión sexual o de asumir un embarazo no deseado, ambos eventos pueden condicionar el futuro del joven.

Gambara y González⁴¹, mencionan que la adolescencia implica un proceso de desarrollo que impulsa al joven a tomar sus propias decisiones sobre cómo pensar, sentir y actuar. Las decisiones más importantes y difíciles de tomar en su vida son en primer lugar las referidas a temas

familiares, seguidas de las que tienen que ver con sus amistades, estudios y sentimientos. Los adolescentes están convencidos de que pueden tomar decisiones a edades más tempranas de lo que consideran sus padres. Esta discrepancia influirá en la conducta de los padres hacia sus hijos y viceversa, lo que podría afectar a sus relaciones afectivas y hacer más probable la aparición de conflictos entre ellos.

Por su parte González, Restrepo y Martínez⁴², revelan que son numerosos los elementos que influyen en el momento de decidir; propios del joven son entre otros:

- **La edad:** Es evidente que entre más se “viva”, más exposiciones (a lo “bueno” y a lo “malo”), y será a través de la decisión del joven donde se defina una u otra circunstancia.
- **El género:** en culturas como la nuestra, al hombre se le ha permitido más “autonomía” que a la mujer, con lo que se deduce que se expone más a los riesgos.
- **El estado de ánimo:** existen trabajos que señalan que aquellos que se perciben como tristes (en comparación con los felices), muy probablemente se han expuesto más a los riesgos y de seguro a la adversidad de la toma de “sus” decisiones.

Mejía⁴³, considera que es evidente que el “medio” en el que se desarrolla el joven influye en el proceso de toma de decisiones. Ahí, **la familia es muy influyente**. De hecho, una de las funciones esenciales de la familia es la socialización, en donde la convivencia **trasmite al joven**

valores, comportamientos y actitudes, elementos todos que resultan claves cuando el joven empieza a decidir.

2.7.1.1. Características generales de la adolescencia en torno a la edad.

Calzada, Ruiz y Altamirano⁴⁴, señalan **que en lo biológico**, es decir físicamente los adolescentes presentan importantes y evidentes cambios. El crecimiento del tronco y las extremidades se hace particularmente notorio. El primer “estirón” ocurre de los miembros antes que del tronco, lo que les da un aspecto característico. En la mayoría de los jóvenes los cambios somáticos ocurren entre los 10 y los 12 años, así como el desarrollo sexual pleno entre los 13 y los 16 años, iniciando en la mayoría y más en las mujeres, alrededor de los 12 y los 13 años. En promedio el adolescente gana en talla alrededor de 20 cm. desde los 11 hasta los 16 años. En torno al peso, las mujeres alcanzan su máxima expresión en la etapa de los 10 a los 12 años y los varones en la siguiente de 13 a 16 años. Los hombros (diámetro biacromial) y las caderas (diámetro bicrestal) alcanzan en esta edad su máximo desarrollo.

El cerebro del adolescente ya tiene el tamaño del adulto. No así la cara, que sufre importantes cambios de la que traía de niño. La mandíbula y los dientes alcanzan su mayor desarrollo, siendo de los 13 a los 16 años el momento en que más evidente se hace (se vuelven “narizones”).

La grasa tiende a distribuirse de manera diferente en los hombres y en las mujeres. Por ejemplo, en los miembros masculinos, tiende a desaparecer en tanto que en la mujer a acumularse. La acumulación de la grasa

(obesidad) tiende a expresarse en la edad de 13 a 16 años. Los músculos se desarrollan en torno a la morfología de los 13 a los 16 años, pero la fuerza alcanza su expresión de los 17 a los 21 años. El agua se ve reducida en la mujer a comparación del hombre. En el grupo de 13 años en adelante se alcanza la mineralización ósea. El corazón y la tensión arterial, alcanzan durante la adolescencia sus condiciones plenas. Lo propio se puede afirmar del resto de órganos.

En lo psicológico, Según Carbajal⁴⁵, refiere sobre el maravilloso suceso que ocurre en los adolescentes, es el desarrollo del **pensamiento abstracto**. La crítica aparece construida por ellos y no trasferida por sus padres o profesores. Aparece la “originalidad” como una búsqueda de su identidad, todo esto, como parte de la teoría triárquica de la inteligencia, expuesta por Sternberg, que dice que el adolescente desarrolla la inteligencia a través de la incorporación de la capacidad analítica (crítica), la capacidad creativa (usando la experiencia) y el reconocimiento de lo práctico (capacidad de adaptación). El joven empieza de los 10 a 12 años a identificarse más en su pensamiento con sus pares y a disminuir la “influencia” de su familia. De los 13 a los 16 años, busca “imponer” su pensamiento, expresando “rebeldía” hacia las “influencias” previas derivadas de la autoridad, representadas en padres y profesores, caracterizada por fases de “conflicto” en donde se está de acuerdo o en desacuerdo con diversas posturas y en un mismo momento (confusión). Francois⁴⁶, expresa que en el adolescente el “yo” controlado por la autoridad paterna, busca su liberación y su expresión. Esta “ruptura” se

establece de manera paulatina, iniciando en la edad de los 10 a los 12 años, donde la búsqueda de una postura independiente a la de sus padres empieza manifestarse (de hecho deja de “meterse” con sus padres y busca a sus pares) y se hace cataclísmica entre los 13 y los 16 años y empieza a decantarse ente los 17 y 21 años. El no saber con certeza qué se quiere, sumado a la “rebeldía” hacia la autoridad, somete las decisiones a que se vea enfrentado el joven a peligros bien definidos.

De los 17 a los 21 años el joven empieza a asumir una mayor coherencia entre lo que piensa y lo que hace. Es en esta fase donde “siente” la fuerza de cambiar al mundo, lo que intentará si comparte con pares que perciben al mundo de igual manera siendo también la etapa de riesgo de vinculación del joven a actividades grupales subversivas o incluso delincuenciales, según sea la influencia. Los padres lo “liberan” del control y empieza a asumir su autonomía, con lo que la posibilidad de “asumir” un comportamiento de riesgo se incrementa.

En lo social, Ingles, Méndez e Hidalgo⁴⁷, revelan que en la adolescencia la diferencia de edad establece características bien definidas para cada grupo lo que determina dificultad para “mezclarse” socialmente. Dichas diferencias se hacen evidentes en el hecho por ejemplo de que el joven de 10 a 12 años es por completo diferente al de 17 a 21 años, siendo de los 13 a los 16 años “ese” momento en que tiene un poco de ambas edades lo que hace que sea “ni de aquí ni de allá”. Una de las situaciones que suceden en la pubertad es el posicionamiento de la identidad del joven. El joven empieza a través de las relaciones con sus pares a probar las

habilidades obtenidas en su formación, siendo esta época clave en la expresión de su habilidad social (riesgo de fobias sociales). Una vez más, el inicio de “intercambio” social, se hace más manifiesto de los 13 a los 16 años, en donde la aceptación de pares pasa de importante a “vital”.

Una expresión del grado de importancia se establece por el hecho de que el joven que tiene dificultad para relacionarse con sus pares a su vez tiene dificultades académicas importantes, eventos que constituyen uno de las principales situaciones de riesgo social de los jóvenes (la no aceptación por parte del grupo). A manera de ejemplo, el joven que es “segregado” por sus compañeros, no es capaz de preguntarle al profesor algo que no entendió, por el temor a la burla de los demás. Lo cierto es que se establece una relación de riesgo importante entre esos jóvenes con problemas con sus grupos. Las edades entre los 13 a los 16 años parecen ser el momento en que se “expresa” con mayor fuerza la capacidad de “socializar” con sus pares.

Guerrero⁴⁸, dice que todo lo anterior, puede resumirse como parte de la crisis del adolescente, a través de la cual va buscando su identidad y en la que, de los 12 a los 13 años empieza un proceso de “ruptura” con los padres, en que se expresa de los 13 a los 16 años con la identificación a través de sus pares para llegar a la consolidación de lo que será nuevamente un ser “individual” en la etapa de los 17 a los 21 años.

2.7.1.2. **Características generales de la adolescencia en torno al género.**

Probablemente la diferencia más importante que ocurre entre los niños y las niñas al entrar en la adolescencia sea en términos de inicio de la pubertad. La mujer tiende a empezar su proceso de “maduración” 1 o 2 años antes que los hombres. La menarquía y la telarquía se presentan antes del desarrollo sexual del hombre. Así mismo, la mujer culmina antes el proceso.

Los cambios psicosociales son muy similares. No existe diferencia por género. Sin embargo, Profamilia⁴⁹, sustenta a través de distintos estudios, que existe una mayor exposición del riesgo de los hombres ante las mujeres, especialmente en torno a sexualidad, consumo de alcohol y violencia, de seguro como resultado del menor “control” que se ejerce sobre los hombres y asimismo Benedicto y Perpiña⁵⁰, observaron que existe una mayor frecuencia de los riesgos en torno a conducta alimentaria en la mujer, así como derivados de autoestima.

2.7.1.3. **Características generales de la adolescencia en torno percepción de ánimo.**

La Organización Mundial de la Salud, define a la salud, como el completo bienestar **biopsicosocial**. Esta definición implica, que la salud va más allá de la enfermedad y de hecho, propone al bienestar como meta. Pero, ¿cómo medir el bienestar? Si bien ello ha sido motivo de numerosos trabajos y debates, la medida de la percepción de felicidad en un momento

dado puede ser de utilidad. Y ¿qué implicaciones tiene en el proceso de decisión el sentirse feliz o triste?

El trabajo de Diener⁵¹, expone que las personas que se perciben felices tienden a tomar mejores decisiones en sus vidas y por ende exponerse a menos peligros y, por tanto, a protegerse más en torno al bienestar. También Myers⁵², fortalece esta posición al observar claramente cómo una de las características de las personas felices está en la autoestima y cómo las personas que se sienten seguras, deciden mejor. Además, estos autores sostienen que el ánimo tiene una tendencia a mantenerse con mayor frecuencia en uno de los tres estados (feliz, normal o triste) y que si bien puede variar por alguna circunstancia del diario vivir, su tendencia “natural” lo ubicará nuevamente en lo que se podría considerarse su situación “basal”. Lo cierto es que al indagar respecto, en torno a los jóvenes se convierte en una interesante manera de adentrarse en el entendimiento de los adolescentes.

2.7.2. La autonomía en la etapa de la adolescencia.

En condiciones normales los niños y las niñas pasan por un largo periodo de buenas relaciones con las figuras de apego, pero en la adolescencia según Miranda y Pérez⁵³, esta relación entra en crisis debido a la conquista de la autonomía frente a las figuras de apego. Una crisis que puede ser conflictiva o pacífica, pero que siempre implica un cambio profundo en el sistema de relaciones entre padres e hijos. Los conflictos son escasos si los padres ayudan a sus hijos a conseguir la independencia,

mientras que se incrementan cuando aquéllos intentan mantener un control absoluto sobre éstos.

Kimmel y Weiner⁵⁴, manifiestan que la conquista de la autonomía adolescente y el cambio de relaciones familiares vienen condicionados por el paso del pensamiento operacional concreto al operacional formal. Desde un pensamiento sobre realidades concretas, como puede ser la familia, a un pensamiento formal, que permite abordar no sólo el mundo real sino también el mundo posible, de forma que no sólo perciben a su familia tal y como es, sino también como podría ser. Ello da lugar a una actitud crítica y más realista hacia sus padres: los padres podrían ser de otra forma o existen otras posibles relaciones con ellos. La nueva percepción de los padres, unida a la autonomía emergente de los adolescentes, los estimula a desafiar las opiniones y decisiones parentales que antes se acataban sin discusión, no porque ya no quieran y respeten a sus padres, ni porque se hayan vuelto rebeldes, sino porque es natural y saludable para ellos afirmarse a sí mismos como individuos, que no desean ser tratados como niños.

Las investigaciones de Santrock⁵⁵, sobre el apego han demostrado que la vinculación afectiva de los adolescentes con sus padres es positiva para ellos, sobre todo si se ha desarrollado un apego seguro. El apego seguro facilita el bienestar y el ajuste social del adolescente, además de ser un factor protector de los comportamientos problemáticos. Por el contrario, el apego evitativo favorece el distanciamiento mutuo padres-adolescente, lo que reduce la influencia de los padres sobre los hijos; el

apego ansioso-ambivalente genera en la adolescencia comportamientos de búsqueda mezclados con sentimientos de enfado hacia los padres; y el apego desorganizado provoca miedo y desorientación en las relaciones familiares.

El desarrollo de la autonomía en las relaciones familiares dice Rodrigo, García, Márquez y Triana⁵⁶, que es una tarea clave para el adolescente y nada sencilla de alcanzar. Los conflictos surgen porque padres y adolescentes están intentando llevar a cabo sus tareas evolutivas: los padres promoviendo normas y conductas que mejoren el comportamiento y la adaptación familiar de los adolescentes; éstos reclamando autonomía y una relación más igualitaria. Que haya o no conflictos dependerá, entre otras, de características asociadas a los padres y a los adolescentes.

Por otra parte, Kimmel y Weiner⁵⁷, señalan que los padres están influidos por el modo en que sus hijos aprovechan las oportunidades: cuanta más competencia demuestran los jóvenes para controlar sus propios asuntos, más se inclinan los padres a otorgarles superiores cuotas de autonomía; y, a la inversa, cuanto más infantiles e irresponsables sean, mayor es la resistencia de los padres a ofrecerles autonomía. La familia ha sido y continúa siendo uno de los contextos educativos, socializadores y de transmisión de valores más importantes que tiene no sólo el niño, sino también el adolescente. De ahí la necesidad de mantener la conexión padres-adolescente. Ciertamente esta conexión no puede ser la misma una vez que se inicia el proceso de autonomía del adolescente. Por lo que es

necesario cuestionarse si es posible armonizar autonomía y conexión, o necesariamente la familia en este momento se ve abocada al conflicto intergeneracional.

2.7.3. Los riesgos en la etapa de la adolescencia.

Mejía⁵⁸, ostenta que en todas las etapas de la vida el ser humano se expone a riesgos, pero durante la adolescencia ocurre algo particular: ***el joven se enfrenta a sus cambios biopsicosociales*** en lo conocido como crisis normativas y él y solo él, deberá decidir si asume o no los peligros que se presentan como parte de la vida cotidiana.

Por otro lado Krauscopf⁵⁹, en su clásico artículo de “**las conductas de riesgo en la fase juvenil**” ha propuesto hacer sutiles pero ordenadas diferenciaciones del término. Plantea a la **conducta de riesgo** como la originada por el comportamiento del joven. Ello para diferenciarla, de **factor de riesgo**, la misma que está referida como circunstancia que se presenta en la vida del joven y que no está determinada por el comportamiento del mismo.

2.7.4. Los riesgos a los que se exponen los adolescentes.

Conocer los riesgos a los que se exponen los adolescentes, es de suma importancia, ya que conocer estas situaciones permite actuar en prevención. Algunas de estas situaciones y bajo la concepción psicosocial son las derivadas del desarrollo familiar e individual del joven. Aspectos psicológicos tales como la disminución de la capacidad de autodeterminación (no tiene la habilidad porque no se le permite o no se le

enseñó a decidir), o la pérdida de la intimidad o el no pertenecer a un grupo, como expone Marmot y Wilkinson⁶⁰, juegan un importante rol.

Asimismo, el desarrollo en entornos familiares inadecuados, donde el joven presenta inhabilidades para decidir, por ejemplo, por sobreprotección que implica que otros decidan por él o conductas autoritarias, donde busca imponerse sin respeto hacia los demás, con su expresión más burda como es la agresión o incapacidad para tolerar a otros o en contraste, actitudes permisivas por incapacidad de decir no, o el desarrollo bajo un entorno de autoridad dividida, donde lo bueno o lo malo “dependen de muchos aspectos” o el desarrollo en un ambiente limitado por la pobreza y la inseguridad (vínculo a bandas delincuenciales), desencadenan en los adolescentes importantes riesgos (peligros) en su vida, con lo cual se les disminuye severamente el potencial de su futuro.

En Informe Nacional de desarrollo Humano⁶¹, se muestra que de esos ambientes limitados surge el término de “riesgo estructural” donde se pueden presentar las siguientes situaciones, que sin duda son más manifiestas en los estratos más bajos:

- Jóvenes que viven en ambientes bélicos y donde impera la impunidad (“El conflicto callejón con salida). Los que pueden ser sectores de las “comunas” donde las bandas delincuenciales hacen una “presencia mayor” que la del Estado.
- Ausencia de procesos de organización y participación de la comunidad, lo que impide respuestas organizadas por y desde el seno de la comunidad ante lo injusto o lo delictivo y permite que impere.

- Ausencia de “programas” que vinculen a los jóvenes en tiempo libre, especialmente en tiempo de vacaciones. Ante esto, y con la suma de lo anterior, las ofertas de drogas o alcohol hacia los jóvenes se incrementan con el consiguiente riesgo.
- Estigmatización de lo juvenil y de la pobreza (creer que es “malo” por ser joven o pobre). Tal evento, impide la participación de personas o entidades en procesos de organización y desarrollo.

2.7.5. Las conductas de riesgo que asumen los adolescentes.

Krauskopf⁶², sostiene que vivimos en una sociedad de riesgos donde los peligros decididos y producidos, sobrepasan la seguridad y sustenta además que existe inequidad manifiesta en los jóvenes, donde los riesgos se acumulan en los “pobres” y la riqueza en los “ricos”.

Jessor⁶³, por su parte considera que es importante diferenciar en los jóvenes los comportamientos de riesgos, explicadas como situaciones que involucran el peligro en lo que el joven hace, con los comportamientos asumiendo riesgos, en donde existe “conciencia” del peligro en lo que hacen y, sin embargo, lo asume. ¿Por qué los jóvenes asumen conductas de riesgo? A lo Krauskopf⁶⁴, plantea que a lo mejor sea como el “rito” de demostración de los jóvenes que hace manifiesta su capacidad de convertirse en adultos. Se ha planteado que pueda ser el reflejo de una sensación de omnipotencia y de aceptación de retos, derivada del deseo de ser reconocido por sus pares.

