

República Dominicana

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar
Dirección General de Residencias Médicas y Postgrado
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

DETERMINAR EL NIVEL CONOCIMIENTO SOBRE LA CONDUCTA DE RIESGO
EN LOS ADOLESCENTES DEL SECTOR DE VILLA MELLA, JUNIO-JULIO 2015.



Tesis de pos grado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante:

Dr. Alexy Virgilio Alcántara Mejía

Asesora:

Dra. Claridania Rodríguez

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

Distrito Nacional: 2015

CONTENIDO.

Agradecimientos

Dedicatorias

Resumen

Abstráct

I. Introducción.....	1
I.1. Antecedentes.....	2
I.2. Justificación.....	3
II. Planteamiento del Problema.....	5
III. Objetivos.....	8
III.1. General.....	8
III.2. Específicos.....	8
IV. Marco Teórico.....	9
IV.1. Adolescencia.....	9
IV.1.1. Aspectos generales.....	9
IV.1.2. Situación de salud de los adolescentes.....	11
IV.1.3. Conductas de riesgo.....	14
IV.1.3.1. Adolescencia y riesgo.....	15
IV.1.3.2. Clasificación de las conductas de riesgo.....	16
IV.1.3.2.1. Violencia.....	16
IV.1.3.2.2. Consumo de sustancias psicoactivas.....	17
IV.1.3.2.3. Desórdenes alimenticios.....	19
IV.1.3.2.4. Conducta sexual arriesgada.....	20
IV.1.3.4.1. Sexualidad en el adolescente.....	21
IV.1.3.4.2. Factores que contribuyen al desarrollo de la sexualidad en el adolescente.....	23
IV.1.3.4.3. Salud sexual en el adolescente.....	25
IV.1.3.4.4. Conductas sexuales de riesgo en el adolescente.....	28
IV.1.3.5. Inadecuado uso de métodos anticonceptivos.....	30

IV.1.3.4. Suicidio	29
IV.1.3.5. Accidentes de tránsito.	30
IV.1.3.6. El conocimiento y su relación con la salud	33
V. Hipótesis	36
VI. Operacionalización de las variables	37
VII. Material y método.	38
VII.1. Tipo de estudio	38
VII.2. Demarcación geográfica.	38
VII.3. Población	38
VII.4. Muestra.	38
VII.5. Criterios de inclusión	39
VII.6. Criterios de exclusión.	39
VII.7. Instrumento de recolección de datos.	39
VII.8. Procedimiento.	39
VII.9. Tabulación de datos.	39
VII.10. Aspectos éticos.	39
VIII. Resultados...	41
IX. Discusión...	63
X. Conclusiones...	64
XI. Recomendaciones...	66
XII. Referencias.	67
XIII Anexos.	73
XIII.1. Cronograma.	73
XIII.2. Instrumento de recolección de datos	74
XIII.3. Costos y recursos	75
XIII.4. Evaluación...	76

AGRADECIMIENTOS.

A Dios.

Por ser mi guía y permitirme alcanzar una nueva meta en mi vida.

A la Ciudad Sanitaria Dr. Luís E. Aybar.

Por haberme aceptado como a un hijo y darme la oportunidad de materializar este sueño.

A la Doctora Dania Torres.

Por la confianza depositada en mi durante el tiempo que permanecía en el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.

A la Doctora Lucina Llaugel.

Por darme la oportunidad de poder continuar mi formación como especialista, por haberme adoptado como a un hijo, y por sus sabias orientaciones durante el proceso de formación.

A la Doctora Claridania Rodríguez.

Por su dedicación y orientaciones desinteresada durante la realización de este proyecto.

El sustentante.

DEDICATORIAS.

A Dios Padre.

Por guiar cada paso de mi vida, por ayudarme a vencer cada obstáculo encontrado en mi camino y darme las fuerzas necesarias para continuar siempre hacia adelante.

A mis padres.

Por la confianza y el apoyo brindado durante la realización de este nuevo proyecto.

A mis hermanos.

Por el cariño y sus colaboraciones desinteresadas.

A Isabel Soto.

Gracias por tu compañía y permanecer junto a mí en los momentos importantes de nuestras vidas.

A mi niña Omnis Isamar.

Por el tiempo que no pude estar contigo, es una deuda pendiente que espero poder resarcir.

A mis compañeros de promoción.

Por brindarme la oportunidad de realizar y agotar este proceso de formación juntos, por el cariño recibido de cada uno de ustedes, por sus motivaciones, y sabios consejos, gracias.

Dr. Alexy Virgilio Alcántara Mejía.

RESUMEN.

Se realizó un estudio descriptivo, con recolección de datos, con el objetivo de conocer el nivel conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes del sector de Villa Mella, junio-julio 2015. El 40.6 por ciento de los adolescentes tenían de 14-16 años de edad. El 68.3 por ciento de los adolescentes eran de sexo femenino. El 90.6 por ciento de los adolescentes eran solteros. El 57.9 por ciento de los adolescentes eran de la secundaria. El 69.8 por ciento de los adolescentes en composición familiar mostraron ambos padre. El 67.3 por ciento de los adolescentes sobre la conducta de riesgo sabían algo. El 24.2 por ciento de los adolescentes si sabían cuales conductas eran consideradas de riesgo. El 20.8 por ciento de los adolescentes si sabían la diferencia sobre el uso y el abuso del alcohol. El 80.7 por ciento de los adolescentes si sabían las consecuencias del inicio temprano de tener relaciones sexuales. El 91.6 por ciento de los adolescentes si sabían sobre enfermedades de transmisión sexual. El 47.0 por ciento de los adolescentes si sabían las causas y consecuencias de un embarazo no deseado. El 7.9 por ciento de los adolescentes si sabían sobre el uso y las dependencias de sustancias prohibida (drogas). El 19.3 por ciento de los adolescentes si sabían sobre anorexia y bulina. El 20.3 por ciento de los adolescentes si sabían sobre la depresión. El 53.0 por ciento de los adolescentes si sabían sobre el suicidio. El 53.0 por ciento de los adolescentes si sabían sobre el homicidio. El 55.9 por ciento de los adolescentes si opinaron de las formaciones de padillas. El 0.5 por ciento de los adolescentes pertenecía a una pandilla. El 24.2 por ciento de los adolescentes si sabían conducir vehículos de motor. El 3.5 por ciento de los adolescentes si sabían circulaban a alta velocidad cuando andaban en él vehículo. El 84.1 por ciento de los adolescentes si especificaron cuáles eran sus expectativas en la vida, el 11.9 por ciento de los adolescentes en sus expectativas mostraron que querían estudiar medicina y en otras expectativas el 4.9 por ciento de los adolescentes querían ser pelotero.

Palabras claves: nivel de conocimiento, conducta de riesgo, adolescentes.

ABSTRACT.

This was a descriptive study, with data collection, in order to determine the level of knowledge about the risky behavior among adolescents in the area of Villa Mella, June-July 2015. The 40.6 percent of teens had 14-16 years of age. 68.3 percent of adolescents were female. The 90.6 percent of adolescents were unmarried. The 57.9 percent of adolescents were high school. The 69.8 per cent of adolescents in family composition showed both father. 67.3 per cent of adolescent risk behaviour knew something. The 24.2 per cent of adolescents if they knew which behaviors were considered risk. The 20.8 per cent of adolescents if they knew the difference over the use and abuse of alcohol. The 80.7 per cent of adolescents if they knew the consequences of the home early to have sexual intercourse. The 91.6 per cent of adolescents if they knew about sexually transmitted diseases. The 47.0 per cent of adolescents if they knew the causes and consequences of an unwanted pregnancy. The 7.9 per cent of adolescents if they knew about the use and the dependencies of forbidden substances (drugs). The 19.3 per cent of adolescents if they knew about anorexia and globulin. The 20.3 per cent of adolescents if they knew about the depression. The 53.0 per cent of adolescents if they knew about the suicide. The 53.0 per cent of adolescents if they knew about the killing. 55.9 per cent of teenagers if they were of the view of gang formations. 0.5 percent of the teenagers belonged to a gang. The 24.2 per cent of adolescents if they knew to drive motor vehicles. 3.5 percent of adolescents if they knew circulating at high speed when they went into the vehicle. The 84.1 per cent of adolescents if they specified what were their expectations in life, 11.9 per cent of adolescents in their expectations showed that they wanted to study medicine and other expectations 4.9 per cent of adolescents wanted to be a baseball player.