Otro hecho importante es que los riesgos y la vida en general no se asumen de manera aislada. Suele asumirse en algunos casos de forma

“sumada” lo que ha dado pie a la descripción de “circuitos de riesgos”, expresando a través de ello que el adolescente vive asumiendo varios y distintos riesgos en un mismo momento. Por ejemplo, la ingesta de alcohol, favorece el consumo de otras sustancias y el estado de ahí derivado favorece la promiscuidad sexual, así como la accidentalidad (riesgo de morir) o los comportamientos violentos (circuito de riesgo= situación donde se asumen varios riesgos simultáneamente).

Pero además, plantean con validez, que entre más temprano se expongan a riesgos los jóvenes, más probable será el daño. Ejemplos de circuitos de riesgos son los desencadenados por hogares con disfunción severa (maltrato intrafamiliar o la pertenencia a bandas delincuenciales) donde día a día el joven se expone a riesgos (los mismos o nuevos). Si bien es complicada asegurar predicciones en torno a los riesgos (asegurar que le va a ocurrir el evento adverso), si se ha encontrado que el inicio temprano de relaciones sexuales, la deserción escolar y los jóvenes que trabajan y los jóvenes que disfrutan tomando bebidas alcohólicas, guardan una relación muy importante de que les suceda los eventos adversos como los vínculos delincuenciales, embarazos no deseados y adicciones a drogas lícitas e ilícitas.

2.7.6. Los aspectos psicosociales frente a los riesgos en la adolescencia.

Los aspectos psicosociales que forman parte de la vida de los jóvenes son múltiples; entre las que podemos citar a los aspectos del entorno (condición socioeconómica), aspectos relacionados con la

sexualidad (comportamientos y conocimientos), con la convivencia (actitudes frente a la violencia), o los aspectos emocionales y psíquicos del joven (autoestima, o influencias depresivas).

Al respecto Burt⁶⁵, insiste en enfatizar que es “mejor” invertir en el joven que en las “secuelas adversas” que se presentan en la adultez. Asimismo Maddaleno y Morillo⁶⁶, consideran que a pesar de las numerosas investigaciones en torno a la adolescencia, aún falta mucho por entender de esta etapa de la vida del ser humano, lo que determina la necesidad de “estudiar” a los jóvenes, en especial en lo referente a por qué asumen o no comportamientos de riesgo al momento de decidir (por ejemplo tener o no relaciones sexuales, usar la razón o la violencia para defender sus posiciones, etc).

Coincidentemente el Ministerio de Protección Social de Colombia⁶⁷, ratifica la importancia de “entender” por qué asumen riesgos los adolescentes a medida que su edad avanza (lo que permitirá visualizar cuándo empiezan a asumir riesgos), el género (observar si existe diferencia entre hombres y mujeres), la percepción de felicidad o tristeza (observar si el ánimo tiene relación) y la estructura y funcionalidad familiar (poder evaluar el rol que tienen). Si esta “visión” de los jóvenes permite entenderlos más, de seguro así se podrá enfrentar mejor el problema de los peligros, con la consiguiente consecuencia en la potencialidad del joven.

Jessor⁶⁸, sostiene que los jóvenes expuestos a riesgos, cuando adquieren conciencia de los mismos y declaran su intención de decir NO a la exposición (y proceden en consecuencia), potencializan su protección y

por ende su futuro será como una segunda oportunidad. Lo cierto es que una autoestima basada en logros, la capacidad de asumir responsabilidades, el poder relacionarse con otros, el asumir el reto de tomar decisiones contemplando las consecuencias, el incremento del “locus” de control interno (cualidad propia de controlar sus “deseos”) y el poder hablar de las dificultades a que se enfrentan, son elementos que protegen a los jóvenes y serán las directrices de los programas de prevención.

2.7.7. Riesgos psicosociales específicos en la adolescencia.

2.7.7.1. Riesgos en torno a la sexualidad.

¿Cuáles son los eventos adversos a que se enfrentan los jóvenes en torno a la sexualidad? Krauskoph⁶⁹, expresa, sin duda, y en orden prioritario, la adquisición de una enfermedad de transmisión sexual, y entre ellas el SIDA, situación que evidentemente expone a los jóvenes a un peligro mortal. Pero por otro lado, y como un evento adverso de enormes implicaciones sociales, la aparición del “embarazo no deseado”. Para enfrentar este riesgo, se han diseñado estrategias, entre las cuales cabe mencionar la educativa. Jemmott⁷⁰, expresa que debido a que los adolescentes, se exponen cada vez más a situaciones de riesgo, es evidente el comienzo de relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, ello a pesar de numerosos programas que buscan contrarrestar esta conducta.

Por su parte Miranda y Pérez⁷¹, considera que muchos adolescentes consideran la conducta sexual como una cuestión de conciencia personal,

algo que es propio de su intimidad y, por tanto, no materia de comunicación con sus padres. Además las primeras sorpresas o evasivas de los padres a sus interrogantes hacen que los adolescentes tomen conciencia de que se encuentran ante una materia especial y reservada. Poco a poco se va abriendo una barrera de silencio con los padres sobre esta cuestión. Éstos, por su parte, se mueven entre el miedo a los comportamientos sexuales de sus hijos y la ignorancia o la vergüenza a tratar el tema con ellos. Todo ello da lugar a que determinadas cuestiones no se aborden en el ámbito familiar y ello devenga en unas relaciones menos conflictivas.

Por último, conviene señalar que en la relación a los padres adolescentes la presencia de conflicto en sí misma no tiene que ser motivo de alarma, más bien es fundamental en el proceso de socialización familiar. El conflicto es inevitable en las relaciones humanas. El afrontamiento del conflicto, no su evitación o aparente eliminación mediante la sumisión de una de las partes, favorece el desarrollo psicosocial y fomenta los vínculos positivos.

2.7.7.2. Riesgos en torno a las adicciones.

La adolescencia es la edad del riesgo de los “vicios”. El contacto casi inevitable con sustancias adictivas será la norma de los jóvenes y ahí se presenta la situación adversa que es el “vicio” o dependencia. El cigarrillo hace su aparición con fuerza a través de los medios publicitarios masivos y expone a los jóvenes a los riesgos derivados de su uso y abuso.

Molero y Muñoz⁷², coinciden en afirmar que la sustancia adictiva es la nicotina, la cual desencadena una cantidad de cambios en el organismo, pero por sobre todo, genera la dependencia o necesidad de recibir la “dosis” porque de lo contrario aparece el denominado síndrome de abstinencia o “crisis” del organismo por falta de la sustancia. Además, la nicotina tiene la peligrosa propiedad de incrementar el deseo de consumo de alcohol y otras sustancias así mismo adictivas. Lo cierto es que las sustancias adictivas como la nicotina por ejemplo, desencadenan sensaciones placenteras, creando dependencia psíquica lo que reforzado a lo mal que se sienten si suspenden el “ingreso” de la sustancia (síndrome de abstinencia), cierra el círculo de la adicción, todo ello mediado por receptores cerebrales. Ello, sumado a la necesidad paulatina de incrementar las dosis de ingresos, desencadena lo que se conoce con el nombre del “vicio” (adicción).

Asouza⁷³, señala que con el alcohol la situación no es diferente a la de la nicotina. Se trata de sustancias que se comportan de manera similar y desarrollan la misma adicción, de hecho se combinan y amplifican los efectos. La sociedad occidental se ha encargado, a través de su prioridad de vender, de difundir y extender el problema del uso y abuso, a niveles

inimaginables (uso de mensajes y actividades que promueven el consumo entre los jóvenes). Un reflejo de ello es la clara tendencia a “beber” de los jóvenes en nuestro medio. La consecuencia de ello es una evidente relación entre “tomar” y disfunción familiar, mal rendimiento, deserción escolar, violencia (tal vez beber es uno de los principales factores Asociadas a la violencia) y un importante “disparo” de la actividad sexual, eventos todos que permiten identificar los riesgos derivados.

González⁷⁴, aclara que entre las muchas situaciones de riesgo vale la pena mencionar: por predisposición genética, por la influencia social (amigos que beben), por la influencia familiar (padres que beben), por depresión o ansiedad y porque fuman (clara asociación entre lo uno y lo otro). De todo esto queda en claro el amplio panorama de situaciones que contribuyen a que los jóvenes consuman alcohol.

Con el resto de sustancias adictivas la problemática tiene un comportamiento similar, solo que las prevalencias son más bajas, dejando evidente que la prioridad para el país (y tal vez para el mundo) está en el uso y abuso de alcohol y cigarrillo. Cerca del 84% de los jóvenes de 10 a 24 años han probado el alcohol. El 37% de los jóvenes han probado el cigarrillo. El inicio del consumo de alcohol se hace a los 12.9 años (encuesta de consumo programa Rumbos). El cigarrillo a los 13,7 años. Si bien la diferencia por sexos no es muy importante en el caso del alcohol (probado por 85% de los hombres y 82% de las mujeres) definitivamente el contacto es alto. Existe una relación importante entre consumo de alcohol,

cigarrillo y sustancias adictivas con violencia, accidentes, así como con la deserción escolar y el contacto sexual temprano (situaciones de riesgo).

2.7.7.3. Riesgos en torno a la depresión.

¿Qué lleva a que un joven quiera quitarse la vida por su propia mano? Sea lo que sea es un reflejo grave dentro de una sociedad y es lo que está ocurriendo en nuestro medio.

La depresión en los jóvenes según Lagarribel, González, Martínez y Valenzuela⁷⁵, es una patología que cada vez se reconoce más. Su riesgo directo es el suicidio. Los cambios biopsicosociales de la adolescencia, permiten diferencias en la maduración, situaciones que a lo mejor y en caso de no presentar los cambios de manera armónica, pueden estar relacionadas con el surgimiento de ideas depresivas. Sin embargo, y de ser así, las ideas depresivas serán solo momentáneas, desapareciendo cuando las “asimetrías” de la maduración concluyan. De la misma manera, el convivir con personas deprimidas en el seno de la familia, favorecen la aparición de depresión en los jóvenes. Es muy probable que el joven no sepa cómo enfrentar esta situación y las ideas de culpa o la impotencia de no poder hacer algo al respecto tengan algo que ver con esta situación. Las ideas de suicidio, constituyen un buen reflejo de la depresión.

También señalan que existe una relación entre los comportamientos violentos y el consumo de sustancias prohibidas con la depresión y con las ideas suicidas. Otra situación de riesgo que conlleva a la depresión, son los jóvenes que presentan comportamiento violento e intimidador ante sus compañeros. Una vez más, la asociación con el alcohol de las ideas

depresivas e incluso suicidas, es importante y frecuente como lo expone Sinclair y Green⁷⁶.

El desarrollo de un auto imagen adecuada se encuentra relacionada como factor protector de depresión y por ende de suicidio y fomentador de la salud mental. La salud mental dice Castillo⁷⁷, se concibe como un proceso evolutivo y dinámico de la vida. En este proceso (búsqueda de salud mental) intervienen múltiples factores: como un normal desarrollo neurobiológico, factores hereditarios, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales. Y como cabe esperar, la familia tiene un importante papel en los adolescentes que intentan suicidarse (papel aun no suficientemente explicado) y que no están enfermos de alguna patología psiquiátrica, siendo más frecuentes en las familias desintegradas donde la ausencia del padre es más notoria.

2.7.7.4. Riesgos en torno a la violencia.

El comportamiento violento de los jóvenes deja sin duda huellas: deja víctimas y victimarios. Los principales riesgos provocados por los comportamientos violentos son en primera instancia los derivados del daño biológico (lesiones), pero el social e histórico, es precisamente lo que hace que el círculo se perpetúe: la víctima de ayer, se convierte en el victimario del mañana. Dentro de los jóvenes de 10 a 24 años, la muerte violenta ocupa primeros lugares. El maltrato familiar físico (padres que golpean a sus hijos) constituye un importante factor de riesgo en torno a violencia futura.

Así mismo, Zavaschi, Benetti, Polanczyk y Bañón⁷⁸, señalaron que en el colegio se observa un número importante de situaciones de violencia, que pueden servir como medidas para identificar el grado de exposición de los adolescentes. Son riesgos de violencia en jóvenes, el consumo de drogas ilícitas, así como pertenecer a bandas delincuenciales o el poseer armas de manera rutinaria y por supuesto que la violencia televisiva juega un importante papel, que aún no se ha podido medir en toda su extensión. El uso de la violencia para resolver diferencias sin duda se desarrolla o se prevé en los colegios, razón por la cual se deberán incentivar los denominados programas de convivencia o de intervención en niños para evitar la violencia de los jóvenes.

2.7.7.5. Conducta de protección en torno a la religión.

La religión es junto con el colegio y la familia, los factores protectores más importantes para los jóvenes. Krauskoph⁷⁹, a través de numerosos estudios evidenció cómo los jóvenes expuestos a pobreza extrema y en zonas de riesgos psicosociales inmensos, pero que se vinculan a prácticas religiosas (grupos religiosos), se “protegen” de manera notoria en comparación con aquellos que no se vinculan. De la misma manera, se sabe de cómo muchos programas para combatir las adicciones a drogas se basan en prácticas religiosas con resultados efectivos.

Las prácticas religiosas promueven valores, que en determinado momento utiliza el joven al momento de decidir. Habitualmente, la vinculación al “culto” no se lleva a cabo solo por el joven y se vinculan los padres, lo cual permite la construcción de un “circuito de protección” que

disminuye considerablemente el que los adolescentes asumen comportamientos de riesgo. Por tanto, y en esta investigación, la no práctica de actividades religiosas se va a considerar como riesgo (más con carácter exploratorio que sustentando en otras investigaciones).

2.8. Definición de términos básicos.

- **Conducta de riesgo.** De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud⁸⁰, es una forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente.
- **Conductas de riesgo psicosocial.** Según Jessor, son conductas que son las que comprometen aspectos del desarrollo psicosocial o la supervivencia de la persona durante su desarrollo juvenil e incluso, en ocasiones, buscan el peligro en sí mismo.
- **Conducta protectora:** Comportamiento que disminuye la posibilidad del evento adverso.
- **Adolescencia:** Aliño, López y Navarro⁸¹, la definen como una etapa bien definida de la vida del ser humano. Comprende un período de transición entre la niñez y la adultez y está caracterizada por cambios notables en el desarrollo físico, mental, emocional y social del individuo.
- **Sexualidad.** López y Fuertes⁸², la definen como como la función de la relación con los demás, caracterizadas por la búsqueda de comunicación. Afectividad y placer.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación.

Según Supo⁸³, la clasificación para los tipos de investigación es:

Según la intervención del investigador en el fenómeno que estudia, fue un estudio de tipo **Observacional**.

Según el número de ocasiones en que se mide la variable, el estudio fue de tipo **transversal** porque las variables fueron medidas en una sola ocasión.

Según la planificación de la toma de datos, fue de tipo **prospectivo**, porque la información se recogió después de la planeación del estudio, pudiendo controlar el sesgo de medición.

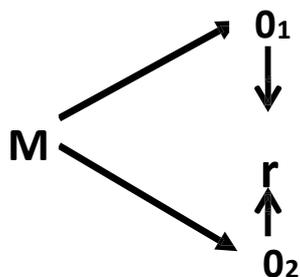
3.2. Nivel de Investigación.

Supo, indica que nuestro estudio cumple con la clasificación de nivel **relacional**, porque se demostró la influencia entre las variables estudiadas; realizando una asociación sin relación de dependencia ni causa y efecto.

3.3. Diseño de la investigación.

El diseño de investigación fue como se muestra a continuación.

DIAGRAMA: Corresponde al diseño correlacional:



Donde:

M = Muestra en estudio

O1 = Variable independiente (Conductas de riesgo psicosocial)

O2 = Variable dependiente (inicio de las relaciones sexuales)

r = Relación de variables

3.4. Población.

La población estuvo formada por 240 adolescentes escolares del 4to y 5to año de educación secundaria de la Institución Educativa Secundaria “Juan Velasco Alvarado” de Pillcomarca.

Características de la Población:

❖ **Criterios de inclusión:** Se incluyeron en el estudio:

- Adolescentes escolares matriculados para el año 2013, en el 4to y 5to grado de educación secundaria de la I. E. Juan Velasco Alvarado.
- Adolescentes escolares de ambos sexos.
- Adolescentes escolares que asistían con regularidad a sus clases.
- Adolescentes cuyos padres dieron su consentimiento y autorizaron la participación de su/s hijo/s e hija/s en el estudio.
- Adolescentes escolares que aceptaron participar en el estudio a través de un asentimiento informado.
- Adolescentes escolares cuyos padres aceptaron su participación a través del consentimiento informado.

❖ **Criterios de exclusión:** Se excluirán del estudio:

- Adolescentes escolares que se encuentren con permiso por cuestiones de salud u otra situación.

- Adolescentes escolares que estén recibiendo tratamiento psicológico.
- Adolescentes escolares que sean trasladados de otras I.E. después de iniciado el estudio.

❖ **Criterios de eliminación:** Se eliminaron del estudio:

- Encuestas incompletas

❖ **Ubicación de la población en el espacio y tiempo.**

- **Ubicación en el espacio.** El estudio se desarrolló en la Institución Educativa “Juan Velasco Alvarado” de Pillcomarca, que se encuentra en el distrito de Pillcomarca, provincia y departamento de Huánuco.
- **Ubicación en el tiempo.** El estudio se desarrolló durante los meses de octubre del 2012 a abril del 2013.

3.5. Muestra y muestreo.

La selección de la muestra se realizó a través del método probabilístico, aleatorio simple y teniendo en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

- **Unidad de Análisis.**

Cada uno de los alumnos del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa “Juan Velasco Alvarado” de Pillcomarca.

- **Unidad de Muestreo.**

Fue la misma que la unidad de análisis.

- **Marco Muestral.**

Registro de asistencia de los alumnos del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa “Juan Velasco Alvarado” de Pillcomarca.

Tamaño de la muestra:

Para la determinación del tamaño muestral se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times q \times N}{e^2 (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

Z = Se refiere al nivel de confiabilidad de 95,0%.

p = probabilidad de éxito (p=0,60); proporción de adolescentes que inician sus relaciones sexuales a temprana, según INEI⁸⁴.

q = 1 – p (q=0,40)

e = Error de estimación (e=0,05)

N = Población (N= 240)

Cálculo del tamaño de la muestra:

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

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,60) (0,40) (240)}{(0,05)^2 (240 - 1) + (1,96)^2 (0,60) (0,40)}$$

$$n = \frac{221,18}{1.52}$$

$$n = 144$$

La muestra fue de 144 adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa “Juan Velasco Alvarado” de Pillcomarca

- **Tipo de muestreo.**

El tipo de muestreo se realizó a través del método probabilístico aleatorio estratificado, y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para dicha selección.

El cálculo del factor de proporción en los estudiantes:

$$f = n/N$$

$$f = 144/240$$

$$f = 0,6$$

Cuadro N° 1. Muestra estratificada de los estudiantes

Estratos de la población de estudiantes		Tamaño de la población de cada estrato	Determinación de los estratos muestrales	Estrato de la muestra
Cuarto año	A	30	30 x 0,6	18
	B	32	32 x 0,6	19
	C	32	32 x 0,6	19
	D	30	30 x 0,6	18
Quinto año	A	30	30 x 0,6	18
	B	31	31 x 0,6	19
	C	27	27 x 0,6	16
	D	28	28 x 0,6	17
TOTAL		240	-	144

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.6.1. **Encuesta sobre riesgos psicosociales.** A través de un cuestionario se recogió información sobre los datos sociodemográficos de los alumnos y sobre las conductas de riesgo psicosociales a los que están expuestos los alumnos entorno a la sexualidad, a las adicciones, a la depresión, a la violencia, al deterioro de la autoestima y la protección entorno a la religión. El instrumento consta de 43 preguntas, de los cuales 6

están dirigidas a conocer los datos sociodemográficos y 37 para identificar los riesgos psicosociales. **(Anexo 01)**

La categoría de medición de las conductas de riesgo psicosociales fue como sigue:

▪ **Riesgos en torno a la sexualidad:**

Riesgos de embarazo no deseado o de adquirir una enfermedad de transmisión sexual:

- ≥ 14 letras R = Alto riesgo
- De 6-13 letras R = Mediano riesgo
- \leq De 5 letras R = Bajo riesgo

▪ **Riesgos en torno a las adicciones:**

Riesgo de tener problemas con drogas y alcohol:

- ≥ 14 letras R = Alto riesgo
- De 6-13 letras R = Mediano riesgo
- \leq De 5 letras R = Bajo riesgo

▪ **Riesgos en torno a la depresión:**

Riesgo de cometer suicidio:

- $>$ De 2 letras R = Alto riesgo
- De 1-2 letras R = Mediano riesgo
- Solo 1 letra R = Bajo riesgo

▪ **Riesgos en torno a la violencia:**

Riesgo de vivir bajo un ambiente de violencia:

- $>$ De 2 letras R = Alto riesgo
- De 1-2 letras R = Mediano riesgo

- Solo 1 letra R = Bajo riesgo

- **Riesgos en torno al deterioro de la autoestima:**

Riesgo a tener autoestima bajo:

- > De 3 letras R = Alto riesgo
- De 1-2 letras R = Mediano riesgo
- Solo 1 letra R = Bajo riesgo

- **Conductas de protección: Del total de preguntas**

Cuanta protección tiene:

- \geq De 11 letras P = Bien protegido
- De 5-10 letras P = Medianamente protegido
- \leq 4 letras P = Desprotegido

La categoría de medición general de las conductas de riesgo psicosocial fue:

- > De 35 letras R = Alto riesgo
- De 15-34 letras R = Mediano riesgo
- \leq 14 letras R = Bajo riesgo

3.7. Validez y Confiabilidad de los instrumentos.

La confiabilidad y la validez de los instrumentos, las encuestas sobre las conductas de riesgo psicosociales, se realizó en el estudio Riesgos y Familia en la adolescencia, desarrollado por González⁸⁵, en Colombia durante el año 2007, el mismo que tuvo un valor Alfa de ≥ 0.8 , determinando un nivel de confiabilidad muy alto.

Para realizara la adecuación local, se recurrió a la validación de contenido por juicio de expertos (4) que revisaron la encuesta y emitieron su opinión

al respecto, ayudando a mejorar su adaptación a nuestra realidad. **(Anexo 04)**

3.8. Aspectos éticos.

- **Consentimiento informado.** El mismo que sirvió para informar a cada uno de los padres de los alumnos participantes los objetivos del estudio, lo que se espera de la participación de sus hijos, asimismo se puso en claro los compromisos por parte del investigador y el de sus hijos como parte de la muestra de investigación, así como la libertad que tendrían de firmar el consentimiento para que sus participen en el estudio o de retirarse en cualquier momento del estudio sin perjuicio de sus atenciones. **(Anexo 02)**
- **Asentimiento informado.** Se aplicó el asentimiento informado en su condición de estudiantes adolescentes, para su aceptación como participantes del estudio. **(Anexo 03)**
- **Consideraciones éticas.**

No contando en nuestra Región Huánuco con un comité de ética debidamente formado, la revisión del consentimiento informado fue realizada por el jurado dictaminador del protocolo de tesis, quien dio visto bueno para la ejecución de la tesis incluyendo el consentimiento informado.

Se consideró los principios éticos de:

Beneficencia. Esta investigación fue de beneficio para los adolescentes escolares, para que en futuras investigaciones se

implementen programas que permitan mejorar el comportamiento frente a los riesgos psicosociales.

No maleficencia. Se respetó este principio, porque no se puso en riesgo la dignidad ni los derechos y el bienestar de los adolescentes participantes del estudio, ya que la información fue de carácter confidencial.

Autonomía. Se respetó este principio, ya que se les explicó que podrían retirarse en el momento que deseen.

Justicia. Se respetó este principio, ya que se aplicó el consentimiento informado de carácter escrito y se solicitó en el momento de abordar al participante en estudio, pudiendo negarse el participante si así lo considere necesario.

3.9. Procedimientos de recolección de datos:

- En primer lugar se capacitó al personal que se encargó de administrar las encuestas (encuestadores) en el 4to y 5to año de secundaria de la I.E.S. Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.
- Para acceder al ámbito de estudio, se pidió el permiso respectivo en la Dirección de la I.E. S. “Juan Velasco Alvarado” de Pillcomarca-2013.
- Teniendo en cuenta la fórmula del estudio y los criterios de inclusión y exclusión se seleccionó a los alumnos que formaron parte del estudio.
- Se pidió el consentimiento informado de los padres de los alumnos.
- Se obtuvo el asentimiento de cada uno de los alumnos para participar voluntariamente en el estudio.

- Se aplicó los instrumentos en las respectivas aulas de los estudiantes del 4to y 5to año de secundaria.
- Posteriormente se realizó el control de calidad de cada uno de los instrumentos, desechando una encuesta que no estuvo completa.
- El procesamiento de la información a través del programa SPSS versión 19 para Windows.

3.10. Elaboración de los datos.

Se realizó las siguientes fases:

Revisión de los datos, donde se examinó en forma crítica la encuesta utilizada, a fin de hacer las correcciones necesarias.

Codificación de los datos. Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en la encuesta respectiva, según las variables del estudio.

Clasificación de los datos, Se realizó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.

Presentación de datos. Se presentaron los datos en tablas académicas y en gráficos, según las variables del estudio.

3.11. Análisis e interpretación de datos.

Análisis Descriptivo:

Se efectuó el análisis descriptivo de cada una de las variables determinando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables nominales o categóricas.

Análisis Inferencial:

Para contrastar la prueba de hipótesis, se realizó un análisis de asociación sin relación de dependencia, debido a que las variables a contrastar fueron cualitativas, una ordinal (conductas de riesgo psicosocial) y otra nominal (inicio temprano de las relaciones sexuales).

Entonces la prueba estadística elegida para la asociación fue el Chi cuadrado de Pearson (χ^2). Se consideró un nivel de confianza del 95,0% y el análisis estadístico se realizó a través del paquete SPSS versión 19 para Windows.

CAPITULO VI

RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS:

4.1.1. Análisis de las características sociodemográficas.

Tabla 01

Edad de los estudiantes adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Edad en años	Nº	%
14 años	15	10,4
15 años	47	32,6
16 años	57	39,6
17 años	21	14,6
18 años	4	2,8
TOTAL	144	100,0

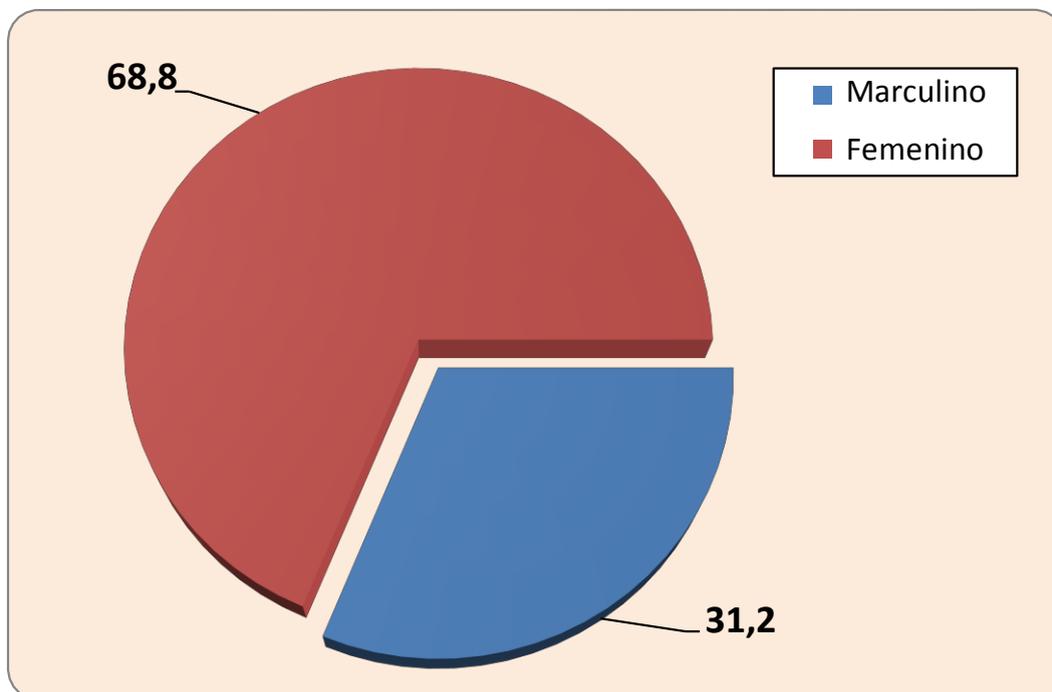
Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosocial. (Anexo 01)

Respecto a la edad de los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado, se evidenció que el 39,6% (57) correspondía a los adolescentes de 16 años, seguido del 32,6% (47) que fueron de 15 años, el 14,6% (21) de 17 años, el 10,4% (15) de 14 años y el 2,8% (4) adolescentes de 18 años.

Al evaluar las medidas de tendencia central, se evidenció que la edad máxima de los adolescentes es de 18 años, la edad mínima de 14 años; la media o el promedio de las edades de 15,67 años, la mediana de 16 años, la moda 16 años, la Desviación Estándar 0,946 y la Varianza de 0,895.

Gráfico 01

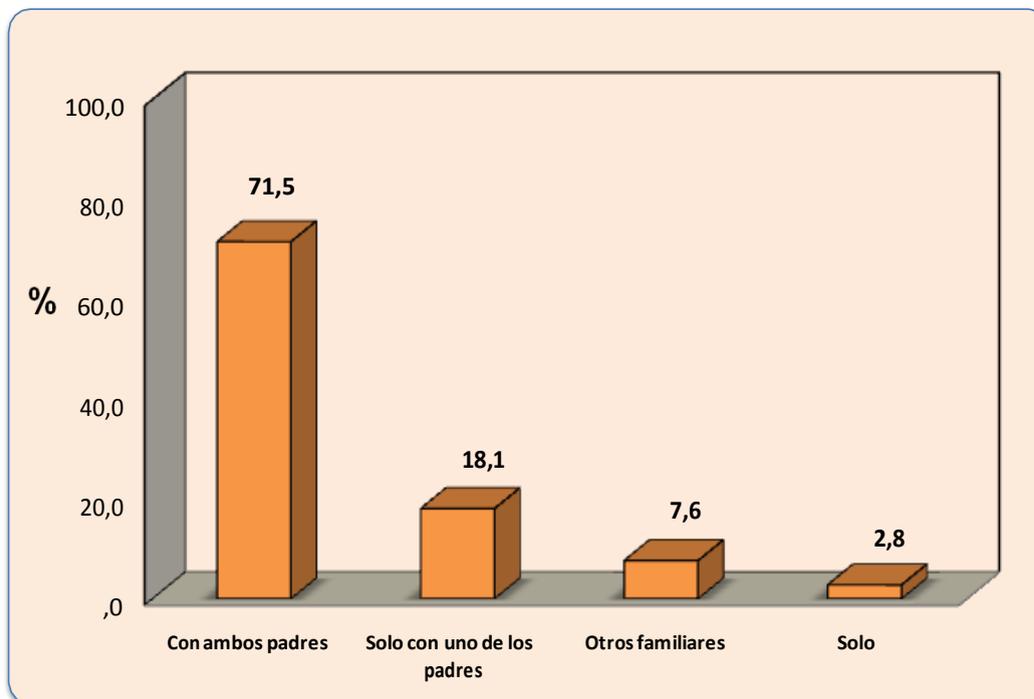
Proporción del género de los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.



Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

En relación al género de los adolescentes, se observó que el 68,8% (99) fueron féminas y el 31,2% (45) de género masculino. Lo que significa que el mayor número de estudiantes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado fueron mujeres.

Gráfico 02
Proporción de personas con quien viven los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

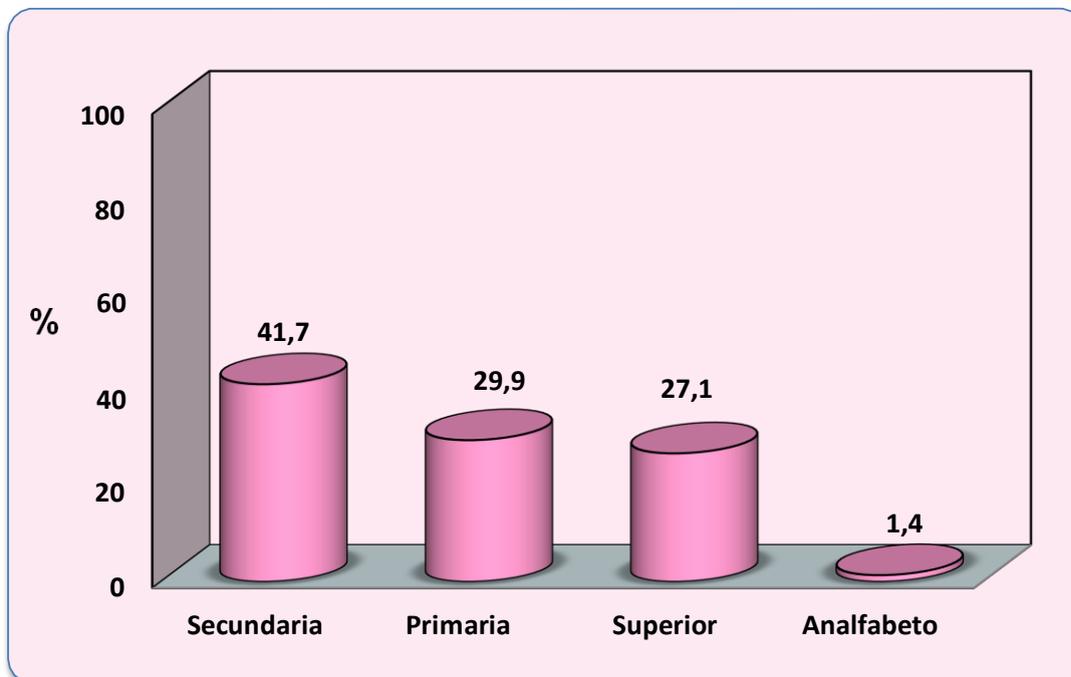


Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Al preguntar sobre las personas con quien viven los adolescentes, se evidenció que el 71,5% (103) viven con ambos padres, es decir tienen una familia nuclear, seguido del 18,1% (26) que viven sólo con uno de sus padres, el 7,6% (11) con otros familiares y el 2,8% (4) que vive solo.