Keywords: level of knowledge, risk behavior, adolescents.

I. INTRODUCCIÓN.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital con profundos cambios físicos, psicológicos y cognitivos durante la cual el afán por experimentar sensaciones nuevas puede suponer amenazas a la salud o riesgos al bienestar personal.¹ Con frecuencia se trata de un periodo crítico en el inicio y experimentación de conductas de riesgo y,² de hecho, en las sociedades occidentales, un porcentaje significativo de adolescentes muestra algún tipo de conducta antisocial durante estos años.³

La OMS define adolescencia como el período de vida comprendido entre los 10 y 19 años, durante esta etapa el adolescente se transforma en un individuo maduro en sus dimensiones física, sexual, psicológica y social y establece su propia identidad.⁴ La adolescencia puede ser un momento de grandes oportunidades para niños y niñas, sin embargo exige el compromiso de la familia para superar los peligros y vulnerabilidades propios de esta etapa y estimular el saludable crecimiento y desarrollo con el fin de que el adolescente logre con éxito las tareas propias de esta etapa.⁴⁻⁶

Las conductas de riesgo en adolescentes son determinantes en la salud, siendo las principales responsables de la morbimortalidad en esta etapa, entre las cuales se mencionan el consumo de drogas, embarazo precoz, mala alimentación, infecciones de transmisión sexual, depresión y suicidio entre otras.⁵⁻⁷ Estas implican un deterioro considerable en la salud del adolescente afectando su calidad de vida, la inserción con igualdad de oportunidades en la sociedad y gran parte de las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto.^{4,5,8}

La familia juega un rol primordial en la prevención de conductas de riesgo, siendo el primer agente protector y facilitador del desarrollo sano en el adolescente, en cuyo interior se educa y su grado de funcionalidad permitirá que éste se convierta en una persona autónoma, capaz de enfrentarse e integrarse a la vida.⁵ En la familia los padres y adultos significativos son fundamentales por la influencia que ejercen en el desarrollo de hábitos de vida, formas de expresar afectos, relacionarse con los demás, de resolver conflictos y de desarrollar conductas de autocuidado.⁹⁻¹¹ Los

estilos de crianza parental pueden tener un efecto positivo o negativo en la incidencia de conductas de riesgo adolescente, comprobándose que a mayor apoyo parental y control conductual hay menor consumo de drogas, autoagresión, violencia y depresión entre otras.¹²

Estudios longitudinales demuestran que el adolescente presenta menos conductas de riesgo cuando sus padres o tutores son capacitados entregándoles apoyo, conocimiento y desarrollo de habilidades básicas en la crianza, tales como disciplina consistente y apoyo afectivo, donde ambos elementos contribuyen a la adaptación conductual y al desarrollo psicológico positivo del adolescente.¹²⁻¹⁶

I.1. Antecedentes.

Huitron-Bravo, *et al.*, (2011)¹⁷ realizaron un estudio con el objetivo de este ensayo es determinar las principales conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos. Se realizó un estudio transversal, utilizando datos de 1 568 adolescentes entre 10 y 21 años de edad, de los cuales 815 fueron chilenos de la ciudad de Santiago y 753 fueron mexicanos de la ciudad de Toluca, todos estudiantes activos de sus colegios. La información de interés se recabó utilizando un cuestionario auto-aplicado. Los resultados apuntan a que en los adolescentes la prevalencia de consumo de sustancias lícitas fue la siguientes: tabaco (57.5 y 38.7 por ciento); alcohol (64.3 y 54.1 por ciento) respectivamente. Encontramos que el tipo de familia que predomina es la biparental, siendo mayor esta forma de estructura en las familias de adolescentes mexicanos (78.9 por ciento) que en los chilenos (55.5 por ciento). Además, se observó que el riesgo de tener relaciones sexuales a edades tempranas es 1.7 veces mayor en adolescentes provenientes de familias disfuncionales. Con base en estos hallazgos concluyeron que existe una alta prevalencia de factores y conductas de riesgo en adolescentes chilenos y mexicanos. Estos datos sugieren, que los adolescentes que provienen de familias percibidas como disfuncionales, tienen una mayor probabilidad de desarrollar ciertas

conductas de riesgo como por ejemplo el consumo de sustancias lícitas e inicio temprano de la actividad sexual.

Silva-Fhon et al. (2014)¹⁸ realizaron un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y comportamiento de riesgo de adolescentes mujeres sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en un Programa de Adolescentes de un hospital público.

Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, con 286 adolescentes mujeres entre 12 y 19 años, atendidas en el Programa de Adolescentes de un hospital público. Para la colecta de datos se utilizaron los cuestionarios de perfil social y Cuestionario de conocimiento y riesgos sobre Infecciones de transmisión sexual.

De las participantes predominaron aquellas entre 14 y 16 años, solteras y con estudios secundarios. En relación con el conocimiento predominó el nivel regular. Se observó que más de la mitad conocen los síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual y una proporción similar usa preservativo. No se observó correlación entre los niveles de conocimientos y las variables sociodemográficas.

Se identificó la necesidad de reforzar y evaluar el Programa de Adolescentes creando una interiorización y concientización de las usuarias para que mantengan una adecuada salud reproductiva.

I.2. Justificación.

La adolescencia está caracterizada por una serie de conductas, tales como altos niveles de toma de riesgo, elevada exploración, búsqueda de sensaciones y novedades, conducta social, elevada actividad y conductas lúdicas que, probablemente, promueve la adquisición de las habilidades necesarias para la maduración y la independencia.²⁰

Estas conductas características pueden ser en ocasiones negativas para el individuo, es el caso de la toma de riesgo, la cual tiene una importante relevancia en el incremento del Índice de mortalidad desde la temprana adolescencia a la adolescencia tardía, donde se producen un alto porcentaje de suicidios, homicidios y accidentes. Afortunadamente, esta toma de riesgo es transitoria para la mayoría de los individuos.

Aunque peligrosa, la toma de riesgo durante la adolescencia puede tener algunos beneficios, permitiéndole al adolescente explorar la conducta adulta, para llevar a cabo tareas de desarrollo normal, y desarrollar y expresar dominio de cambios jerárquicos asociados con ciertas conductas. Aquellos individuos que tienden a llevar a cabo conductas de riesgo, aseguran que se sienten más aceptados por sus iguales y perciben la toma de riesgo como un reforzamiento.²⁰

En investigaciones realizadas con adolescentes en Estados Unidos encontraron que más del 90 por ciento de los adolescentes tienen acceso a Internet y que alrededor de la mitad de ellos usan sitios de redes sociales, como MySpace y Facebook. Un 54 por ciento de los perfiles contenía información sobre conductas arriesgadas; 24 por ciento se refería a conductas sexuales, 41 por ciento a abuso de sustancias y 14 por ciento publicó información sobre violencia.²⁰

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La adolescencia es una etapa de transición hacia la adultez, caracterizada por procesos concretos e irrepetibles, con un fuerte componente emocional y social que derivan en cambios importantes para cumplir tareas determinadas. Para el logro exitoso de éstas se necesita el apoyo de la familia, que a su vez también tiene tareas y desafíos que cumplir en este sentido.^{4,7,10}

La familia durante la adolescencia se ve tensionada y enfrentada a una serie de situaciones complejas, donde cada uno de sus miembros contribuye al funcionamiento manteniendo su identidad, a través del ejercicio de roles, funciones y de las tareas necesarias del conjunto. Las familias empiezan a sentir un desequilibrio en la organización de las pautas previamente establecidas, teniendo que realizar una reacomodación en los estilos de crianza para otorgar al adolescente un entorno adecuado y saludable para su desarrollo.¹⁵ La adolescencia se destaca por ser un momento de promesas y oportunidades, sin embargo con bastante frecuencia, es un periodo de graves consecuencias para la salud.