Gráfico 03

Proporción del grado de instrucción del padre o tutor de los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

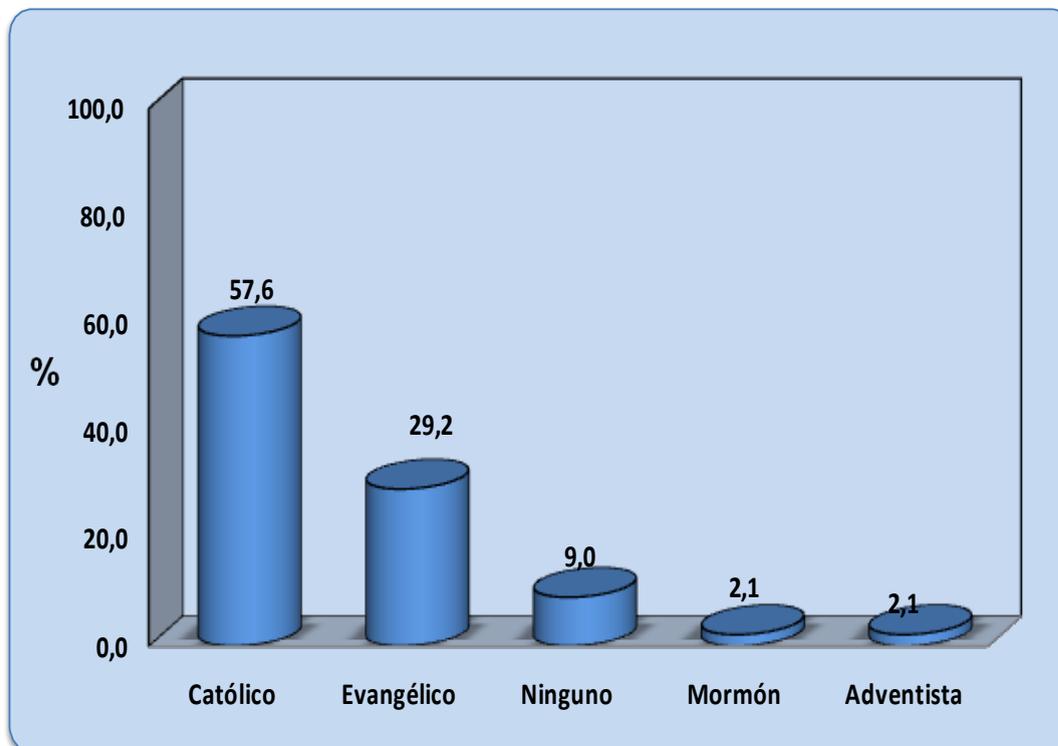


Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Respecto al grado de instrucción del padre o tutor de los adolescentes, se comprobó que el mayor porcentaje que fue 41,7% (60) tenían estudios de nivel secundario, seguido del 29,9% (43) que tenía primaria, el 27,1% (39) nivel superior y sólo el 1,4 % (2) no tenían instrucción, es decir fueron analfabetos.

Gráfico 04

Proporción de la religión a la que pertenecen los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.



Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Concerniente a la religión que profesan los adolescentes, se confirmó que el 57,6% (83) son de religión católica, seguido del 29,2% (42) que son evangélicos, el 9% (13) no profesa ninguna religión y el 2,1% (3) son mormones y adventistas en la misma proporción respectivamente.

4.1.2. Análisis de las conductas de riesgo psicosociales:

Tabla 02

Inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Sobre las relaciones sexuales	Nº (n=144)	%
Tuvo relaciones sexuales		
No	117	81,3
Si	27	18,8
Edad de su primera relación sexual.		
Antes de los 15 años	11	7,6
Después de los 15 años	16	11,2
Tuvo relaciones sexuales sin querer.		
Si	2	1,4
No, fue con consentimiento	25	17,4
Tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en el último año.		
Si, con más de una pareja	2	1,4
Solo con una pareja	25	17,4

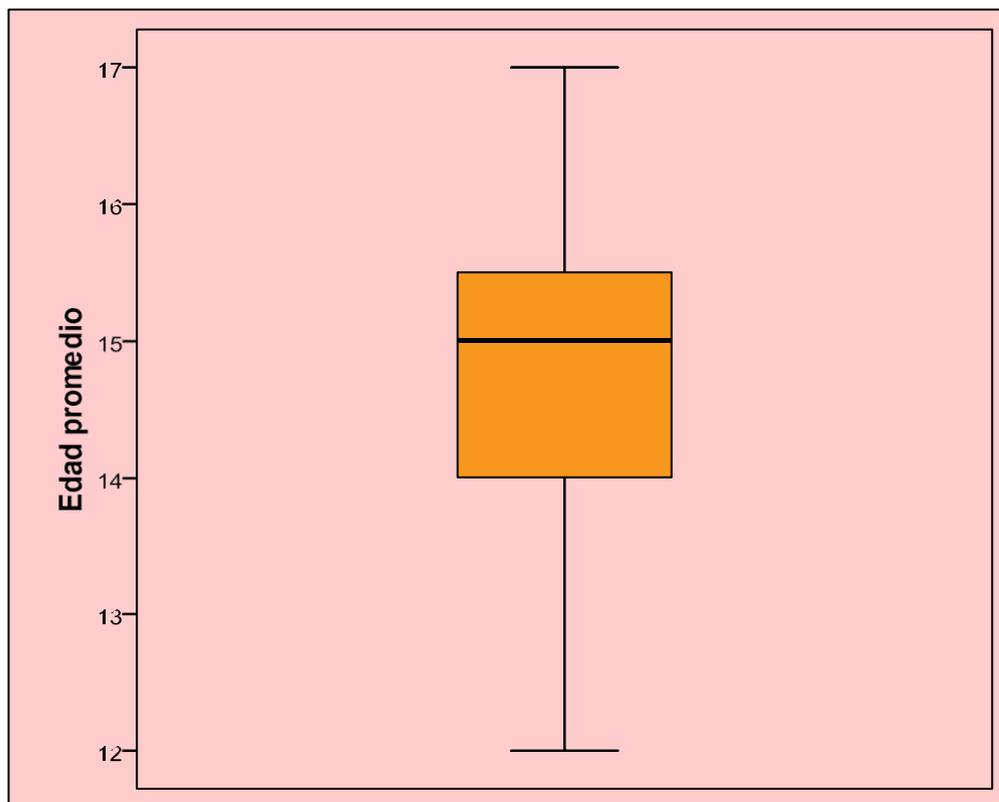
Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Sobre las relaciones sexuales en los adolescentes, se encontró que el 81,3% (117) aún no tuvieron relaciones sexuales, mientras que el 18,8% (27) adolescentes ya iniciaron su vida sexual. Del total de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, el 7,6% (11) lo iniciaron antes de los 15 años, y el 17,4% (25) lo iniciaron después de 15 años.

En cuanto a si tuvieron relaciones sexuales sin querer, el 17,4% (25) indicó que tuvieron relaciones sexuales y fue con consentimiento y el 1,4%(2) señalaron haber tenido relaciones sin querer.

Respecto a si tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en el último año, el 17,4% (25) mencionó que tuvo sólo con una pareja y el 1,4% (2) afirmó que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja.

Gráfico 05
Edad promedio del inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.



Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

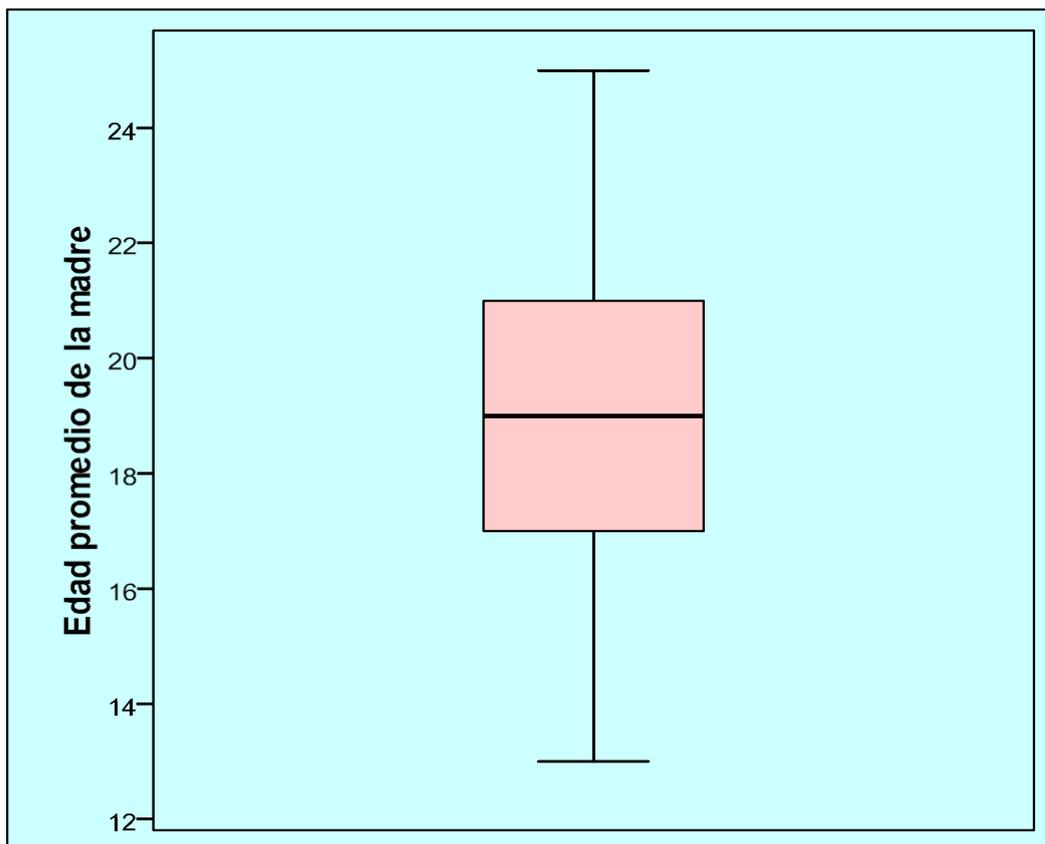
El gráfico de cajas y bigotes muestra que la edad mínima del inicio de las relaciones sexuales fue de 12 años, la edad máxima de 17 años, la media o el promedio de 14,70 años, la mediana 15 años, la moda 15 años, la Desviación estándar de 1,29 y la varianza de 1,67.

Tabla 03
Grupo etáreo de la madre de los adolescentes al tener su primer hijo
Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Grupo etáreo de las madres	Nº	%
De 13 a 15 años	15	10,4
De 16 a 17 años	20	13,9
De 18 a 19 años	47	32,6
Más de 20 años	43	29,9
No lo sabe	19	13,2
TOTAL	144	100,0

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Gráfico 06
Edad promedio de las madres de los adolescentes cuando tuvieron
su primer hijo-Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de
Pillcomarca-2013.



Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Referente al grupo etáreo de las madres de los adolescentes cuando tuvieron su primera relación sexual, se observó que el 32,6% (47) de

madres tuvieron su primer hijo entre los 18-19 años, seguido del 29,9% (43) que tuvieron a más de 20 años, el 13,9 (20) entre las edades de 16-17 años, el 13,2% (19) de adolescentes que no sabían la edad de sus madres y finalmente el 10,4% (15) que tuvo su primer hijo entre los 13-15 años.

El gráfico de cajas y bigotes, muestra que la edad mínima de las madres cuando tuvieron su primer hijo fue de 13 años y la máxima de 25 años; el promedio o la media de las edades fue de 18,94 años, la mediana de 19 años, la moda de 18 años, la Desviación estándar de 2,88 y la varianza de 8,33.

Tabla 04
Planificación familiar en los adolescentes del 4to y 5to año de
secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de
Pillcomarca-2013.

Sobre planificación familiar	Nº (n=144)	%
Recibió información sobre planificación familiar		
Si ha recibido y siente que la entendió bien	69	47,9
Si ha recibido, pero aún tiene dudas	50	34,7
No ha recibido	25	17,4
Edad en la que recibió la información		
10 -12 años	10	7,0
13-15 años	58	40,3
16-18 años	51	35,4
Lugar donde recibió la información		
Del colegio	67	46,5
De sus padres	36	25,0
De sus amigos	1	0,7
Del médico o enfermera	15	10,4
No ha recibido	25	17,4

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

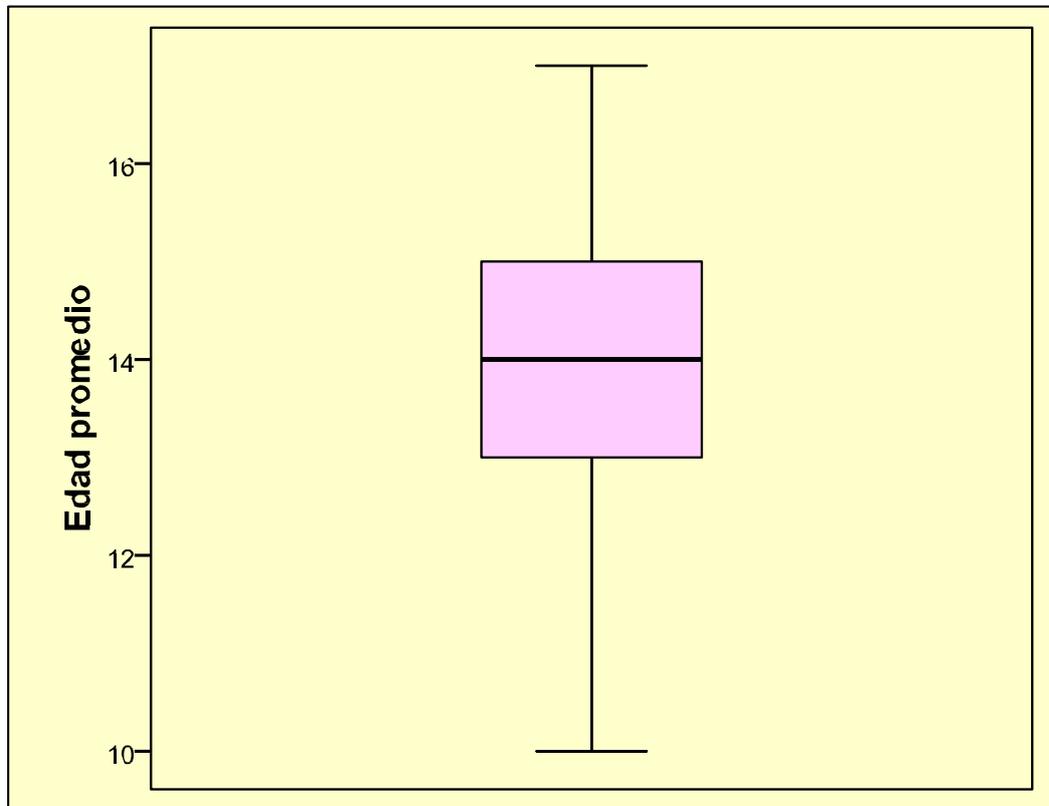
Sobre la planificación familiar de los adolescentes, respecto a si recibió información sobre planificación familiar, el 47,9 (69) mencionó que recibió información pero siente que aún no lo entiende bien, el 34,7 % (50) que recibió pero que aún tiene dudas y el 17,4% (25) que no recibió información de planificación familiar.

Concerniente a la edad en que recibieron información sobre planificación familiar, el 40,3% (58) lo recibieron entre 13 a los 15 años, el 35,4% (51) lo recibieron entre los 16-18 años, y el 7,0% (10) entre 10-12 años.

Referente al lugar donde recibieron la información sobre planificación familiar, el 46,5% (67) lo recibieron en el Colegio, seguido del 25,0% (36) que lo recibieron de su padres, el 10,4% (15) lo recibió del médico o las enfermeras y el 0,7 % (1) que lo recibió de sus amigos.

Gráfico 07

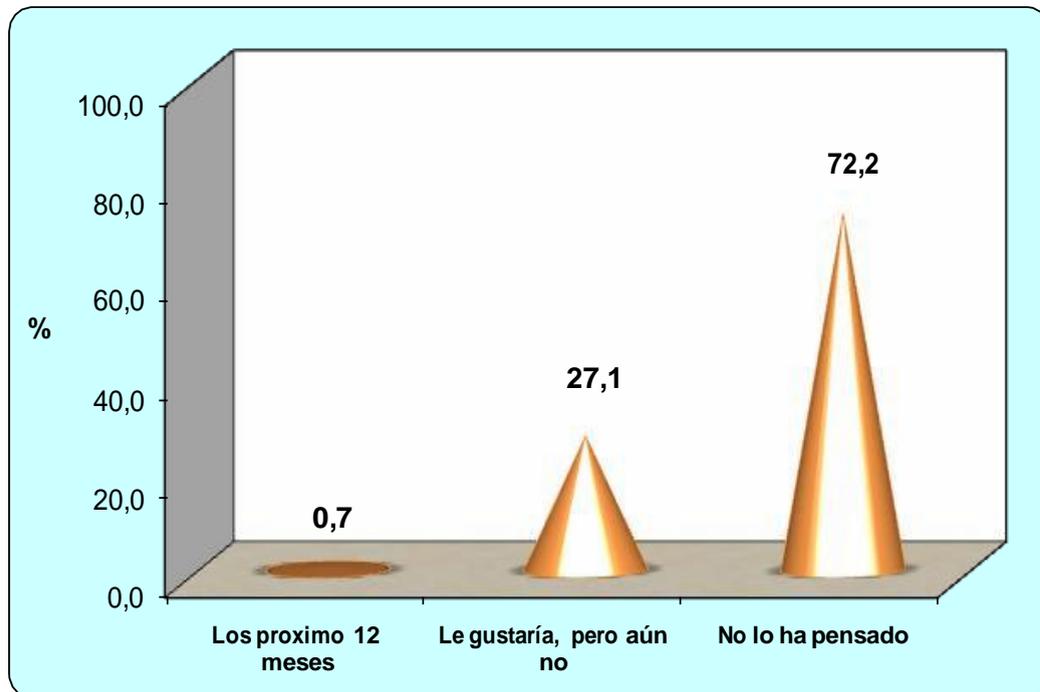
Edad promedio en que recibieron información sobre planificación familiar los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.



Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

El gráfico de cajas y bigotes muestra que la edad mínima de en el que los adolescentes recibieron información sobre planificación familiar fue de 10 años y la edad máxima fue de 17 años; el promedio o la media de las edades fue de 14,13 años, la mediana fue de 14 años, la Desviación estándar fue de 1,21 y la varianza de 1,51.

Gráfico 08
Proporción de adolescentes que quieren tener un hijo con su pareja
Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.



Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

En relación a si les gustaría tener un hijo con su pareja a los adolescentes, el 72,2% (104) señaló que no la habían pensado aún, el 27,1% (39) indicó que le gustaría pero que aún no era el tiempo y el 0,7% (1) respondió que le gustaría tener en los próximos 12 meses.

Tabla 05
Uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes del 4to y 5to
año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado
de Pillcomarca-2013.

Sobre el uso de métodos anticonceptivos	Nº (n=144)	%
Usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual		
Si utilizó	23	16,0
No utilizó ningún método	4	2,8
Tipo de método que usó		
Condón	21	14,6
Pastilla	1	0,7
Inyección	1	0,7
Sus padres aceptarían que use algún método anticonceptivo		
Si	24	16,7
No	24	16,7
No lo sé	96	66,7

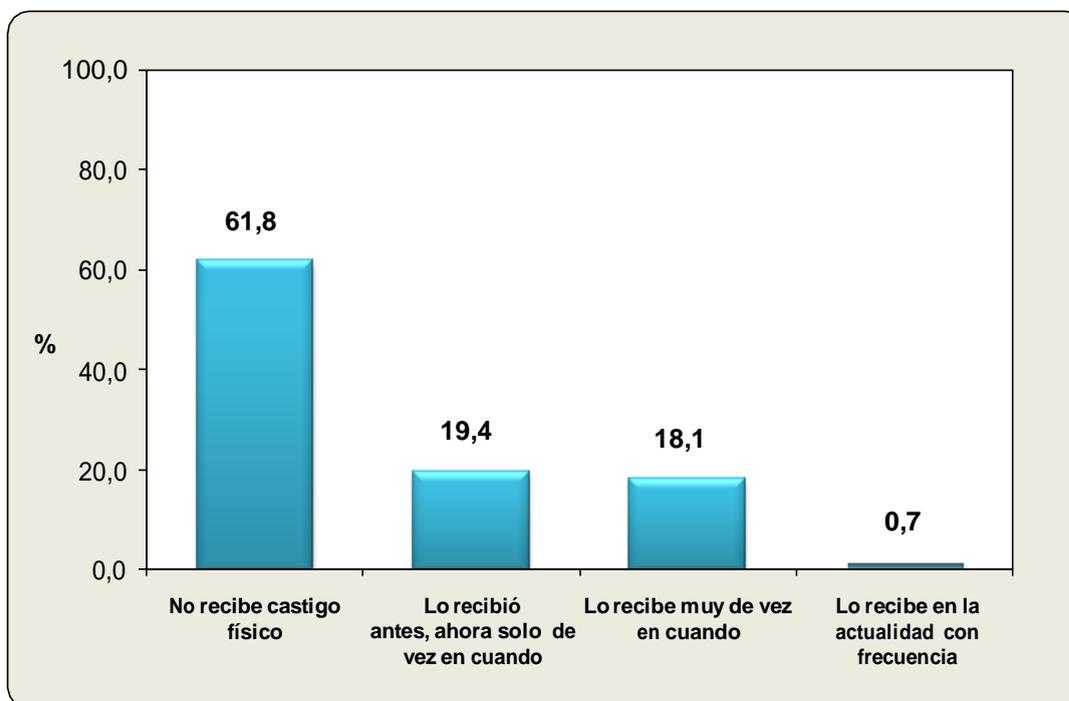
Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Sobre el uso de los métodos anticonceptivos, respecto a si usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, el 16,0% (23) de los adolescentes mencionó que si utilizó, mientras que el 2,8% (4) dijo que no utilizó ningún método. En relación al tipo de método que utilizaron, el 14,6% (21) respondió que usó condón, el 2,8% (4) no utilizó ningún método y el 0,7% (1) usó pastilla e inyección de manera respectiva.

En cuanto a si sus padres aceptarían que usen algún método anticonceptivo, el 66,7% (96) indicó no saberlo, el 16,7% (24) señaló que si aceptarían y en la misma proporción que no aceptarían.

Gráfico 09

Proporción de los que recibieron castigo físico por alguno de sus padres en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.



Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Concerniente a si recibieron castigo físico por parte de alguno de sus padres, el 61,8% (89) de los adolescentes reveló que no recibieron castigo físico, seguido del 19,4% (28) que lo recibió antes y que ahora solo lo recibe de vez en cuando, el 18,1% (26) lo recibe muy de vez en cuando y el 0,7% (1) lo recibe en la actualidad con frecuencia.

Tabla 06
Conocimiento sobre los riesgos en torno a la sexualidad de los
adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución
Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Conocimiento sobre los riesgos en torno a la sexualidad	Nº (n=144)	%
Si usa condón en una relación sexual, se protegen contra el VIH-SIDA		
Si lo cree y está seguro	30	20,8
Si lo cree, pero no está seguro	46	31,9
No lo cree	32	22,2
No lo sabe	36	25,0
Momento del ciclo menstrual donde existe mayor riesgo de embarazo.		
Del primer día al día 11	20	13,9
Del día 12 al día 24	20	13,9
Del día 25 al día 28	10	6,9
No sabe	94	65,3
Edad de la mujer cuando tiene menos riesgos para el embarazo y para el bebé.		
De 13 a 16 años	40	27,8
De 17 a 19 años	6	4,2
De 20 a 30 años	51	35,4
De 31 a 35 años	14	9,7
De 36 en adelante	5	3,5
No sabe	28	19,4

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Tocante al conocimiento sobre los riesgos en torno a la sexualidad, concerniente a si creen que si usan condón en una relación sexual, se protegen contra el VIH sida, el 31,9% (46) de los adolescentes indicó que si lo cree pero no está seguro, el 25,0% (36) no sabe, el 22,2% (32) no lo cree, y sólo el 20,8% (30) señaló que si lo cree y está seguro.

Sobre si saben el momento del ciclo menstrual donde existe mayor riesgo de embarazo, 65,3% (94) de los adolescentes señaló que no lo sabe, seguido del 13,9% (20) que respondieron del primer día al día 11 y del día 12 al día 24 en la misma proporción, y el 6,9% (10) contestó del día 25 al día 28.

Tabla 07
Consumo de bebidas alcohólicas por los adolescentes del 4to y 5to
año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado
de Pillcomarca-2013.

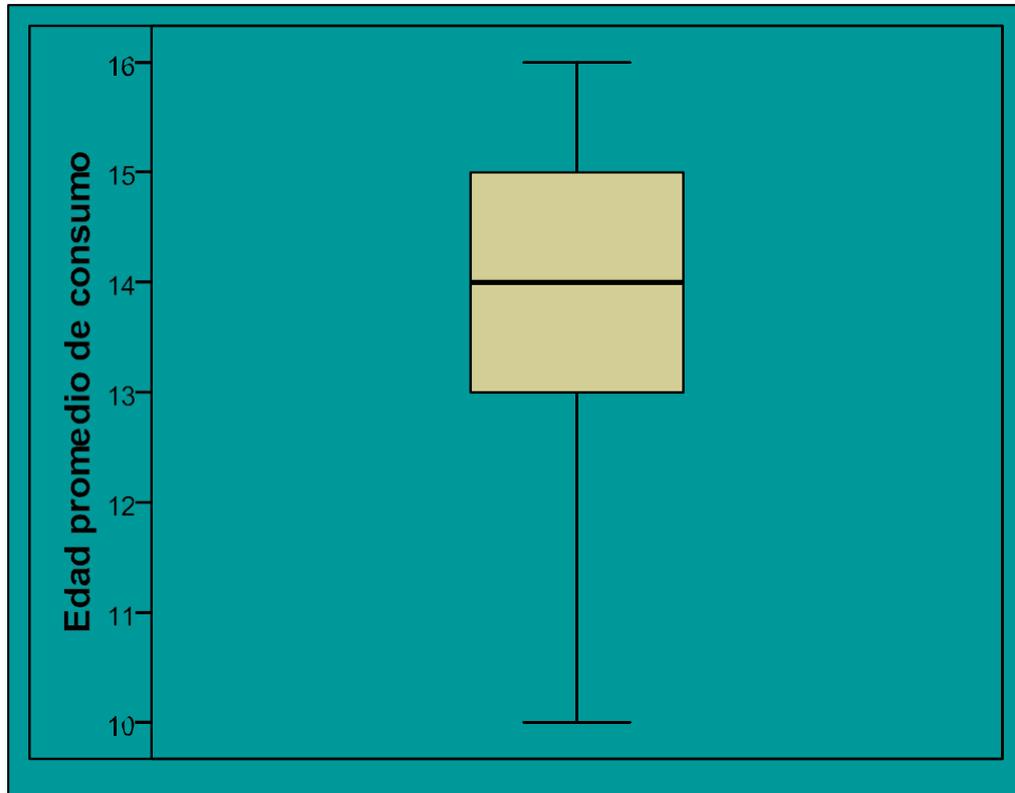
Consumo de bebidas alcohólicas	Nº (n=144)	%
Consumió alcohol alguna vez		
No	107	74,3
Si	37	25,7
Edad de inicio de consumo de alcohol		
10 -12 años	9	6,3
13-15 años	22	15,2
16-18 años	6	4,2
Bebió alcohol durante la última semana		
No	126	87,5
Si	18	12,5
Número de veces que bebió alcohol		
Una vez	8	5,6
Entre dos y tres veces	6	4,2
Entre cuatro y seis veces	1	0,7
Entre siete y más veces	3	2,1
En la actualidad usted:		
Toma alcohol y le gusta	19	13,2
Toma alcohol y quisiera no tomar	4	2,8
No toma alcohol	121	84,0

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Relativo al consumo de bebidas alcohólicas, sobre el consumo de alcohol alguna vez, el 74,6% (107) adolescentes señalaron que no lo hicieron, mientras que el 25,7% (37) indicaron que si lo consumieron. Sobre la edad de inicio de consumo de alcohol, el 15,2% (22) inició su consumo entre 13-15 años, el 6,3% (9) entre 10-12 años, y el 4,2% (6) a los 16-18 años.

Respecto al consumieron alcohol durante la última semana, el 87,5% (126) señaló que no consumió y el 12,5% (18) si lo hicieron; sobre el número de veces que consumió, el 5,6% (8) dijo que sólo una vez; y el 84% que actualmente no toma alcohol, el 13,2% (19) toma y le gusta.

Gráfico 10
Promedio de la edad de consumo de alcohol de los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.



Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

El diagrama de cajas y bigotes, evidencia que la edad mínima de los adolescentes para el consumo de alcohol fue de 10 años y la máxima de 16 años y el promedio de las edades fue de 13,92 años, la mediana de 14 años, la moda de 15 años, la Desviación estándar de 1,55 y la varianza de 2,41.

Tabla 08

Consumo de cigarrillo por los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

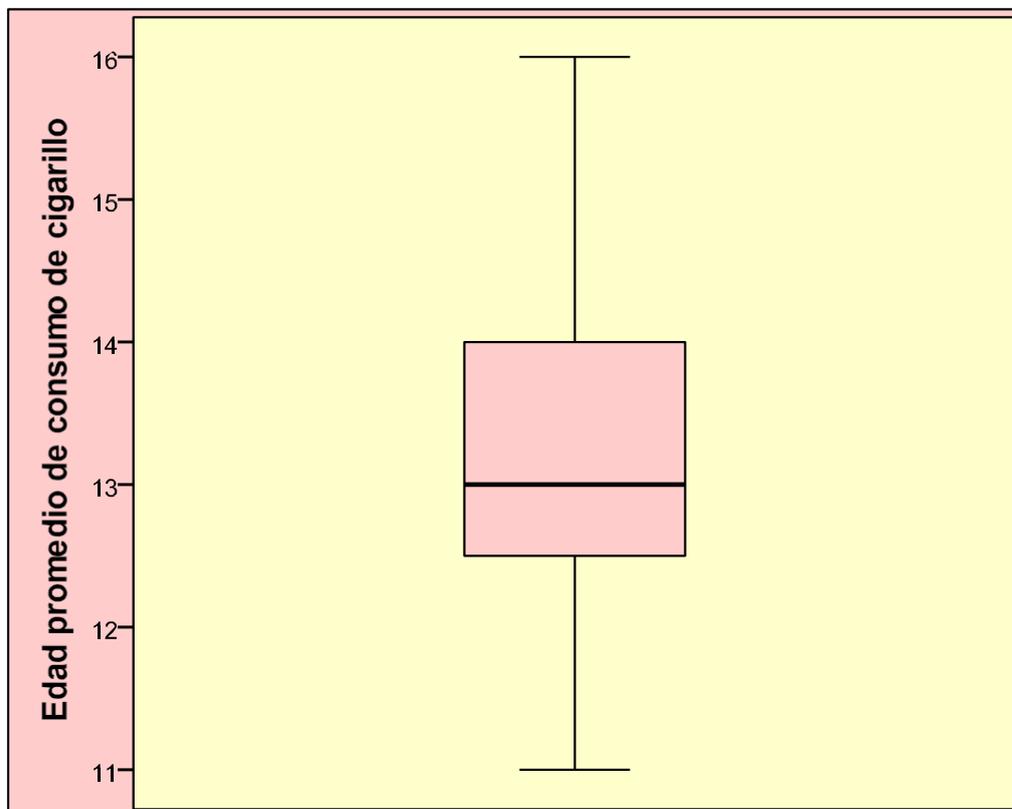
Consumo de cigarrillo	Nº (n=144)	%
Consumió cigarrillos alguna vez		
No	121	84,0
Si	23	16,0
Edad de inicio de consumo de cigarrillos		
10 -12 años	6	4,2
13-15 años	15	10,4
16-18 años	2	1,4
En la actualidad usted:		
Consume cigarrillo y le gusta	9	6,3
Consume cigarrillo y quisiera no consumir	4	2,8
No consume cigarrillo	131	91,0

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Respecto al consumo de cigarrillo, el 84% (121) de los adolescentes mencionó que no consumían cigarrillos, mientras que el 16% (23) señaló que si lo consumía. Referente a la edad de inicio de consumo el 10,4% (15) inició entre 13-15 años, seguido del 4,2% (6) que inició entre 10-12 años, el 1,4% (2) entre 16-18 años.

Sobre lo que sienten actualmente por los cigarrillos, el 91% (131) expresó que no consume cigarrillos, el 6,3% (9) consume cigarrillos y le gusta y el 2,8% (4) consume cigarrillo y quisiera no consumir.

Gráfico 11
Promedio de la edad de consumo de cigarrillo de los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.



Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

El gráfico de cajas y bigotes muestra que la edad mínima de los adolescentes para el consumo de cigarrillos fue de 10 años y la máxima de 16 años, el promedio o la media de las edades fue de 13,17 años, la mediana de 13 años y la moda de 13 años y la Desviación estándar de 1,43 y la varianza de 2,05.

Tabla 09
Consumo de marihuana por los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Consumo de marihuana	Nº (n=144)	%
Consumo marihuana		
No	141	97,9
Si	3	2,1
Edad de consumo		
15 años	1	0,7
16 años	1	0,7
17 años	1	0,7

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Respecto al consumo de marihuana, el 97,9 % (141) de los adolescentes mencionó que no consume, sin embargo el 2,1% (3) señaló que si lo hace; y la edad en que iniciaron a consumirlo en el 0,7% (1) fue de 15, 16 y 17 años en la misma proporción cada uno.

Tabla 10
Consumo de cocaína por los adolescentes del 4to y 5to año de
secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de
Pillcomarca-2013.

Consumo de cocaína	Nº (n=144)	%
Consumo cocaína		
No	143	99,3
Si	1	0,7
Edad de consumo		
16 años	1	0,7

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Sobre el consumo de cocaína, el 99,3% (143) de los adolescentes indicó no consumirlo, pero el 0,7% (1) expresó haberlo consumido y la edad que inició a consumirlo fue a los 16 años.

Tabla 11
Problemas por consumir sustancias tóxicas en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Problemas por consumir sustancias tóxicas	Nº (n=144)	%
Tuvo dificultades en su casa o el colegio por consumir drogas o bebidas alcohólicas		
Si ha tenido	9	6,3
No ha tenido	28	19,4
No consume drogas o bebe alcohol	107	74,3
Se hizo daño o hizo daño a otros estando bajo el alcohol o las drogas		
Si ha hecho (o ha causado)	5	3,5
No se ha hecho (o no ha hecho)	32	22,2
No consume drogas o bebe alcohol	107	74,3
Consume mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto deseado		
Si ha aumentado	4	2,8
No ha aumentado	33	22,9
No consume drogas o bebe alcohol	107	74,3

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Sobre los problemas por consumir sustancias tóxicas en los adolescentes, se evidenció que el 74,3% (107) tuvieron dificultades en casa o en el colegio por consumir drogas o bebidas alcohólicas; el 22,2% (32) manifestó que no se dañó ni dañó a nadie, pero el 3,5% (5) reveló que si se hizo daño e incluso dañó a otros bajo los efectos del alcohol y las drogas.

En relación a si consumen mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto deseado, el 22,9% (33) mencionó no haber aumentado, mientras que el 2,8% (4) señaló que si ha aumentado el consumo de dichas sustancias.

Tabla 12
Consumo de sustancias tóxicas por familiares y amigos de los
adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución
Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Consumo de sustancias tóxicas por familiares y amigos	Nº (n=144)	%
Sus padres beben alcohol o consume drogas		
Si con frecuencia	4	2,8
Sí, pero muy de vez en cuando	47	32,6
No bebe ni consume drogas	81	56,3
No está seguro	12	8,3
Sus amigos beben alcohol o consume drogas		
Si con frecuencia	6	4,2
Sí, pero muy de vez en cuando	40	27,8
No bebe ni consume drogas	68	47,2
No está seguro	30	20,8

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Respecto al consumo de sustancias tóxicas por familiares y amigos, al preguntar a los adolescentes si sus padres beben alcohol o consumen drogas, el 32,6% (47) indicó que si consumen pero muy de vez en cuando, el 8,3% (12) no están seguros de si sus padres lo consumen y el 2,8% (4) revelaron que si lo consumen y lo hacen frecuentemente.

Sobre si sus amigos beben alcohol o consumen drogas, el 27,8% (40) mencionó que si lo hacen pero de vez en cuando, el 20,8% (30) no está seguro de si sus amigos lo consumen y el 4,2% (6) afirmó que si consumen y lo hacen con frecuencia.

Tabla 13
Riesgos en torno a la depresión en los adolescentes del 4to y 5to
año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado
de Pillcomarca-2013.

Riesgos en torno a la depresión	Nº (n=144)	%
¿Pensó en el suicidio alguna vez?		
No lo ha pensado	100	69,4
Si lo ha pensado, pero no lo haría	37	25,7
Si lo ha pensado y le gustaría hacerlo	7	4,9
Si pensó y le gustaría hacerlo ¿ha buscado ayuda?		
No ha buscado ayuda	6	4,2
Si ha buscado ayuda	1	0,7
¿Cómo imagina su futuro?		
No se lo imagina	21	14,6
Cree que alcanzará lo que quiere	116	80,6
No cree que alcanzará sus anhelos	7	4,9
En su familia ¿Alguien padece de depresión grave o ha intentado suicidarse?		
Si existe	26	18,1
No existe	92	63,9
No está seguro	26	18,1

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Concerniente a los riesgos en torno a la depresión, al preguntar si el adolescente ha pensado en el suicidio alguna vez, el 69,4% (100) contestó que no lo ha pensado; el 4,2% (6) contestó que no ha buscado ayuda y sólo el 0,7% (1) mencionó que buscó ayuda.

Referente a como imaginan su futuro, el 80,6% (116) de los adolescentes refirió que creen que alcanzarán lo que quieren; el 63,9% (92) dijo que no existe en su familia alguien que parezca de depresión o haya intentado suicidarse.

Tabla 14
Riesgos en torno a la violencia en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Riesgos en torno a la violencia	Nº (n=144)	%
Última vez que fue golpeado por otra persona (padres, hermanos, otros jóvenes)		
Hace menos de una semana	1	0,7
Entre dos semanas y un mes	6	4,2
Entre un mes y un año	22	15,3
No ha sido golpeado en el último año	115	79,9
La última vez que peleó usando la violencia física (golpeó y fue golpeado)		
Entre dos semanas y un mes	9	6,3
Entre un mes y un año	24	16,7
No ha usado la violencia física en el último año	111	77,1
Lleva algún tipo de arma para defenderse		
Si, la lleva casi siempre	1	0,7
A veces la lleva	9	6,3
No lleva	134	93,1

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Relativo a los riesgos en torno a la violencia, sobre la última vez que fue golpeado por otra persona (padres, hermanos, otros jóvenes) los adolescentes mencionaron que el 79,9% (115) no han sido golpeados en el último año, el 15,3% (22) que fueron golpeados entre un mes y un año, el 4,2% (6) entre dos semanas y un mes y el 0,7% (1) hace menos de una semana.

Sobre la última vez que peleó usando la violencia física (golpeó o fue golpeado), el 77,1% (111) expresó que no han usado la violencia física en el último año, el 16,7% (24) entre un mes y un año y el 6,3% (9) entre dos semanas y un mes. A cerca de si llevan algún tipo de arma para defenderse, el 93,1% (134) no lo lleva, el 6,35% (9) lo lleva a veces, y el 0,7% (1) que lo lleva casi siempre.

Tabla 15

Riesgos en torno al deterioro de la autoestima en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Riesgos en torno al deterioro de la autoestima	Nº (n=144)	%
Está satisfecho con lo que es usted y con lo que piensa:		
Muy satisfecho	89	61,8
Más o menos satisfecho	28	19,4
Poco satisfecho	15	10,4
Nada satisfecho	12	8,3
Partes de su cuerpo que le gustaría cambiar		
Muchas partes	5	3,5
Algunas partes	22	15,3
Muy pocas partes	21	14,6
Ninguna parte	96	66,7
Sus compañeros dicen que usted es torpe en sus estudios		
Muchos lo dicen	2	1,4
Algunos lo dicen	11	7,6
Muy pocos lo dicen	30	20,8
Ninguno lo dice	101	70,1

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

En relación a los riesgos en torno al deterioro de la autoestima, al indagar si están satisfechos con lo que son y lo que piensan, el 61,8% (89) de los adolescentes señaló que están muy satisfechos, seguido del 19,4% (28) que están más o menos satisfecho, el 10,4% (15) está poco satisfecho y el 8,3% (12) no está satisfecho.

Sobre las partes de su cuerpo que les gustaría cambiar, el 66,7% (96) indicó que no les gustaría cambiar ninguna parte, el 15,3% (22) que le gustaría cambiar alguna partes, el 14,6% (21) muy pocas partes y el 3,5 % (5) reveló que le gustaría cambiar muchas partes.

Respecto a si sus compañeros dicen que es torpe en sus estudios, el 70,1% (101) indicó que ninguno lo dice, el 20,8% (30) que muy pocos lo dicen, el 7,6% (11) que algunos lo dicen, y el 1,45(2) confirmó que muchos los dicen.

Tabla 16

Conductas de protección en torno a la religión de los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Protección en torno a la religión	Nº (n=144)	%
Se considera religioso		
Si se considera	101	70,1
No se considera	43	29,9
Practica su religión		
Si practico	55	38,2
A veces lo practico	53	36,8
No lo practico	36	25,0

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

En cuanto a la protección en torno a la religión, sobre si se consideran religiosos, el 70,1% (101) de los adolescentes, refirió que si se considera religioso, seguido del 29,9% (43) dijo que no se consideran religiosos. Respecto a si practican su religión, el 38,2% (55) si lo practica, el 36,8% (53) a veces lo practican y el 25% (36) no lo practican.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL.

4.2.1. Asociación entre las conductas de riesgo psicosociales y familiares con el inicio de las relaciones sexuales.

Tabla 17

Asociación entre las conductas de riesgo psicosociales y familiares con el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Conductas de riesgo psicosocial	Inicio de las relaciones sexuales				Total		Prueba Chi Cuadrada (χ^2)	P (Valor)
	No		Si		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Bajo riesgo	107	91,5	15	55,6	122	84,7	21,840	0,000
Mediano riesgo	10	8,5	12	44,4	22	15,3		
TOTAL	117	100,0	27	100,0	144	100,0		

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales. (Anexo 01)

Al asociar las conductas de riesgo psicosocial con el inicio de las relaciones sexuales, se observa que del total de adolescentes que iniciaron sus relaciones sexuales, el 55,6% (15) asumen conductas psicosociales de bajo riesgo y el 44,4% (12) conductas de mediano riesgo; mientras que del total de adolescentes que no tuvieron relaciones sexuales, el 91,5% (107) adoptan conductas psicosociales de bajo riesgo y sólo el 8,5% (10) conductas de mediano riesgo.

Al contrastar dicha asociación a través de la prueba Chi Cuadrada χ^2 , se evidenció un valor $\chi^2 = 21,840$ y $p=0,000$, lo que indica que existe asociación significativa entre las conductas de riesgo psicosocial y el inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes.

Tabla 18
Asociación entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a la sexualidad y el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Conductas de riesgo en torno a la sexualidad	Inicio de las relaciones sexuales				Total		Prueba Chi Cuadrada* (X ²)	P (Valor)
	No		Si		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%			Nº	%
Bajo riesgo	115	98,3	15	55,6	130	90,3	40,908	0,000
Mediano riesgo	2	1,7	12	44,4	14	9,7		
TOTAL	117	100,0	27	100,0	144	100,0		

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales y familiares. (Anexo 01)
 *Corrección por continuidad de Yates.

Al asociar las conductas de riesgo psicosociales y familiares en torno a la sexualidad con el inicio de las relaciones sexuales, se observa que del total de adolescentes que iniciaron sus relaciones sexuales, el 55,6% (15) asumen conductas psicosociales y familiares de bajo riesgo y el 44,4% (12) conductas de mediano riesgo; mientras que del total que adolescentes que no tuvieron relaciones sexuales, el 98,3% (115) adoptan conductas psicosociales y familiares de bajo riesgo y sólo el 1,7% (2) conductas de mediano riesgo.

Al contrastar dicha asociación a través de la prueba Chi Cuadrada X², se evidenció un valor X² = 45,647 y p=0,000, lo que indica que existe asociación significativa entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a la sexualidad y el inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes.

Tabla 19

Asociación entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a las adicciones y el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Conductas de riesgo en torno a las adicciones	Inicio de las relaciones sexuales				Total		Prueba Chi Cuadrada (X ²)	P (Valor)
	No		Si		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Bajo riesgo	107	91,5	12	44,4	119	82,6	37,370	0,000
Mediano riesgo	10	8,5	12	44,4	22	15,3		
Alto riesgo	0	0,0	3	11,2	3	2,1		
TOTAL	117	100,0	27	100,0	144	100,0		

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales y familiares. (Anexo 01)

Al asociar las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a las adicciones con el inicio temprano de las relaciones sexuales, se observa que del total de adolescentes que iniciaron sus relaciones sexuales, el 44,4% (12) asumen conductas psicosociales y familiares de bajo riesgo y mediano riesgo respectivamente y el 11,2% (3) asumen conductas de alto riesgo; mientras que del total de adolescentes que no tuvieron relaciones sexuales, el 91,5% (107) adoptan conductas psicosociales y familiares de bajo riesgo, el 8,5% (10) conductas de mediano riesgo.

Al contrastar dicha asociación a través de la prueba Chi Cuadrada X², se evidenció un valor X² = 37,370 y p=0,000, lo que indica que existe asociación significativa entre las conductas de riesgos psicosociales y familiarizarse en torno a las adicciones y el inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes.

Tabla 20

Asociación entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a la depresión y el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Conductas de riesgo en torno a la depresión	Inicio de las relaciones sexuales				Total		Prueba Chi Cuadrada (X ²)	P (Valor)
	No		Si		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Bajo riesgo	102	87,2	25	92,6	127	88,2	1,699	0,428
Mediano riesgo	8	6,8	2	7,4	10	6,9		
Alto riesgo	7	6,0	0	0,0	7	4,9		
TOTAL	117	100,0	27	100,0	144	100,0		

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales y familiares. (Anexo 01)

Al asociar las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a la depresión con el inicio temprano de las relaciones sexuales, se observa que del total de adolescentes que iniciaron sus relaciones sexuales, el 92,6% (25) asumen conductas psicosociales de bajo riesgo y el 7,4% (2) conductas de mediano riesgo; mientras que del total que adolescentes que no tuvieron relaciones sexuales, el 87,2% (102) adoptan conductas psicosociales de bajo riesgo, el 6,8% (8) conductas de mediano riesgo, y el 6,0 % (7) conductas de alto riesgo.

Al contrastar dicha asociación a través de la prueba Chi Cuadrada X², se evidenció un valor X² = 1,699 y p=0,428, lo que indica que no existe asociación significativa entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a la depresión y el inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes.

Tabla 21
Asociación entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a la violencia y el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Conductas de riesgo en torno a la violencia	Inicio de las relaciones sexuales				Total		Prueba Chi Cuadrada (X ²)	P (Valor)
	No		Si		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Bajo riesgo	113	96,6	24	88,9	137	95,1	8,808	0,012
Mediano riesgo	4	3,4	1	3,7	5	3,5		
Alto riesgo	0	0,0	2	7,4	2	1,4		
TOTAL	117	100,0	27	100,0	144	100,0		

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales y familiares. (Anexo 01)

Al asociar las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a la violencia con el inicio temprano de las relaciones sexuales, se observa que del total de adolescentes que iniciaron sus relaciones sexuales, el 88,9% (24) asumen conductas psicosociales y familiares de bajo riesgo, el 7,4% (2) conductas de alto riesgo y el 3,7% (1) conductas de mediano riesgo; mientras que del total que adolescentes que no tuvieron relaciones sexuales, el 96,6% (113) adoptan conductas psicosociales y familiares de bajo riesgo y el 3,4% (4) conductas de mediano riesgo.

Al contrastar dicha asociación a través de la prueba Chi Cuadrada X², se evidenció un valor X² = 8,808 y p=0,012, lo que indica que existe asociación significativa entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a la violencia y el inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes.

Tabla 22
Asociación entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno al deterioro de la autoestima y el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Conductas de riesgo en torno al deterioro de la autoestima	Inicio de las relaciones sexuales				Total		Prueba Chi Cuadrada (X ²)	P (Valor)
	No		Si		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Bajo riesgo	101	86,3	21	77,8	122	84,7	5,869	0,050
Mediano riesgo	14	12,0	3	11,1	17	11,8		
Alto riesgo	2	1,7	3	11,1	25	3,5		
TOTAL	117	100,0	27	100,0	164	100,0		

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo psicosociales y familiares. (Anexo 01)

Al asociar las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno al deterioro del autoestima con el inicio temprano de las relaciones sexuales, se observa que del total de adolescentes que iniciaron sus relaciones sexuales, el 77,8% (21) asumen conductas psicosociales de bajo riesgo, el 11,3% (3) conductas de alto y mediano riesgo respectivamente; mientras que del total que adolescentes que no tuvieron relaciones sexuales, el 86,3% (101) adoptan conductas psicosociales y familiares de bajo riesgo, el 12,0% (14) conductas de mediano riesgo y el 1,7% (2) conductas de alto riesgo.

Al contrastar dicha asociación a través de la prueba Chi Cuadrada X², se evidenció un valor X² = 5,869 y p=0,050, lo que indica que existe asociación significativa entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno al deterioro del autoestima y el inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes.

Tabla 23
Asociación entre la conducta de protección y el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013.

Conductas de protección	Inicio de las relaciones sexuales				Total		Prueba Chi Cuadrada (X ²)	P (Valor)
	No		Si		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Desprotegido	15	12,8	12	44,4	27	18,8	14,510	0,001
Medianamente protegido	101	86,3	15	55,6	116	80,6		
Bien protegido	1	0,9	0	0,0	1	0,7		
TOTAL	117	100,0	27	100,0	100	0,0		

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgos psicosociales y familiares. (Anexo 01)

Al asociar las conductas de protección con el inicio de las relaciones sexuales, se observa que del total de adolescentes que iniciaron sus relaciones sexuales, el 55,6% (15) se encuentran medianamente protegidos, el 44,4% (12) están desprotegidos; mientras que del total de adolescentes que no tuvieron relaciones sexuales, el 86,3% (101) se encuentran medianamente protegidos, el 12,8% (15) están desprotegidos y el 0,9% (1) está bien protegido.

Al contrastar dicha asociación a través de la prueba Chi Cuadrada X², se evidenció un valor X² = 14,510 y p=0,001, lo que indica que existe asociación significativa entre las conductas de protección y la postergación del inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio **“Conductas de riesgo psicosociales y familiares asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares de la Institución Educativa Secundaria Juan Velasco Alvarado de Pillcomarca-2013”**, determinó asociación significativa ($X^2=21,840$ y $p=0,000$) entre las conductas de riesgo psicosociales y familiares con el inicio de las relaciones sexuales, lo que permitió la aceptación de la hipótesis de investigación.

Al realizar un análisis individualizado, se halló asociación significativa ($X^2 = 45,647$ y $p=0,000$) entre los riesgo psicosociales y familiares en torno a la sexualidad y el inicio de las relaciones sexuales. Los resultados coinciden con lo encontrado por Alfaro⁸⁶, quien descubrió, que las conductas de riesgo en torno a la sexualidad están asociadas significativamente con el inicio precoz de las relaciones sexuales en los adolescentes, debido a que las inquietudes y curiosidades de los adolescentes acerca de la sexualidad están marcadas por el miedo, la culpa, las dificultades para entablar un diálogo sobre el tema y la desinformación y desconocimiento de los padres y educadores en cuanto a sexualidad se refiere y todo lo que ésta implica.

Del mismo modo Meacham⁸⁷, en su estudio halló que desde épocas anteriores se ha venido tradicionalmente heredando de una generación a otra como norma el que los niños, adolescentes y jóvenes no deben conocer asuntos referentes a su sexualidad como una forma de

protegerlos, pues se ha creído erróneamente que al ignorar esta información se bloquearían impulsos, se inhibiría la curiosidad por experimentar y por consiguiente la búsqueda de una relación sexual.

A lo que Alfaro⁸⁸, refiere que otra de las causas son que, padres y maestros se auto consideran fuentes adecuadas de información pero evaden esta responsabilidad no hablando con los jóvenes y cuando los abordan solicitando información emiten toda serie de conceptos errados, incompletos, superfluos y atemorizantes, ya sean producto del desconocimiento o con el claro objetivo de ocultar información; lo que está conllevando a que los adolescentes inicien su vida sexual cada vez más jóvenes, aumentando desenfrenadamente los embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Se demostró una asociación significativa ($X^2 = 37,370$ y $p=0,000$) entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a las adicciones y el inicio temprano de las relaciones sexuales. Los resultados concuerdan con lo acertado por Arias, Cañón, Giraldo, Jiménez, López y Valencia⁸⁹, quienes hallaron significativa la relación entre consumo de alcohol e inicio temprano de las relaciones sexuales ($p=0,022$); entre los estudiantes que no iniciaron su vida sexual, el no consumo de alcohol fue del 8,3% y entre los que si iniciaron, el no consumo fue del 2,7%. Análogamente ocurrió con el consumo de sustancias psicoactivas ($p=0,000$), donde en los que no iniciaron su vida sexual, el consumo fue en el 58,7% y en los que si iniciaron fue de 26,7%.