Los problemas de salud del adolescente son predominantemente psicosociales, es decir, derivan de sus estilos de vida y conductas, los cuales son modelados primordialmente en el interior de la familia.^{5,20,21} Las conductas de riesgo son potencialmente prevenibles, lo que justifica la implementación de programas orientados a la disminución y promoción de la salud integral, con el fomento de estilos de vida saludables y que tengan un enfoque psicosocial y familiar.^{7,12,13,15,22,23}

La presencia de una relación parental fría y negativa, apego inseguro, inflexibilidad, disciplina inconsistente y supervisión inadecuada, están vinculadas a familias que presentan conflicto familiar, ruptura matrimonial, violencia, monoparentalidad y menor nivel socioeconómico, los cuales son indicadores que

aumentan el riesgo de desarrollar conductas de riesgo y problemas emocionales de los adolescentes, lo que revela la importancia de fortalecer el vínculo familiar.²⁴⁻²⁷

Los adolescentes en la actualidad están en mejores condiciones y con mayores beneficios derivados del progreso tecnológico, sin embargo la rápida urbanización, las telecomunicaciones, los viajes y migraciones conllevan a nuevas posibilidades y riesgos de daño para la salud de los adolescentes y jóvenes.^{1,4} Por ello, centrar los esfuerzos en promover mejoras en la comunicación, vigilancia y optimizar los estilos de crianza parental, emergen como una necesidad inmediata y urgente a fin de facilitar el desarrollo del rol, considerando que los padres son los principales modelos y que sus comportamientos actuarían facilitando en los adolescentes la posibilidad de evitar que adopten conductas de riesgo.^{6,8,9} En este contexto se ha observado que a los padres les resulta más fácil preocuparse por el bienestar físico de sus hijos a diferencia que cuando se trata de prevención de conductas de riesgo y se puede tornar aún más difícil con aquellos padres que tienen bajos ingresos, ya que son familias que reportan menor disposición a participar de programas de apoyo.¹⁹

Surge la necesidad de realizar intervenciones a través de programas que apoyen y fortalezcan a la familia. Hay investigaciones que explicitan la eficacia de los programas que promueven estilos crianza efectivos con efectos positivos importantes en la prevención de conductas como el consumo de alcohol, drogas o tabaco. Para ello, se requiere la participación activa de los padres y adolescentes y su compromiso a permanecer en estos programas.¹⁷ Estas intervenciones facilitan la autosuficiencia parental, el desarrollo de competencias sociales, la autorregulación y crianza de los hijos y el momento más propicio para realizarlas es en la adolescencia temprana (10-14 años), donde se observan mejoras en los resultados obtenidos, para lo cual se requiere involucrar activamente a los padres, adolescentes, educadores y profesionales de la salud.^{8,10-13}

En nuestro país la conducta de riesgo en los adolescentes aumenta cada día, y es por tal motivo que nos proponemos identificar:

¿Cuál es el nivel conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes del sector de Villa Mella, junio-julio 2015?

III. OBJETIVOS.

III.1. General.

-Determinar el nivel conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes del sector de Villa Mella, junio-julio 2015.

III.2. Específicos.

Determinar el nivel conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes del sector de Villa Mella, junio-julio 2015, según:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado civil.
4. Escolaridad.
5. Conducta de riesgo.
6. Composición socio-familiar

IV. MARCO TEORICO

IV.1. Adolescencia

IV.1.1 Aspectos generales

Walley nos dice que la adolescencia es un periodo que comprende entre los 11 a los 19 años, es considerado un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta; un periodo de madurez física, cognitiva, social y emocional, mientras el niño se prepara para ser hombre y la niña se prepara para ser mujer, presentándose desafíos especiales de adaptación. Con el ímpetu de sus cambios internos y las presiones de la sociedad, los niños deben progresar hacia la independencia emocional de sus padres, considerar proyectos de independencia económica y aprender el significado de una relación heterosexual más íntima. Aprenden a trabajar con compañeros de su misma edad en intereses comunes, a subordinar las diferencias personales en pos de un objetivo común y convertirse en personas responsables que controlan sus vidas y que saben quiénes son, en relación con el mundo.²⁸

Durante la etapa de la adolescencia vemos ciertas características en el crecimiento y desarrollo del adolescente:

a) Características anatómo-fisiológicas: se deben principalmente a la actividad hormonal, bajo la influencia del sistema nervioso central. La diferencia física entre los sexos queda definitivamente establecida por la maduración de las características sexuales primarias, es decir, los órganos internos y externos que llevan a cabo las funciones reproductoras (por ejemplo los ovarios, el útero, el pecho y el pene), y la aparición de las características sexuales secundarias, como resultado del cambio hormonal (por ejemplo, alteración en la voz, el desarrollo del vello facial y puberal y los depósitos de grasa); estas últimas no desempeñan un papel directo en la reproducción.²⁸

En esta etapa se hace presente la menarquía, la primera menstruación, en la mujer y las primeras eyaculaciones en el varón, también empiezan a experimentar sensaciones como la masturbación.

b) Características psicosociales del adolescente: según Erikson el adolescente pasa por la etapa del desarrollo del sentido de su identidad, aquí se menciona tres aspectos importantes que son la identidad de grupo, la identidad individual, Y la identidad del rol sexual, así mismo existen otros elementos que forman parte del desarrollo psicosocial del adolescente y estos son:

- Relaciones con los padres.

Durante la adolescencia, la relación padre-hijo evoluciona de una protección-dependencia a otra de afecto mutuo e igualdad. El proceso de adquisición de independencia acarrea con frecuencia confusión y ambigüedad. Por una parte, se acepta a los adolescentes como preadultos, en proceso de maduración, se les permiten los privilegios hasta ahora denegados y se le dan cada vez más responsabilidades. Un ejemplo característico de ello los constituye la lucha entre los padres y los adolescentes acerca de la hora de llegar a casa por la noche.

- Relaciones con los amigos.

Aunque la influencia paterna continúa siendo la más importante en la vida del adolescente, en la mayoría de los casos los amigos asumen un papel más relevante durante este periodo que el que tuvieron en la infancia.

Los adolescentes, por lo general, son sociales, gregarios y tienen mentalidad de grupo. Por tanto, el grupo de amigos influye de forma notable en la autoevaluación de los jóvenes y su conducta. Para ganar la aceptación del grupo, los adolescentes más jóvenes tienden a ajustarse por completo a él. El colegio, como foco de vida social, es también importante desde el punto de vista psicológico para los adolescentes, quienes por lo común se distribuyen a una jerarquía social relativamente predecible; saben a que grupo pertenecen ellos y los demás.

- Relaciones heterosexuales.

Durante la adolescencia, las relaciones con los miembros del sexo opuesto adquieren un nuevo significado. Primero, lo normal es que comiencen las citas de grupo, casi siempre para actividades escolares organizadas; por ejemplo, un grupo de niñas queda con otro de chicos para realizar alguna tarea. Después comienzan las citas de dos o tres parejas y a continuación las de una sola.

El tipo y grado de seriedad de las relaciones heterosexuales varía. El estadio inicial es casi siempre no comprometido, extremadamente variable y pocas veces caracterizado por una unión romántica fuerte. Cuando se inicia la etapa intermedia de la adolescencia, periodo en el que a menudo se desarrolla la capacidad sexual, los jóvenes sienten con frecuencia la necesidad de probar la fuerza de su sexualidad con numerosas proezas y conquistas.²⁸

IV.1.2. Situación de Salud de los adolescentes.

El período de desarrollo humano que cubre la adolescencia es considerado crucial, ya que marca el término de la niñez y tiene como meta completar el complejo proceso de romper los lazos de dependencia infantil y lograr un proyecto de vida e identidad propio. El desarrollo biológico, cognitivo y psicosocial que logren desarrollar los adolescentes en esta etapa del ciclo vital, determinará la forma en que vivirán su vida como adultos.²⁹

La adolescencia es, después de la niñez, la segunda etapa más vulnerable del ciclo vital y en donde se adquieren la mayoría de los hábitos que pueden tener consecuencias para la salud a largo plazo, originando conductas de riesgo tales como el tabaquismo, sedentarismo, malnutrición, consumo de drogas adictivas, actividad sexual sin protección, las cuales tienen repercusiones biológicas y psicosociales negativas tales como el embarazo, obesidad, complicaciones metabólicas, drogadicción, deserción escolar, pobreza e incluso causar invalidez o

muerte, como los accidentes, suicidios y homicidios.³⁰ Las conductas de riesgo, pueden ser potencialmente prevenibles en la adolescencia temprana, sin embargo se observa a nivel mundial una franca tendencia al aumento, siendo un motivo de preocupación para las autoridades de salud. La adolescencia es una etapa de gran importancia en términos de consolidar formas de vida que permitan mantener la salud y retrasar el daño.^{22,31-33}

La salud de los adolescentes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de los países. Cuando los adolescentes no consiguen llegar a la edad adulta en condiciones óptimas de salud y educación, presume para los gobiernos un elevado costo social y económico.⁴ Los insuficientes recursos destinados a la promoción y atención de salud de adolescentes amenazan con invalidar en forma parcial los logros conseguidos en la niñez, no obstante durante las últimas décadas se ha reconocido la importancia de invertir en la salud y desarrollo del adolescente, así como la necesidad de asignar alta prioridad a los programas dirigidos al fomento, promoción y protección de la salud.^{4,34} De esta manera los países aseguran la salud del adolescente, de la próxima generación y la adquisición de capital humano de la población joven económicamente activa, que serán el gestor del crecimiento económico y un agente para la transformación social de los países.^{4,22}

Dado lo anterior es que la Convención por los Derechos del Niño y del Adolescente los reconoce como sujetos portadores de derechos, paso fundamental para la protección de esta etapa y la construcción de una sociedad democrática que cautela el mismo respeto y derecho a participar que los adultos. La protección del desarrollo integral, la no discriminación, la autonomía progresiva, participación y expresión son principios básicos planteados por la Convención que deben ser respetados y promovidos en todo contacto con el adolescente, tanto en su familia, su comunidad y todos los sistemas de atención.^{1,4,8}

La cohorte actual de adolescentes es la más grande que ha existido en el mundo, en 2009 una quinta parte de la población mundial fueron adolescentes, número que

ha aumentado a más del doble desde 1950 y un 85% de ellos se encuentran en países en desarrollo.¹ Gran parte de los países del mundo se encuentran en un período de "transición demográfica" debido al efecto combinado del descenso de la fecundidad, disminución de la mortalidad y aumento de la esperanza de vida, y los niños y niñas que ingresan al segundo decenio de sus vidas están formando parte de las causas del cambio piramidal de la población.³⁵

Es por esto que son fundamentales las inversiones en la salud de los jóvenes para producir beneficios de larga duración dirigidos a las generaciones futuras y se convierta en un beneficio real para la sociedad.^{36,37}

Los adolescentes presentan prevalencias elevadas de tabaquismo, con un 43,3% de escolares de 4º medio que han consumido la última semana y cuya edad de inicio promedio es de 13 años.^{5,16} Con respecto al consumo de alcohol las cifras se han mantenido estables y altas, con un 52,8 % de los escolares de 4º medio que consumen mensualmente, el año 2009, igual en hombres y mujeres, con una edad de inicio de 13 años. Se describe una ingesta promedio de 80 grs. de alcohol en un día en jóvenes de 15 a 24 años, lo que es mayor que en cualquier otra etapa de la vida.²⁶

La tasa de fecundidad en adolescentes chilenos muestra un progresivo ascenso, llegando el año 2009 a una tasa de 54,3 por 1000 mujeres de 15 a 19 años, así como también se observa una alta prevalencia de síntomas depresivos e ideación y planificación suicida, con una prevalencia de 14% de jóvenes de 15 a 24 años con síntomas depresivos y un 16% en escolares de 13 a 15 años.^{5,26} Además preocupan las cifras de sobrepeso y obesidad en escolares de 8º básico, con un 40,2% de sobrepeso u obesidad, un 85% de sedentarismo en hombres y 92,8% en mujeres de 13 a 15 años, definido sedentarismo como la práctica de actividad física menor de una hora al día.³⁸

Situación similar con el resto del mundo donde los traumatismos derivados de los accidentes de tránsito constituyen la principal causa de muerte entre los

adolescentes, originado por la propensión a tomar riesgos, situación que los lleva a consumir tabaco y alcohol, se estima que la mitad de los 150 millones de adolescentes que fuman morirán por causas relacionadas con el consumo de tabaco.⁴

IV.1.3. Conductas de riesgo.

Son conductas de riesgo aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas. Son múltiples, y pueden ser bio- psico-sociales.

El estudio de ellas ha mostrado que son particularmente intensas en la adolescencia. A ello contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que destaca la “sensación de invulnerabilidad” o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los pares con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de trasgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras (corteza prefrontal en desarrollo) y, otros como la influencia de la testosterona en hombres, la asincronía de desarrollo tanto en mujeres (pubertad precoz y riesgos en sexualidad), como en hombres (retraso puberal y conductas para validación de pares).³⁹⁻⁴²

La subestimación de los riesgos es habitual en los adolescentes en diferentes circunstancias. Será más probable, cuando está en juego su imagen, cuando se han habituado a ellos, cuando creen poder controlarlos y/o tienen expectativas de daños poco significativos, cuando se relacionan con importantes ganancias personales o cuando tienen una actitud fatalista y creen que los riesgos son inevitables. En base a la evidencia reciente en neurociencia, Steinberg propone que las áreas dopaminérgicas, íntimamente relacionadas con los llamados “circuitos de recompensa” estarían implicadas en los aspectos sociales y emocionales que

influyen en que los adolescentes tomen conductas de riesgo. Estas áreas maduran después de las áreas predominantemente cognitivas (corteza prefrontal), lo que explicaría biológicamente cómo, conociendo los riesgos y posibles consecuencias dañinas, se involucren igualmente en dichas conductas.⁴³ La idea central en esta teoría, es trabajar con factores y conductas de riesgo y actuar sobre ellos previniendo las posibles consecuencias dañinas para la salud. “El uso de cinturón de seguridad en automóviles” es un buen ejemplo de la lógica subyacente. Se asume que a mayor conocimiento de los eventos negativos, mayor posibilidad de evitarlos, pero se ha demostrado que no basta tener conocimientos adecuados para generar cambios.^{28,52}

IV.1.3.1. Adolescencia y riesgo.

El periodo de desarrollo de la adolescencia está enmarcado por la exploración y los comportamientos justamente generadores de riesgo, los mismos que pueden comprometer la salud, la supervivencia y el proyecto de vida del individuo. Al respecto, se han destacado numerosos factores de riesgo, tales como ser varón, la deserción escolar, la inasistencia escolar, embarazo precoz, el intento de suicidio, la violencia, el abuso de sustancias, los accidentes de tránsito y otras conductas auto destructivas. Desde la perspectiva de la teoría psicosocial de la Telaraña Causal, Irwin (1987) -citado por Suárez y Krauskopf (2005)- refiere que los comportamientos asociados con la mortalidad y morbilidad predominante en la adolescencia comparten un tema común: la toma de riesgo. Los diversos acercamientos del enfoque de riesgo, relacionan las nociones de vulnerabilidad y exposición al peligro. En ese sentido, cada etapa del ciclo vital tendría sus riesgos específicamente determinados por las destrezas que permiten las condiciones biológicas, así como por los canales de capacitación, apoyo y protección que la sociedad brinda. Así, las consecuencias destructivas del riesgo varían durante el ciclo vital en relación con los procesos demaduración e involución en el plano biológico, social y psicológico.

La adolescencia es el período en el cual los cambios biológicos, sociales y psicológicos replantean la definición personal y social del individuo a través de una

segunda individuación, y genera una vulnerabilidad específica, la ansiedad transicional que moviliza a los adolescentes en procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de la vida.

IV.1.3.2. Clasificación de las conductas de riesgo.

IV.1.3.2.1. Violencia.⁴⁶

La agresividad puede considerarse que es una característica de la naturaleza humana y ha sido esencial en la evolución y supervivencia de la especie (defensa, búsqueda de alimento). Este comportamiento “normal” suele ser temporal, condicionado a la situación (cultura, momento histórico, valores sociales) y forma parte de la experiencia adolescente.

Algunos pueden evolucionar hacia conductas violentas antisociales. Las conductas violentas incluyen agarrar, empujar, golpear con el puño u objeto, y amenazar con armas, entre otras. Hay varios tipos de violencia. Puede existir una evolución entre agresividad y violencia: agresión verbal, lenguaje hostil, agresión física, violencia letal.