Asimismo Murray, Zabin, Toledo y Luengo⁹⁰, en un estudio reciente que evalúa la actividad y experiencia de los jóvenes con respecto al abuso del alcohol, las drogas y la actividad sexual, hallaron que el 41% de los adolescentes dicen que sus compañeros beben antes de tener relaciones sexuales, lo que también es confirmado por otros investigadores como Padilla⁹¹, quien informa que tanto para los hombres como para las mujeres el uso del tabaco, el alcohol u otra droga aumenta significativamente las posibilidades de la iniciación sexual.

Por otra parte, Ledesma⁹², halló que el 50% de los adolescentes entrevistados aceptan haber comenzado a ingerir alcohol 6 meses antes de iniciarse sexualmente, lo que confirmaría que el inicio temprano de las relaciones sexuales se encuentra también asociado al consumo de alcohol.

Por su parte Kirby⁹³, evidenció que el hábito de fumar, otra conducta asociada a comportamientos de alto riesgo, se encuentra fuertemente asociado al inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes, en vista que alrededor del 20% de las adolescentes participantes de su estudio consumían cigarrillos con relativa frecuencia.

Se comprobó no asociación significativa ($X^2=1,699$ y $p=0,428$) entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a la depresión y el inicio temprano de las relaciones sexuales. A lo que González, Ramos, Vignau y Ramírez⁹⁴, agregan que la depresión es una conducta que se encuentra asociada a otras variables, y la principal de ellas, es el abuso sexual, donde el adolescente puede desarrollar diferentes sentimientos hacia quién lo abusa y a la vez, puede sentir miedo a los sentimientos y

reacciones de las personas que le rodean (de ira, celos, credibilidad de lo ocurrido o vergüenza), debido a que cuando se es víctima de un abuso sexual se comienza a tener problemas al relacionarse con otras personas.

Por otra parte Madrigal⁹⁵, señaló que la depresión se ve reflejado debido a otros motivos como los problemas familiares, con esto podemos ver que nuevamente uno de los pilares más importantes para el buen desarrollo de la vida social y emocional de los adolescentes como lo es la familia se ve afectado por lo que posiblemente estos se sienten sin apoyo y desprotegidos lo cual los lleva a cometer actos que no son propicios para ellos.

Se mostró asociación significativa ($X^2=8,808$ y $p=0,012$) entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a la violencia y el inicio de las relaciones sexuales. Similar con nuestros resultados, González y De La Hoz⁹⁶, luego de aplicar la regresión logística encontraron una relación significativa entre los comportamientos violentos de los adolescentes y el hecho de haber tenido relaciones sexuales; donde los hombres mostraron más riesgo de comportamientos violentos y de relaciones sexuales.

Se manifestó asociación significativa ($X^2=5,869$ y $p=0,050$) entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno al deterioro de la autoestima y el inicio de las relaciones sexuales. Esto conviene con lo obtenido por Ouston, Maugan y Mortimore⁹⁷, quien afirmó que existe una relación significativa entre autoestima y prácticas sexuales de riesgo, la naturaleza exacta de esa asociación no está clara. Sin embargo, un estudio

meta-analítico recogió los datos de 38 estudios representando 68703 adolescentes, encontró una diferencia media pequeña pero estadísticamente significativa en el nivel de autoestima que presentan los adolescentes con actividad sexual de riesgo alto y los adolescentes con actividad sexual de riesgo bajo. Esto es consistente con lo que sugieren los teóricos que proponen la autoestima como un factor de protección. Por lo tanto, la intervención sobre ésta es un mecanismo válido y aceptado para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes e influir de alguna manera en la tasa de embarazos en adolescentes.

Se observó asociación significativa ($X^2=14,510$ y $p=0,001$) entre las conductas de protección y la postergación del inicio de las relaciones sexuales. Al respecto Arias⁹⁸, descubrió que una de las conductas de protección asociada a la postergación de las relaciones sexuales de inicio temprano, fue el factor religioso, las mismas que produjeron en los adolescentes actitud de rechazo por el inicio de las relaciones sexuales fuera del matrimonio.

En el mismo sentido Flynn y Benda⁹⁹, observaron que los resultados de su estudio, la protección en torno a la religión, se debe al efecto protector que nace como una consecuencia directa de la internalización de creencias que se expresan y se consolidan para su propio beneficio.

Además Grunbaun, Kann, Kinchen, Williams, Ross y Lowry¹⁰⁰, revelaron en relación a los factores protectores, que la abstinencia con respecto al consumo de sustancias previene el inicio de la actividad sexual entre las adolescentes mujeres y se convierte en el factor de protección

más eficaz, ya que es un comportamiento que sugiere indirectamente la existencia de una mayor percepción de riesgos y la preferencia por actividades saludables.

También Ellickson, Bird, Klein y McCaffrey¹⁰¹, descubrieron en su estudio que el involucramiento escolar así como la participación activa en comunidades religiosas aumentan la probabilidad de no consumir sustancias ilícitas incluso controlando por factores de riesgo individual. Esto viene a confirmar lo planteado por otras investigaciones como el de Cooper¹⁰¹, quien por los resultados hallados, recomienda destacar la importancia de los contextos institucionales como efectivos mecanismos de consolidación del vínculo básico entre individuo y sociedad, en vista que es lugar donde pueden encontrar el deseo de consolidar una identidad valórica, contracultural específica y distinta a la convencional.

CONCLUSIONES

- El promedio de las edades de los adolescentes fue de 15,67 años.
- Hubo predominio del género femenino (68,8%) sobre el masculino (31,3%).
- Una proporción muy considerable de los adolescentes (71,5%) viven con ambos padres.
- De la religión que profesan, el 57,6% de los adolescentes fue católico/a, seguido de la religión evangélica con 29,2%.
- Existe asociación significativa ($X^2=21,840$ y $p=0,000$) entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares con el inicio de las relaciones sexuales.
- Existe asociación significativa ($X^2= 40,908$ y $p=0,000$) entre los riesgos psicosociales y familiares en torno a la sexualidad y el inicio temprano de las relaciones sexuales.
- Existe asociación significativa ($X^2= 37,370$ y $p=0,000$) entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a las adicciones y el inicio temprano de las relaciones sexuales.
- No existe asociación significativa ($X^2 =1,699$ y $p=0,428$) entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a la depresión y el inicio de las relaciones sexuales.
- Existe asociación significativa ($X^2= 8,808$ y $p=0,012$) entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno a la violencia y el inicio de las relaciones sexuales.

- Existe asociación significativa ($X^2 = 5,869$ y $p=0,050$) entre las conductas de riesgos psicosociales y familiares en torno al deterioro de la autoestima y el inicio de las relaciones sexuales.
- Existe asociación significativa ($X^2= 14,510$ y $p=0,001$) entre las conductas de protección y la postergación del inicio temprano de las relaciones sexuales.

RECOMENDACIONES

- Promocionar el paquete de atención integral de salud del adolescente a los docentes, padres de familia y jóvenes, con la finalidad de fomentar su participación y ampliar su cobertura.
- Solicitar la participación y el apoyo del gobierno central, regional, provincial y distrital; promocionando y promoviendo su atención mediante campañas de salud.
- El equipo de salud debe de hacer un trabajo multidisciplinario y fomentar la participación de la comunidad, barrios, familias, instituciones educativas y el mismo centro de salud, brindando atención integral de salud al adolescente.
- Independientemente de la atención del paquete de salud del adolescente, se debe fomentar las consejerías y talleres en las instituciones educativas, con temas de salud sexual y reproductiva, salud psicosocial, física y autocuidado.
- Es de importancia la comunicación continua de padres a hijos; la muestra de amor y afecto, comprensión, vigilancia, respeto también son útiles en esta etapa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2011. En: La adolescencia Una época de oportunidades. [Internet]. [Consultado 2013 dic 23]. Disponible en: http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf
2. Gambara H, González E. ¿Qué y cómo deciden los adolescentes? Rev. Inv. Innov. Edu. [Internet] 2002; 25: 5-19 [Consultado 2013 nov 18]. Disponible en: <http://www.uam.es/servicios/apoyodocencia/ice/publicaciones/Tarbiya/revistatarbiya.htm>
3. Urresti Marcelo. Moda y juventud. En: Margulis Mario. La juventud es más que una palabra. Buenos Aires: Biblos; 1996.
4. Gómez M, Sola A, Cortez M, Mira J. Sexual Behavior contraception in people under the age of 20 in Alicante. Spain. Eur J. Contracept reprod Health care 2007; 12 (2): 125-130.
5. Escobar J. Fundamentos de Pediatría. 3ª ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2006.
6. Salazar E, Ugarte M, Vásquez L, Loaiza J. Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales Asociadas en adolescentes de Lima. An Fac Med. 2004; 3:179-187.
7. Hein A, Blanco J, Mertz C. Factores de riesgo y delincuencia juvenil: revisión de la literatura nacional e internacional. Santiago de Chile: Fundación Paz Ciudadana; 2004.

8. Deschamps J. Embarazo y maternidad en la adolescente. Barcelona: Ed Herder; 1979.
9. Bearinger L, Sieving R, Ferguson J, Sharma V. Global Perspective on the sexual and reproductive health of adolescents. Patterns, prevention and potential. 2007; 369: 1290-1231.
10. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas. EE.UU: OPS; 1998.
11. Bojanini J, Gómez J. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2004; 55(2):114-121.
12. Memorias del I Congreso Mexicano para la Salud de Adolescentes; Oaxaca. México; 2005.
13. Gómez M, Sola A, Cortés M, Mira J. Sexual behaviour and contraception in people under the age of 20 in Alicante. Spain. Eurj contraceptreprod health care. 2007; 12(2): 125-130.
14. Vigil P, Riquelme R, Rivadeneira R, Aranda W. Teenstar: una opción de madurez y libertad. Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes. Rev Méd. 2005; 1:133.
15. Ball H. Dating and Nondating Relationships Among Sexually Active Adolescents Are Often Surprisingly Similar. Fam Plann Perspect 2007; 39(1):62-63.
16. Muñoz J, Madueño R, Díaz J, Núñez D. Evaluación de la conducta sexual contraceptiva en adolescentes de la Z.B.S. de Álora. Medicina de Familia. 2003; 4(1): 20-26.

17. Fernández L, Bustos L, González L, Palma D, Villagrán J, Muñoz S. Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. *Rev Méd Chile*. 2000; 128(6): 574-83.
18. Fleiz C, Villatoro J, Medina M, Alcanzar E, Navarro C, Blanco J. Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 1999; 22(4): 14-19.
19. Instituto de Estadística e Informática. Censo Nacional XI Población y Vivienda. Datos Demográficos del Perú [internet]. [Consultado 2012 Abr 20]. Disponible en: www.inei.gob.pe.
20. Cutié S, Laffitia A, Toledo M. Primera Relación Sexual en Adolescentes Cubanos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2005; 70(2): 83-86.
21. Amoran OE, Onadeko, MO, Adeniyi JD. Parental influence on adolescent sexual initiation practices in Ibadan, Nigeria. *Internacional Quaterly of Community Health Education*. 2004-2005; 23: 73-81.
22. González J, Calvo J, Prats L. Estudio epidemiológico de comportamientos de riesgo en adolescentes escolarizados de dos poblaciones, semirural y urbana. *Aten Primaria*. 2002; 30(4): 214-219.
23. Campo A, Ceballo G. Prevalencia de las relaciones sexuales en estudiantes de secundaria entre 10 y 12 años de Santa Marta-Colombia. *Rev Fac Med Univ Nac de Colom*. 2006; 1(54): 45-69.
24. Torrico A, Salas A, Gutierrez A, Arce M, Salazar J. Factores de riesgos Asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de secundaria en la Paz- Bolivia. *Rev Soc Bol Ped*. 2004; 43 (1) 3-7.

25. Minuchin S. Familias y terapia familiar. Santa Marta: Gedisa; 1979.
26. Zárate A. Factores psicosociales, familiares Asociadas a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria de Lima Cercado [Tesis para optar el grado de magíster en psicología]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
27. Alva V. Nivel de conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos de la población adolescente en los colegios “Leoncio Prado” y “Nuestra Señora de las Mercedes” de Huánuco. [Tesis para optar el grado de Magíster en Salud Pública y Gestión Sanitaria]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco; 2004.
28. Santana F, Verdeja O, Ovies G, Fleitas R. Asociación entre algunos factores psicosociales y el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares. Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 22(1): 71-98.
29. Gamez A, García J, Martínez Torres Jorge. Factores Asociadas al inicio de relaciones sexuales en adolescentes de 14 a 17 años. Rev Fac Med UNAM 2007; 50(2): 56-62
30. González J, De La Hoz F. Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá. Rev Sal Públ. 2011; 13 (1): 67-78.
31. Zárate A. Op. Cit.
32. Gamarra P, Iannacone J. Factores Asociadas que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú. The Biologist. 2010; 1(8): 108-23.

33. Hirschi T. Teoría de control social. Berkeley: University of California Press. 1969.
34. Friedman A, Utada A. Family environments of adolescent drug abusers. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*. 1992. Pág. 33-45.
35. Epstein N, Bishop D, Baldwin L. Modelo Mc Master del Funcionamiento Familiar. Un punto de vista de la familia normal. New York: Froma Walsh; 1982.
36. Health needs of Adolescents. WHO Technical. Report Serie. 1977; 609:9-10.
37. Calzada R, Ruiz M, Altamirano N. Características somáticas del proceso puberal. *Acta Ped Mex*. 2001; 22 (3): 12-28.
38. Rakel R. Textbook of Family Practice, 4ª ed. W.B: Saunders Company; 1990.
39. Calzada R, Ruiz M, Altamirano N. Op. Cit. p. 36-50.
40. González C, Rojas R, Hernández M, Olaiz G. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Rev Salud Púb Méx*. 2005; 47 (3): 162-81.
41. Gambara H, González E. ¿Sobre qué deciden los adolescentes? *Infancia y Aprendizaje*. 2005; 28 (3): 277-91.
42. González J, Restrepo G, Martínez M. Relación entre la red de apoyo y la percepción de la felicidad en comunidades de estrato 2. *Doc Clínic*. 2000; 1(8): 24-43.
43. Mejía D. Salud familiar para América Latina. Chile: ASCOFAME; 1990.

44. Calzada R, Ruiz M, Altamirano N. Op. Cit. p. 102-19.
45. Carvajal G. *Adolecer: la aventura de una metamorfosis*. Santa Fe de Bogotá: Tiresias; 1993.
46. Francois L. ¿Para qué una identidad? o el embrollo de las identificaciones y su reorganización en la adolescencia. *Psicoanálisis. Ap de Ba*. 2001; 23 (2): 36-48.
47. Ingles C, Méndez F, Hidalgo M. Dificultades interpersonales en la adolescencia, ¿factor de riesgo o de fobia social? *Rev Psicopatología Clínica*. 2001; 6(2): 75-86.
48. Guerrero O. ¿Existe la crisis de la adolescencia? *Acta Ped Méx*. 2003; 24 (1): 21-34.
49. Profamilia. *Salud sexual y reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Colombia: ENDES; 2005.
50. Benedicto M, Perpiña C. Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *Anales Pediátricos*. 2003; 58 (3): 268-72.
51. Diener E, Diener C. Most people are happy. *Psychological Science*. 1996; 7(3): 181-85.
52. Myers D, Diener E. Who is happy? *Psychological Science*. 1995; 6(1): 10-19.
53. Miranda A, Pérez J. *Socialización familiar, pese a todo*. Libro de ponencias. Congreso Ser Adolescente Hoy. Madrid 2005. Madrid: Fundación ayuda contra la drogadicción; 2006.
54. Kimmel D, Weiner I. *La adolescencia: una transición al desarrollo*. Barcelona: Ariel Psicología; 1998.

55. Santrock J. Adolescencia. Madrid: McGraw-Hill; 2003.
56. Rodrigo J, García M, Márquez M, Triana B. Discrepancias entre padres e hijos adolescentes en la frecuencia percibida e intensidad emocional en los conflictos familiares. *Estudios de Psicología*. 2005; 26 (1): 21-34.
57. Kimmel D, Weiner I. Op. Cit. p. 53-70.
58. Mejía D. Op. Cit. p. 22-29.
59. Krauskopf D. Juventud en riesgo y violencia. Presentación elaborada para el programa "Sociedad sin Violencia". Seminario permanente sobre violencia. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. El Salvador: ONU; 2002.
60. Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health Oxford University Press [internet]. [Consultado 2012 oct 12]. Disponible en: www.oup.com.
61. Informe Nacional de Desarrollo Humano para Colombia. El conflicto, callejón con salida. Colombia: Diciembre; 2003.
62. Krauskopf D. Op. Cit. p. 31-47.
63. Jessor R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action *Journal of Adolescence Health* Nueva York. 1991; 1:26-33.
64. Krauskopf D. Op. Cit. p. 50-8.
65. Burt M. Por qué debemos invertir en adolescentes. Fundación Kelloggs Documento: OPS; 1998.

66. Maddaleno M, Morillo P. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Revi Sal Púb Méx.* 2003; 45 (1): 40-52.
67. Ministerio de Protección Social de Colombia. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29; Colombia; 2000.
68. Jessor R. Op. Cit. p. 41-9.
69. Krauskopf D. Op. Cit. p. 50-8.
70. Jemmott J, Jemmott L, Fong G. Abstinence and safer sex: A randomized trial of HIV sexual riskreduction interventions for young African-American adolescents. *Jama.* 1998; 279:1529-36.
71. Miranda A, Pérez J. Op. Cit.
72. Molero A, Muñoz J. Psicofarmacología de la nicotina y de la conducta adictiva. *Rev Trast Adict.* 2005; 7(3): 18-31.
73. Asouza M, Quintilla B, Díaz B. Etiopatogenia y psicopatología del consumo etílico infantojuvenil. *Rev Méx Neuroc.* 2005; 1(3): 257-270.
74. González J. Determinación de los factores de riesgo para la salud en una muestra de población de adolescentes en Bogotá y Sopó durante el año 2004. *Carta Comunitaria.* 2005; 1:72.
75. Lagarribel M, González P, Martínez V, Valenzuela R. Factores de riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes. *Ver Chil Ped.* 2000; 71 (3): 183-191.