Hay que tener en cuenta que no todo comportamiento comunidad al mismo tiempo que un adecuado sistema penal. Técnicamente, el delincuente juvenil es aquella persona que no posee la mayoría de edad penal y que comete un hecho que está castigado por las leyes. El término pandilla se refiere a un grupo de personas, generalmente, menores y adolescentes entre los 12 y 24 años, que se reúnen con el fin de socializar y de encontrar soporte emocional con los demás miembros de su grupo. La mayor parte de ellos expresan su disconformidad con el sistema a través de formas de comportamiento violentas que atentan contra el patrimonio público o privado de la población.

La aguda insatisfacción de las necesidades básicas en el país, causó el desplazamiento de la población marginada de las áreas rurales hacia las grandes ciudades, acentuándose la presión demográfica y el surgimiento de focos adicionales de pobreza. Es así como se organizaron grupos de jóvenes que se reunían para

compensar las frustraciones ocasionadas por coexistir en un ambiente de violencia y de desintegración familiar. Eran jóvenes que venían de núcleos familiares en los que en gran parte, la figura del padre o de la madre había desaparecido como producto de los años de violencia; tenían problemas económicos, y se les discriminaba social y culturalmente.

IV.1.3.2.2. Consumo de Sustancias Psicoactivas.⁴⁹

El consumo de drogas en la adolescencia constituye un problema de salud pública y una gran preocupación para los padres, profesionales de la salud, profesores y la sociedad en general. Ningún otro problema de salud, a esta edad, conduce a tan trágicos efectos, en términos de mortalidad y morbilidad, afectación del potencial futuro y los devastadores efectos en la familia del joven.

Entre las razones que dan los jóvenes para el consumo son: sentirse mayor, ser aceptados, socialización, experimentar, sentir placer, por rebeldía, para satisfacer la curiosidad, aliviar la ansiedad, la depresión, el estrés o el aburrimiento y resolver problemas personales.

En los adolescentes, a menudo, la distinción entre uso, abuso y dependencia es difusa. Se han descrito una serie de etapas del consumo de drogas por los adolescentes.

Muchos jóvenes que experimentan con tabaco, alcohol o drogas ilegales, no progresarán hasta la adicción, pero muchos otros que se inician de forma casual irán avanzando hacia un consumo cada vez más problemático. El tema es que de entrada no se sabe quiénes pasarán a un consumo problemático. Son cruciales la detección e intervención precoz. Los adolescentes se consideran a sí mismos invulnerables al daño originado por sus elecciones de conductas y estilos de vida. Aunque cada droga produce síntomas y complicaciones médicas singulares, en general, su consumo provoca importantes alteraciones físicas, psicológicas y sociales que, tanto padres como profesionales, deben tener en cuenta.

Además de su asociación con accidentes de tráfico, homicidios y suicidios, también se las relaciona con una actividad sexual temprana, fracaso escolar, trastornos mentales y delincuencia, además de las posibles consecuencias en la edad adulta, como las enfermedades cardiovasculares, las alteraciones psiquiátricas y los cánceres.

El consumo de SPA puede convertirse en una adicción o dependencia. Cumpliéndose los siguientes criterios:

La adolescencia y el consumo de SPA Se debe tener presente que la adolescencia tiene unas características especiales.

Cuanto antes se empieza con el uso de una sustancia, mayor es la probabilidad de aumentar la cantidad y la variedad de uso; los jóvenes son menos capaces que los adultos en limitar el uso y atribuyen a la droga la solución a todos sus problemas.

Además, en la actualidad la experiencia es muy distinta a décadas anteriores: el número de los que prueban drogas es mayor y aparecen nuevas sustancias y combinaciones cuya sintomatología se confunde. Incluso, las sustancias conocidas son diferentes, la marihuana de los años 70 contenía menos del 0,2% de THC (delta-9-tetrahidro-canabinol) y en la actualidad se ha aumentado entre 5-15 veces. Igualmente, al iniciar el consumo, no hay señales ni síntomas que les haga a los jóvenes acudir a la consulta médica, sólo acuden generalmente al servicio de urgencia como consecuencia del abuso y de la dependencia.

Por ello, al inicio es difícil que acudan a la consulta médica y que acepten ayuda. El abuso de drogas altera la dinámica de las relaciones sociales y conduce a la toma de decisiones violentas. Además, se asocia a un aumento del riesgo de exposición a violencia, llevar armas, y mayor posibilidad de homicidio entre los adolescentes y bandas callejeras. Un inicio precoz del uso de alcohol y drogas aumenta el riesgo de abuso de la violencia que suele continuar en la edad adulta.

El uso de drogas tiene una gran relación con la violencia juvenil. Determinadas formas de beber pretenden una pérdida rápida del control, y de esta forma es fácil que se instauren entretenimientos destructores de grupo, sin ninguna inhibición ni norma. Algunos usos de pastillas y de sustancias de diseño hacen sentir al joven una mayor potencia y ganas de acción, sin límites y sin inhibición.

IV.1.3.2.3. Desórdenes Alimenticios.⁴⁴

Aun y cuando se admite el carácter multifactorial de los trastornos alimenticios, la investigación en torno a conducta alimentaria sigue haciendo énfasis en el carácter causal internalista del factor psicológico o atiende a la relación entre factores biológicos, psicológicos y sociales sin contemplar las diversas dimensiones en que se pueden analizar dicha relación.

En los últimos 30 años, los TCA surgieron como enfermedades cada vez más frecuentes, sobre todo en los adolescentes. Los estudios sobre la frecuencia de **estos trastornos muestran un aumento preocupante**, principalmente, en la población de mujeres jóvenes. Se ha encontrado que entre 1 y 2% de las mujeres padecen de Anorexia Nerviosa (AN) y entre 1 y 3% padecen Bulimia Nervosa (BN). Estos trastornos se presentan en una proporción de 10 a 1 mujer-varón aunque en los últimos años se ha incrementado el número de varones que los padecen.

Generalmente, el inicio de los trastornos de la conducta alimentaria es de los 14 años hasta los 20. Estas conductas alimenticias pueden o no alterarse voluntariamente, esto está sujeto a factores internos y externos como el nivel de autoestima, presiones familiares, frustración por tener sobrepeso, comparación constante con alguien cercano por parte de un familiar u amigo, etc.

Estos tipos de trastornos en la alimentación, más allá de los síntomas que encierra cada uno en especial, son acompañados por un marcado aislamiento de la persona, excesivo cansancio, sueño, irritabilidad, agresión (sobre todo hacia

personas conocidas y miembros de la familia), vergüenza, culpa y depresión, registrándose un trastorno en la identidad a partir de la nominación de la enfermedad.

Los trastornos alimentarios no afectan únicamente a la manera de comer; en realidad, se desarrollan como resultado de problemas en la percepción y en la forma en que una persona se ve a sí misma y en relación con su mundo, problemas que son causados por múltiples factores que se vuelven cíclicos y se realimentan a sí mismos, pues los efectos de la desnutrición y semi-inanición agravan los problemas subyacentes y cronifican el problema.

IV.1.3.2.4. Conducta Sexual Arriesgada.^{45,50}

Algunos mitos o ideas erróneas que originan conductas sexuales de alto riesgo:

1. Se conoce que los y las adolescentes creen que tener relaciones sexuales “de vez en cuando” no las expone al riesgo de embarazo;
2. Asimismo, un comportamiento muy arraigado en las muchachas es el pensamiento de que si usan anticonceptivos y “otros lo saben” pensarán o las tacharán de “fáciles” o promiscuas;
3. La “presión” de sus pares de calificarlas como “tontas” o “raras” por no haber practicado relaciones sexuales las lleva a iniciar actividad sexual precozmente para sentirse parte de un grupo que hable el mismo lenguaje y en muchas ocasiones para no sentirse aislados de sus coetáneos;
4. Lo mismo pasa con los muchachos quienes muchas veces por exigencias de sus compañeros y por no quedar mal con sus amigos o grupo (“para ser más hombre”) se lanzan en una carrera sexual, obviando los riesgos a los que esta conlleva.
5. No podemos obviar las enfermedades de transmisión sexual y VIH, tema de vanguardia, y del que la mayoría de los jóvenes ha escuchado o leído, pero que no toman muy en serio, creen que a ellos no les sucederá y por el

contrario al no utilizar preservativos u otro método de protección están más expuestos a contraer alguna de estas enfermedades.

En este punto es donde debemos tener especial cuidado respecto de la información que les entregamos como en la forma en que se lo decimos, ya que una cosa es que nosotros lo entendamos y otra muy distinta es que ellos lo comprendan. La decisión del adolescente de tener relaciones sexuales cuando se siente atraído por alguien dependerá de parámetros como: expectativas sobre el nivel de estudios (los adolescentes que piensan ir a la universidad retrasan más tiempo su primera relación sexual) y sus actitudes y valores respecto a la sexualidad, los que pueden estar influenciados por las actitudes familiares y culturales. En un reciente estudio, basado en modelos de regresión múltiple sobre una muestra de 1600 adolescentes, Werner demuestra que las actitudes sexuales en la mujer están más influenciadas por factores familiares (comunicación con los padres, participación de éstos en la educación sexual, etc.), mientras que en los hombres está más influenciada por factores individuales (edad, religión, autoestima, etc.). En general, la mujer tiene una sexualidad menos centrada en los aspectos genitales que el hombre, y valora más los aspectos de relación.

IV.1.3.2.4.1. Sexualidad en el adolescente.

La sexualidad es una parte integral de nuestras vidas desde el nacimiento hasta la muerte. Para los adolescentes, el hacerse cargo de su emergente sexualidad es parte del proceso natural de transformación en adulto. La sexualidad debe ser considerada dentro del contexto del desarrollo humano, no como un secreto a ser guardado por el silencio adulto. (Manual de medicina de la adolescencia).

La mayoría de adolescentes vive su sexualidad con angustia, confusión, ambivalencia y culpa, no solo por el desconcierto que sienten frente a los cambios que experimenta su cuerpo y por la mayor intensidad de sus impulsos sexuales, sino sobre todo por la forma en que es concebida la sexualidad. (Educación en

sexualidad para jóvenes y adultos). Dentro de la sexualidad en el adolescente nos mencionan dos puntos importantes:

- a) **Masturbación y relaciones sexuales:** se dice que la intensidad de los Impulsos sexuales, junto con la necesidad de contacto y descubrimiento de sí mismo/a y del otro, se expresan en diferentes tipos de comportamiento, como la masturbación y las relaciones sexuales adolescentes.
- b) **La Masturbación,** es uno de los aspectos de la sexualidad sobre el que se ha difundido mayor cantidad de ideas erróneas. La masturbación es una práctica personal y privada, común en ambos sexos, que se presenta desde la niñez cuando se exploran los propios genitales. No causa ningún daño físico ni mental, ni es por si misma señal de anormalidad. Cuando va acompañada de sentimientos de temor y culpa ³⁴ debidos a una inadecuada educación sexual, puede causar mucho sufrimiento en el/la adolescente. Las Relaciones sexuales en la adolescencia, son uno de los aspectos de la sexualidad más temidos por los adultos y también por los propios adolescentes. En el caso de los adolescentes, porque van a tener que enfrentarse a una experiencia nueva rodeada de misterios y deseo, que está relacionada con la imagen de sí mismo/a, la afirmación de la identidad y el desarrollo personal.
- c) **Sexualidad en el adolescente y doble moral:** la vivencia de la sexualidad no es la misma para hombres y mujeres reciben mensajes diferentes y opuestos a ese respecto. Mientras se reprime la sexualidad en la púber y se le induce al recato y la mojigatería, se estimulan de manera exacerbada las expresiones de sexualidad en el varón. Así, en la adolescencia, el chico que aún no ha tenido relaciones sexuales será presionado por el grupo e incluso por su padre para empezar a tenerlas, porque de otro modo se dudará de su virilidad. En el caso de la mujer, los controles se intensifican para cuidar de manera falsa su integridad. Esta integridad está relacionada con el cuidado de la virginidad, cuando en realidad el honor de una mujer está vinculado a sus valores morales y no con la conservación o no de la virginidad.⁵²

IV.1.3.2.4.2. Factores que contribuyen al desarrollo de la sexualidad en el adolescente.

- a) Rol sexual: es como nos comportamos como varones y como mujeres, una expectativa del rol sexual, que los niños recogen muy temprano, es no actuar como si se fuera del otro sexo. Tales calificaciones ejercen un efecto de restricción sobre adolescentes varones, a quienes se les desanima el explorar las inclinaciones que pueden tener hacia la danza, la música, las artes en general, actividades que a menudo se identifican como "femeninas".⁵³

- b) Las actitudes y los valores: uno de los aspectos más influyentes de nuestra sexualidad incluye nuestras actitudes y valores acerca del comportamiento sexual, el género y el rol sexual. Como individuos tenemos nuestros propios sentimientos y creencias acerca de lo que es apropiado que nosotros hagamos como varones o mujeres y nuestras propias actitudes acerca de las diversas conductas sexuales. Cada uno de nosotros también proviene de una familia con expectativas y valores. Los valores y actitudes tienen mayor influencia que ningún otro factor. Supongamos que dos personas tienen una relación sexual. Una piensa que la cópula es la expresión más maravillosa y bella de amor; la otra piensa que es degradante, repugnante y horrible. El mismo acto, en el mismo momento, puede ser vivido de manera enteramente diferente por los dos participantes. Su experiencia no se basa pues en el acto mismo, sino en sus actitudes hacia el acto.⁵³

- c) El comportamiento sexual: durante la adolescencia temprana, los jóvenes han desarrollado el sentimiento de quien y que los atrae. Contrariamente a las suposiciones populares, el darse cuenta de esa situación no implica automáticamente el tener relaciones sexuales. El comportamiento sexual puede ser una decisión tanto de no hacer como de hacer algo, incluyendo el

beso, tomarse de las manos, masturbarse, y una gama completa de otros comportamientos.⁵³

- d) La identidad sexual: corresponde al rótulo que nosotros mismos nos ponemos según nuestra orientación, este rótulo viene generalmente después de la aparición de sentimientos internos poderosos y de por lo menos algún comportamiento sexual. Este rótulo es muy complejo, puesto que si uno se siente atraído sexualmente a personas del sexo opuesto y sus relaciones sexuales son con el sexo opuesto, en nuestra cultura ese individuo recibe el rótulo de heterosexual. Si a uno le atrae una persona del mismo sexo, a esa persona se le pone el rótulo de homosexual. Cualquiera sea el caso, no es algo que ellos decidan conscientemente. Llega un momento en que los jóvenes toman conciencia de quien o que los atrae y/o excita. Ellos se dan cuenta de que necesitan acercarse a alguien. La atracción es impulsada por los cambios hormonales que vienen con la pubertad.⁵³

- e) Orientación sexual: La orientación es un componente de la sexualidad, pero he aquí la tragedia para la mayoría de los jóvenes de hoy pasan por el proceso identificando quienes son, lo que pueden hacer como varones y como mujeres, cómo se sienten al respecto, con quien desean estar y se ponen el rótulo, antes de que empiecen a obtener la información precisa sobre la sexualidad.⁵³

- f) Emotividad: El adolescente oscila entre la madurez considerable y las conductas infantiles; en un minuto pueden estar plétóricos y entusiastas y al minuto siguiente, deprimidos y ensimismados. Impredecibles, pero esencialmente normales aparecen arranques de conducta primitiva a medida que el adolescente pierde el control de los instintos.²⁸

IV.1.3.2.4.3. Salud sexual en el adolescente.^{44,50}

Un desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de las necesidades básicas humanas como son el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor. La salud sexual incluye la salud reproductiva, pero se extiende más allá de la atención relacionada con la reproducción.

La salud sexual es la experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social, enriqueciendo la vida individual y social.