76. Sinclair J, Green J. Understanding resolution of deliberate self-harm: qualitative interview study of patients experiences. *BMJ*. 2005; 330: 1112.
77. Castillo O. Intento de suicidio en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar. *Archivos de Medicina Familiar*. 2001; 3(2): 33-39.
78. Zavaschi M, Benetti L, Polanczyk S, Bañón G, et al. Adolescents exposed to physical violence in the community: a survey in Brazilian public schools. *Rev Panam Sal Púb*. 2002; 12(5): 327-332.
79. Krauskopf D. Op. Cit. p. 61-76.
80. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. [Internet]. [Consultado 2013 nov 02]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf.
81. Aliño M, López J, Navarro R. Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud. *Rev Cub Med Gen Integr*. 2006; 22(1). ISSN 0864-2125.
82. López F, Fuertes A. Para comprender la sexualidad. Navarra: 1999.
83. Supo J. Seminarios de Investigación Científica. [Internet] [Consultado 2013 nov 30]. Disponible en: www.bioestadístico.com.
84. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2011. [Internet]. [Consultado 2013 dic 18]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2011/Libro.pdf>
85. González J, Restrepo G, Martínez M. Op. Cit. 31-42.

86. Alfaro J. Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes. [Tesis para optar al título de especialista en Gineco-Obstetricia]. León: Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales; 1997 - 2000.
87. Meacham D. Sexualidad y salud reproductiva del adolescente. El desafío del 2000. 1998; 1: 34- 35.
88. Alfaro J. Op. cit.
89. Arias I, Cañón S, Castrillón J, Giraldo M, León E, Herrera M, et al. Relación entre comportamientos sexuales, uso de drogas y alcohol en estudiantes de algunos colegios públicos de Manizales, Colombia 2008. Arch Med. 2009 Dic; 9(2): 22-41.
90. Murray J, Zabin S, Toledo V, Luengo X. Diferencias de género en factores que influyen en el inicio de relaciones sexuales en adolescentes escolares urbanos en Chile. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. 1998; 1:4-10.
91. Padilla M. Salud sexual de los y las adolescentes en El Salvador. REVSOGIA. 2001; 8:85-94.
92. Ledesma L. Acercamiento a la atención integral del adolescente. Aplicación de un instrumento de tamizaje. Adolescencia y salud en Costa Rica [Internet]. [Consultado 3013 Abr 15]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr>.
93. Kirby D. Emerging Answers: Research findings on programs to reduce tccn: pregnancy. Washington. DC. National Campaign to prevent teen. 2001; 20: 13-72, 835-45.

94. González C, Ramos L, Vignau L, Ramírez C. El abuso sexual y el intento suicida, Asociadas con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud mental*. 2001 Dic; 24(6): 20-37.
95. Madrigal E. *Boletín latinoamericano de adolescencia*. Suicidio. Nueva Época. Unidad de investigación epidemiológica y en servicios de la salud. Guadalajara, Jalisco. México. 2004 Ene-Jun; 10:15-26.
96. González J, De La Hoz F. Op. Cit. p. 80-9.
97. Ouston J, Maugan B, Mortimore P. *Influencias Escolares. Fundamentos científicos de Psiquiatría del Desarrollo*. Barcelona: Editorial Salvat; 1985.
98. Arias Congrains J. Factores psicosociales en las actitudes sexuales de estudiantes de secundaria de un sector sub-urbano del Cercado de Lima. *Rev Med Hered*. 1997; 8: 151-158.
99. Flynn R, Benda B. Religiosity and Church Attendance: The Effects on Use of "HardDrugs" Controlling for Sociodemographics and Theoretical Factors. *The International Journal for the Psychology of Religion*. 2000.10 (4): 241-258.
100. Grunbaun J, Kann L, Kinchen S, Williams B, Ross J, Lowry R. *Youth Risk Behavior Surveillance*. United States, 2001-2002; 51(4): 1-64.
101. Ellickson P, Bird C, Orlando M, Klein D, McCaffrey D. Social context and adolescent health behavior. *Journal of health and social behavior*. 2003; 44 (4), 525-535.
102. Cooper D. *Delincuencia y desviación juvenil*. Santiago: LOM; 2005.

ANEXOS

ANEXO Nº 01**ENCUESTA PARA IDENTIFICAR CONDUCTAS DE RIESGOS
PSICOSOCIALES**

INSTRUCCIONES: Estimado/a estudiante, este es una encuesta que permitirá determinar la relación entre las conductas de riesgo psicosocial que asumes como adolescente y el rol que cumple tu familia dentro de ella. Por lo cual debes leer con cuidado y marcar con un aspa (X) las respuestas con las que más te identifiques. Agradeceremos la veracidad de tus respuestas por ser un estudio serio. Tus respuestas serán anónimas y confidenciales.

GRACIAS

Centro Educativo en el que estudia.....

Año que cursa:.....

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.1. **¿Cuántos años cumplidos tiene?**2. **¿Cuál es tu género?**

- Masculino ()
- Femenino ()

3. **¿Con quienes vive Usted?**

- Con ambos padres ()
- Solo con uno de los padres ()
- Otros familiares ()
- Solo ()
- Otros () Especifique.....

4. **¿Qué grado de instrucción tienen tus padres o apoderados?**

- Analfabetos ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

5. **¿A qué religión pertenece?**

.....

II. SOBRE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES Y FAMILIARES:**RIESGOS EN TORNO A LA SEXUALIDAD:**1. **Ha tenido relaciones sexuales:**

- Si (R) ()
- No(P) ()

2. **Si ha tenido ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?**

.....

Menor de 15 años (RR)

¿Ha tenido relaciones sexuales sin querer?

- Si (RR) ()
 - No ()
 - No está seguro(R) ()
- 3. En el último año, ¿ha tenido usted más de una pareja con la que mantenga relaciones sexuales?**
- No ha tenido relaciones sexuales ()
 - Sí ha tenido relaciones con más de una pareja(R) ()
 - Solo con una pareja ()
- 4. ¿Cuál fue la edad de su mamá cuando tuvo su primer hijo?**
- De 13 a 15 años (R)()
 - De 16 a 17 años (R)()
 - De 18 a 19 años ()
 - Más de 20 ()
 - No lo sabe ()
- 5. Ha recibido información acerca de planificación familiar:**
- Sí ha recibido y siente que la entendió bien ()
 - Sí ha recibido, pero aún tiene dudas acerca de algunas áreas (R)()
 - No ha recibido (RR) ()
- 6. Qué edad tenía cuando recibió la información (y la entendió):**
-
- 7. La información sobre planificación la recibió de:**
- Del Colegio ()
 - De sus padres ()
 - De sus amigos ()
 - Del médico o enfermera ()
 - Se informó por su cuenta ()
 - No ha recibido (R) ()
- 8. Te gustaría tener un hijo con tu pareja en:**
- Los próximos 12 meses (R)()
 - Le gustaría, pero aún no(P)()
 - No lo ha pensado ()
- 9. ¿Cuándo tuvo su primera relación, usó algún método anticonceptivo de planificación?**
- No ha tenido relaciones sexuales ()
 - Sí utilizó ()
 - No utilizó(R) ()
- 10. ¿Qué método utilizó?**
- No ha tenido relaciones sexuales ()
 - Sí usó ningún método de protección (RR) ()
 - Condón ()
 - Se derramó por fuera (R) ()
 - Pastilla ()
 - Inyección ()
 - Otros ()

11. ¿Cree que sus padres aceptarían que use algún método anticonceptivo de planificación?

- Si (P) ()
- No(R) ()
- No lo sé ()

12. ¿Ha recibido castigos físicos (golpes) por parte de alguno de sus padres?

- Los recibió antes. Ahora solo muy de vez en cuando ()
- Los recibe en la actualidad con frecuencia (R) ()
- Los recibe muy de vez en cuando ()
- No recibe castigo físico (P) ()

13. ¿Cree que si usa condón en una relación sexual, se protege contra el VIH-SIDA?

- Sí lo cree y está seguro (P) ()
- Sí lo cree, pero no está seguro(R)()
- No lo cree(R) ()
- No lo sabe(R) ()

14. ¿Del ciclo menstrual de la mujer, los días de mayor riesgo de embarazo (mayor probabilidad de quedar embarazada si tiene relaciones sexuales) son?

- Del primer día al día 11 ()
- Del día 12 al día 24 (P) ()
- Del día 25 al día 28 (R) ()
- No sabe (R) ()

15. ¿En cuál de las siguientes edades de la mujer, considera que existe menos riesgos para el embarazo y para el bebé?

- De 13 a 16 años (R) ()
- De 17 a 19 años ()
- De 20 a 30 años ()
- De 31 a 35 años ()
- De 36 en adelante ()
- No sabe ()

RIESGOS EN TORNO A LAS ADICCIONES:

16. De las siguientes sustancias, cuál ha probado y cuándo lo hizo

- | | | |
|------------|---------------|---------------------------|
| Cigarrillo | Sí () No () | edad cuando lo probó..... |
| Alcohol | Sí () No () | edad cuando lo probó..... |
| Marihuana | Sí () No () | edad cuando lo probó..... |
| Cocaína | Sí () No () | edad cuando lo probó..... |

17. Durante la última semana, ha bebido (cerveza u otras bebidas con alcohol), cuántas veces?

- No ha bebido (P) ()
- Una vez ()
- Entre dos y tres veces (RR) ()

- Entre cuatro y seis veces (RR) ()
 - Entre siete y más veces (RR) ()
- 18. En la actualidad usted:**
- Toma trago y le gusta (R) ()
 - Toma trago y quiera no tomar ()
 - No toma trago ()
- 19. En la actualidad usted:**
- Fuma y le gusta (R) ()
 - Fuma y quisiera no fumar ()
 - No fuma ()
- 20. ¿Ha tenido dificultades porque consume drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o en su casa?**
- Si ha tenido (R) ()
 - No ha tenido ()
 - No consume drogas o bebe alcohol ()
- 21. ¿Se ha hecho daño o le ha hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol o las drogas?**
- Sí se ha hecho (o ha causado) (R) ()
 - No se ha hecho (o no ha causado) ()
 - No consume drogas o bebe alcohol ()
- 22. ¿Ha comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que desea?**
- Sí ha aumentado (R) ()
 - No ha aumentado ()
 - No consume drogas o bebe alcohol ()
- 23. ¿Alguno de sus padres bebe alcohol o consume drogas?**
- Sí con frecuencia (R) ()
 - Sí, pero muy de vez en cuando ()
 - No bebe ni consume drogas (P) ()
 - No está seguro ()
- 24. ¿Alguno de sus amigos (con los que usted pasa mucho tiempo) bebe alcohol o consume drogas?**
- Sí con frecuencia (R) ()
 - Sí, pero muy de vez en cuando ()
 - No bebe ni consume drogas (P) ()
 - No está seguro ()

RIESGOS EN TORNO A LA DEPRESIÓN:

- 25. Ha pensado en el suicidio alguna vez:**
- No lo ha pensado ()
 - Sí lo ha pensado, pero no lo haría (R) ()
 - Lo ha pensado y le gustaría hacerlo(RR) ()
- 26. Si lo ha pensado y le gustaría hacerlo, ¿ha buscado ayuda?**
- No lo ha pensado (y no le gustaría hacerlo) ()
 - Sí ha buscado ayuda ()

- No ha buscado ayuda (RR) ()
- 27. Cómo se imagina que podría ser su futuro:**
- No se lo imagina ()
 - Cree que alcanzará lo que quiere (P) ()
 - No cree que alcanzará sus anhelos (R) ()
- 28. ¿En su familia existe alguien que padezca de depresión grave o haya intentado suicidarse?:**
- Sí existe (R) ()
 - No existe ()
 - No está seguro ()

RIESGOS EN TORNO A LA VIOLENCIA:

- 29. La última vez que fue golpeado por otra persona (padres, hermanos, otros jóvenes) fue:**
- Hace menos de una semana ()
 - Entre dos semanas y un mes ()
 - Entre un mes y un año ()
 - No ha sido golpeado en el último año ()
- 30. La última vez que peleó usando la violencia física (golpeó y fue golpeado) fue:**
- Hace menos de una semana (RR) ()
 - Entre dos semanas y un mes (R) ()
 - Entre un mes y un año ()
 - No ha usado la violencia física en el último año ()
- 31. Lleva usted algún tipo de arma para defenderse:**
- Sí, la lleva casi siempre (RR) ()
 - A veces la lleva (R) ()
 - No lleva ()

RIESGOS EN TORNO AL DETERIORO DE LA AUTOESTIMA:

- 32. ¿Está satisfecho con lo que es usted y cómo piensa?**
- Muy satisfecho (P) ()
 - Más o menos satisfecho ()
 - Poco satisfecho (R) ()
 - Nada satisfecho (RR) ()
- 33. ¿Le gustaría cambiar partes de su cuerpo?**
- Muchas partes (RR) ()
 - Algunas partes (R) ()
 - Muy pocas partes ()
 - Ninguna parte ()
- 34. ¿Muchos de sus compañeros dicen que usted es torpe en sus estudios?**
- Muchos lo dicen (R) ()
 - Algunos lo dicen ()

- Muy pocos lo dicen ()
- Ninguno lo dice ()

PROTECCIÓN EN TORNO A LA RELIGIÓN:

35. ¿Se considera usted una persona religiosa?

- Si se considera (P) ()
- No se considera ()

36. ¿Practica usted su Religión?

- Si practica (P) ()
- A veces la práctica ()
- No la práctica ()

ANEXO 02**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

Padres:

Yo, _____ he recibido información que me ha proporcionado el (la) investigador(a) _____, he comprendido las explicaciones y he tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente a participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, sin que afecte de ninguna forma mi atención educativa o médica.

En _____ a los _____ de _____ de _____

Firma del investigador

Firma del sujeto de investigación

ANEXO 03**FORMULARIO DE ASENTIMIENTO**

Adolescentes:

Yo, _____ he recibido información que me ha proporcionado el (la) investigador(a) _____, he comprendido las explicaciones y he tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente a participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, sin que afecte de ninguna forma mi atención educativa o médica.

En _____ a los _____ de _____ de _____

Firma del investigador

Firma del sujeto de investigación

CONTENIDO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimados padres de familia:

Se está realizando una investigación titulada:

Conductas de riesgos psicosociales y familiares asociadas al inicio temprano de las relaciones sexuales en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria “Juan Velasco Alvarado” de Pillcomarca-2013.

Con el objetivo de:

Establecer la asociación entre las conductas de riesgo psicosociales y el inicio temprano de las relaciones sexuales en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria “Juan Velasco Alvarado” de Pillcomarca-2013.

Por tanto:

Se aplicará una encuesta a sus hijos para identificar sus conductas de riesgo psicosociales y si dichas conductas están asociadas al inicio temprano de las relaciones sexuales.

No existe ningún peligro ni riesgo para sus hijos ni para ustedes el hecho que ellos participen en el estudio, si se sintieran ellos afectados de algún modo, son libres de abandonar el estudio sin que afecte su condición de alumno.

La información recolectada servirá para realizar posteriores intervenciones educativas si los resultados así lo ameriten.

Usted deberá firmar el documento que viene adjunto, dando el consentimiento para la aplicación de la encuesta en las aulas de sus hijos de la Institución Educativa “Juan Velasco Alvarado”.

Si usted firma, está dando el permiso respectivo y si no lo firma está negando la participación de sus hijos.

ANEXO 04
VALIDACIÓN POR JUECES

Hoja de instrucciones para la evaluación

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
<p style="text-align: center;">RELEVANCIA</p> <p>El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido</p>	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2. Bajo nivel	El ítem tiene una alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido
<p style="text-align: center;">COHERENCIA</p> <p>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo</p>	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2. Bajo nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión
	3. Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión
	4. Alto nivel	El ítem tiene relación lógica con la dimensión
<p style="text-align: center;">SUFICIENCIA</p> <p>Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta.</p>	1. No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
	2. Bajo nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total
	3. Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes
<p style="text-align: center;">CLARIDAD</p> <p>El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas</p>	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras que utilizan de acuerdo a su significado o por la ordenación de los mismos
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos términos de ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIAL

Nombre del experto: _____ Especialidad: _____

“Calificar con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad”

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
En torno a la sexualidad.	Tuvo relaciones sexuales				
	Edad de las relaciones sexuales				
	Método que utilizó				
	Conocimiento de la edad de riesgo para el embarazo				
	Conocimiento del ciclo menstrual riesgo para el embarazo				
	Mantiene relaciones con más de una pareja				
En torno a las adicciones	Nº veces que bebió alcohol en la última semana.				
	Dificultad por consumir drogas o alcohol en la escuela o casa				
	Hizo daño estando bajo los efectos del alcohol o drogas				
	Comenzó a consumir mayores cantidades de alcohol o drogas				
	Padres beben alcohol o consumen droga				
	Amigos beben alcohol o consumen droga				
	Fuma actualmente				
	Bebe alcohol actualmente				
En torno a la depresión	Ha pensado en el suicidio				
	Ha buscado ayuda si lo ha pensado				
	Imaginación sobre su futuro				
	Familiares con depresión				
En torno a la violencia.	Última vez que fue golpeado por padre, hermanos, otros				

	Ultima vez que peleó o fue golpeado				
	Lleva arma para defenderse				
En torno al deterioro de la autoestima.	Satisfecho con lo que es usted y cómo piensa				
	Gustaría cambiar partes de su cuerpo				
	Sus compañeros dicen que usted es torpe				
Factor protector	Se considera una persona religiosa				
	Practica su religión				

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO () En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado:

SI () NO ()

Firma y Sello