El término salud sexual implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales (derecho a la libertad sexual, privacidad, equidad, placer, y a elegir de forma libre y responsable) y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de un individuo, como su autoestima y su bienestar emocional y mental, además de la cultura y el ambiente donde vive.⁵¹

Incluimos también que salud sexual, también incluye la autoaceptación en el adolescente, que se sienta dueño de su cuerpo, ya que ellos son muy conscientes de su aspecto cuando empiezan a asumir su nueva imagen de adulto, es por ello que el término salud sexual en esta etapa de la vida juega un papel protagónico. Pero qué pasa cuando no está presente la salud sexual, que pasa cuando el adolescente desconoce o simplemente lo omite, conducen a una serie de riesgos a los que denominaremos riesgos en la salud sexual: entre los principales tenemos:

a) Embarazo precoz y no deseado en la adolescente: Las madres adolescentes son responsables del 10 por ciento de los partos del mundo, pero no todos esos embarazos son indeseados. Muchas de las adolescentes casadas se embarazan porque quieren tener una familia. En algunas comunidades, las mujeres jóvenes

solteras ven la maternidad como una forma de subir de estrato social y ganar reconocimiento como adultas, o creen que las ayudará a mantener una relación estable con el padre del niño. En otras sociedades se da gran valor a la fertilidad, y la falta de hijos puede llevar al marido a abandonar a su esposa o a divorciarse de ella. Por tanto, algunas mujeres jóvenes se embarazan antes de casarse para probar que son fértiles, mientras que algunas mujeres recién casadas garantizan su seguridad concibiendo un niño lo antes posible después de la boda.¹

El embarazo no planeado en los y las adolescentes es el producto de la falta de información sobre los anticonceptivos, el sexo sin protección, la falla anticonceptiva o el uso incorrecto de los mismos (a veces es el resultado de una intoxicación con alcohol o drogas).

Independientemente de ser deseado o no, el embarazo precoz en una joven puede poner su salud en peligro. Según la OMS, la edad más segura para quedar embarazada es de 20 a 24 años de edad, ya que el crecimiento del esqueleto no se completa sino hasta los 18, mientras que 29 el canal del parto puede que no madure antes de los 20 ó 21 años de edad. Entre las complicaciones figura la anemia, las infecciones bacterianas graves, el parto prematuro, el parto obstruido y prolongado debido a que la pelvis es muy pequeña, la muerte del feto y las fístulas (conductos entre el recto o la vejiga y la vagina que pueden ocasionar goteo urinario o fecal). La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años.

Aparte del aspecto biológico también notamos que las jóvenes pierden su autonomía y se ven obligadas a buscar ayuda de sus padres o familiares, la cual no siempre es adecuadamente proporcionada, también se produce una interrupción o demora en su desarrollo personal, se interrumpen sus relaciones grupales, ya que por lo general se ven incapacitadas de continuar sus actividades escolares o laborales.

b) Aborto:

Aproximadamente el 15 por ciento de todos los Embarazos terminan en abortos espontáneos, mientras que un 25 por ciento se interrumpe por medio del aborto inducido. Las adolescentes recurren al aborto por razones tales como el temor, la vergüenza y la desesperación por no sentirse capaces de cuidar a un bebé o no saber cómo enfrentar su crianza y educación.

Las adolescentes tienen mayor probabilidad que las mujeres adultas de tener un aborto en una etapa tardía, cuando corren mayores riesgos clínicos. Por ejemplo en la india casi el 25 por ciento de las adolescentes que tuvo un aborto después de 12 semanas de gestación tuvo complicaciones, comparado con el 1 por ciento de las que abortaron antes de las 12 semanas de gestación.

Algunas mujeres jóvenes intentan auto-inducirse un aborto; otras recurren a practicantes no capacitados, que usan técnicas perjudiciales en condiciones antihigiénicas, lo cual lleva a complicaciones que, de otra manera, podrían evitarse. Por ejemplo, en un estudio realizado en dos hospitales públicos mexicanos, entre mujeres de 15 a 19 años de edad, que fueron admitidas para ser tratadas por aborto incompleto, se comprobó que la mayoría no sabía sobre los métodos seguros para abortar. Por otro lado, el 70 por ciento sí sabía sobre los métodos arriesgados e inadecuados, como ingerir quinina o analgésicos no recetados con limón, levantar objetos pesados o realizar actividades físicas intensivas. Mundialmente, un tercio de las mujeres hospitalizadas por dichas complicaciones tiene menos de 20 años de edad.¹

Los riesgos que representa para las adolescentes son considerables, por que el aborto ocurre clandestinamente y en condiciones insatisfactorias. Consecuencia de estos hechos son las complicaciones, como hemorragia, anemia, septicemia, desgarros vaginales, abscesos pélvicos, perforación uterina, lesiones de vísceras huecas, esterilidad secundaria y muerte.³

c) ITS -VIH/Sida:

Las mujeres jóvenes en el inicio o a mediados de la adolescencia son **particularmente susceptibles al VIH y a las ITS** porque su vagina y cérvix tienen una capa más fina de células exteriores. El acto de coito sexual por primera vez puede incluir sangrado, el que también puede incrementar las probabilidades de contraer VIH/ITS. Entre el 50 y el 80 por ciento de las ITS en las mujeres son tratadas tardíamente o jamás, porque las infecciones no presentan ningún síntoma externo reconocible. ¹ A nivel mundial existen 111 millones de casos nuevos de ITS curables en menores de 20 años. ³

Las infecciones de transmisión sexual más comunes son: gonorrea (causada por *neisseria gonorrhoeae*), clamidia (causada por *chlamydia trachomatis*), sífilis (*treponema pallidum*), herpes genital (*Virus herpes hominis* tipo III), tricomonas (*trichomonas vaginalis*), candidiasis o moniliasis (*candida albicans*), virus del papiloma humano, y el mortal VIH/Sida. ²⁸

Estas infecciones no solo compromete la salud de adolescente sino también su desarrollo personal, los adolescentes sexualmente activos corren un riesgo mayor, porque a menudo es tarde cuando buscan ayuda médica llegando a desenlaces fatales como la muerte. Todo esto originado a un principio por múltiples razones como falta de orientación, falta de información, omisión, influencia de grupo, influencia y ejemplo del entorno familiar, agregando a esto el carácter temerario que posee que lo hace más vulnerable a contraer este tipo de infecciones. ²⁸

IV.1.3.2.4.4. Conductas sexuales de riesgo en el adolescente.

Los adolescentes dan sentido a las transformaciones de su cuerpo en dos sentidos: como vía de procreación y, lo que resulta más riesgoso, como vía de disfrute sexual y de atracción física erótica para otras personas. Sus manifestaciones pueden clasificarse en fantasías y deseos, caricias, atracción y búsqueda de pareja, y coito; El inicio sexual y la frecuencia de relaciones sexuales representan un riesgo

debido al bajo conocimiento y desaprobación por parte de los adultos. Diversos estudios señalan que el inicio sexual, la tenencia de relaciones sexuales sin protección y el tener un alto número de parejas sexuales, entre otros comportamientos sexuales de riesgo, ocurren más comúnmente en conexión a otras prácticas de riesgo, como el consumo de cigarrillos, drogas y alcohol, tenencia de armas y ejercicio de violencia, en un estudio, el 70% de los adolescentes señaló que de no haber consumido alcohol y/o drogas no habría sostenido algún tipo de práctica sexual.⁵⁹

También debemos mencionar que hay algunos factores que contribuyen al aumento de las relaciones sexuales en los adolescentes como disminución del aporte afectivo de la familia, que induce a los jóvenes a buscar apoyo en sus pares, incapacidad de los adultos para impartir normas de conducta claras e inequívocas a los adolescentes, movilidad creciente de los adolescentes y menos vigilancia social, debido en gran parte a la creciente urbanización, falta de programas de educación sexual en las instituciones educativas, adopción de nuevos valores que muchas veces son provenientes de otras culturas, ciertos cambios de carácter fisiológico e influencia de los medios de comunicación que cada vez son más explícitos en cuanto a relaciones sexuales.⁵⁵

IV.1.3.2.4.4.1 Inicio precoz de relaciones sexuales.

El adolescente tiende a querer descubrir cosas nuevas y experimentarlas el iniciar precozmente relaciones sexuales pone en riesgo muchos aspectos de su crecimiento y desarrollo, el no estar preparado para este tipo de experiencias íntimas puede causar que la percepción frente a este hecho sea tanto negativa como positiva a esto se agrega el entorno que rodea al adolescente.

IV.1.3.2.4.4.2. Más de una pareja sexual (promiscuidad).

Esto constituye un gran riesgo para la salud sexual del adolescente, ya que por la vulnerabilidad y variabilidad de sus emociones, tienen a probar diversas experiencias. Hoy en día los adolescentes consideran que tener mayor experiencia es mejor contrario a la mojigatería, cosas que según el grupo de pares es común y normal entre ellos.

IV.1.3.2.4.4.3. Cambio frecuente de parejas.

Ya que a esta edad el adolescente no posee madurez emocional y su propia personalidad cambiante hace que constantemente experimente ilusión por el sexo opuesto llegando así a enamorarse en un momento como olvidar de una manera rápida.

IV.1.3.2.4.4.4. No uso de métodos anticonceptivos.

Al practicar sexo inseguro, es decir el no utilizar métodos de protección (anticonceptivos hormonales y/o preservativo) contra ITS/VIH- 40 Sida y/o embarazos no deseados ya sea por desconocimiento o por omisión, es una de las conductas sexuales riesgosas más comunes que podemos observar entre los adolescentes que instigados por la curiosidad de conocer pone en riesgo su salud.

IV.1.3.5 Inadecuado uso de métodos anticonceptivos

Tener la información oportuna y verídica acerca de las diversas alternativas de anticoncepción y prevención de ITS es fundamental para los adolescentes, muchos de ellos comenten errores por una inadecuada información ya sea por vergüenza, temor no acuden por ayuda, en otros casos simplemente se observa la omisión

IV.1.3.2.4.4.5. Prácticas de sexo oro-genital y génito-anal sin protección.

Estas vías contienen un gran riesgo de infección generalmente son más susceptibles más mujeres que los varones, a ello se suma el desconocimiento que poseen sobre este riesgo, tienen prácticas sexuales por vías no naturales a fin de experimentar no solo ocasionando un posible daño físico sino también y daño psicológico al no sentir lo que esperan o ser un acto desagradable.

IV.1.3.2.4.4.6.Relaciones fugaces.

Este tipo de relaciones es muy comunes en adolescentes, ya que buscan conocer y experimentar, consiste en relaciones de corta duración, 41 es decir ocasionales, una relación donde no se llegan a conocer lo suficiente como para poder construir algo más serio y conocerse más y lograr un respeto mutuo.

IV.1.3.2.5. Deserción Escolar.⁴⁷

Las escuelas cumplen una función muy importante en la prevención del abandono escolar, siempre que se entiendan como un protector de riesgo para los estudiantes, como una comunidad de compañerismo y compromiso.

Causas:

La presencia de problemas económicos familiares y/o la necesidad de conseguir un trabajo para el mantenimiento del hogar. Otro motivo muy importante para la deserción es la carencia de recursos para la matrícula o para adquirir materiales educativos. Otra razón de importancia similar para el abandono escolar es la decisión de no querer estudiar o el querer trabajar, elemento probablemente vinculado a la valoración individual de la educación por parte de los jóvenes y no a la condición socioeconómica del hogar.

Consecuencias:

1. La deserción escolar genera elevados costos sociales y privados. Entre los primeros se encuentran los que derivan de disponer de una fuerza de trabajo

menos competente y más difícil de calificar y su efecto en el crecimiento económico, así como los que surgen de contar con un capital social incapacitado para colaborar activamente en el equilibrio entre deberes y derechos ciudadanos.

2. En el caso de niños y adolescentes, el precio de la deserción escolar es advertido cuando el ocio, la sustracción de los ambientes controlados por la disciplina y la indefinición de objetivos productivos, inciden en la construcción de entornos inseguros, propios para la generación de climas de violencia y la comisión de actos delictivos.
3. Entre los costos privados, están la reproducción de las desigualdades sociales, la pobreza y su repercusión en la integración (o desintegración) social; su impacto sobre la población infantil y adolescente. Se advierte al identificar que al carecer del conocimiento, de la formación y dirección necesarias, son susceptibles de incurrir en conductas de riesgo que trastocan su seguridad, integridad física, salud, libertad e incluso, su vida.

IV.1.3.2.6. Suicidio.⁴⁸

“La palabra suicidio procede del latín, y se compone de dos términos: “sui, de sí mismo, y “caedere”, matar. Es decir, significa “matarse a sí mismo” (Rojas, 1984). Solo nos limitaremos a dar la definición brindada por Emile Durkheim: “... se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado.”

Más allá de su definición, el suicidio es un fenómeno bastante complejo y las explicaciones de su ocurrencia se ubican en diversos niveles, que van desde características propias e inherentes del individuo, hasta condiciones del entorno social, histórico y cultural que se van transformando y modulando en el curso del tiempo. Por ejemplo, desde hace varios años, Hungría lidera el primer lugar en la tasa de suicidios en todo el mundo (45.3 por 100.000 habitantes/Año). Sin embargo, se tiene la creencia que Suecia tiene ese lugar, dadas sus elevadas condiciones de nivel de vida, estas desmotivarían a sus habitantes a formarse un sentido de vida.⁴⁴

Sin embargo, Austria (28.3), Dinamarca (27.7), Finlandia (26.6), Suiza (22.8) y Francia (22.7) son países que tiene tasas de suicidio más elevadas que Suecia (18.5), pero nunca se acercan a la de Hungría.^{44,48} De otro lado, aun cuando la tasa de suicidios de Estados Unidos (12.3) es más baja que la de muchos países europeos, dada su enorme población, dicha tasa se traduce en aproximadamente 31.000 muertes por suicidio al año.

El suicidio es un problema de salud pública relevante, que se encuentra entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1.110 personas y lo intentan cientos de miles; independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión, posición socioeconómica, entre otros factores.

IV.1.3.2.7. Accidentes de Tránsito.

Un accidente de tráfico, accidente de tránsito, accidente vial, accidente automovilístico o siniestro de tráfico es el perjuicio ocasionado a una persona o bien material, en un determinado trayecto de movilización o transporte, debido - mayoritaria o generalmente- a la acción riesgosa, negligente o irresponsable de un conductor, de un pasajero o de un peatón, pero en muchas ocasiones también a fallos mecánicos repentinos, errores de transporte de carga, a condiciones ambientales desfavorables, a cruce de animales durante el tráfico e incluso a deficiencias en la estructura de tránsito (errores de señaléticas y de ingeniería de caminos y carreteras). Al respecto, la educación o conciencia vial representa un punto importante a favor o en contra del incremento de los accidentes de tránsito.

IV.1.3.6. El conocimiento y su relación con la salud.

Mario Bunge define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”; considera que “...el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia”.⁵⁷

Desde el punto de vista pedagógico; "...conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad que es del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón".⁵⁶

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, lo define como acto y contenido. Dice que el "conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico".⁵⁸

El ser humano es un inagotable constructor de conocimiento, ya que la constante interacción entre él y la realidad a la que está circunscrito, le brindan la oportunidad de generar nuevas ideas sobre los hechos que le rodean, y estas a su vez van evolucionando en la medida que los avances tecnológicos y científicos van generando nuevos conocimientos. La salud es "el goce de un alto nivel de bienestar mental y social, por tanto el conocimiento que el ser humano tenga influye en la toma de decisiones en relación a su salud".⁵⁹

"Es importante resaltar la función que tiene la comunicación para la salud razón por la cual la Promoción de la Salud la definió como el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y para mejorarla. También la podemos definir como la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño. La transmisión de información a individuos y a grupos mediante la comunicación social creará el conocimiento que servirá de base para lograr los cambios de actitudes y prácticas.

La información y la comunicación en salud son fundamentales para la adopción de modos de vida sanos, en forma individual y colectiva. Dado que el comportamiento humano es un factor primordial en los resultados de salud, las inversiones sanitarias deben centrarse tanto en los comportamientos como en los establecimientos de salud y la prestación de servicios. La solución de los problemas

de salud requiere que las personas comprendan y estén motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos”.⁶⁰

V. HIPOTESIS

El nivel conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes del sector de Villa Mella, junio-julio 2015, es alto.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicadores	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la muerte	10-19 años	Ordinal
Sexo	Estado ginecológico que determina el género	Masculino Femenino	Nominal
Escolaridad	Estado que define el nivel de instrucción de una persona	Analfabeto Primario Secundario Técnico Bachillerato Universitario	Nominal
Estado Civil	Estado en que se encuentra la persona en relación al sexo opuesto	Casado Soltero Unión libre	Nominal
Conducta de riesgo	Búsqueda repetida del peligro, en la que la persona pone en juego su vida.	Juegos Drogas Alcoholismo Accidentes Infecciones de transmisión sexual	Nominal
Composición socio-familiar	Es como tradicionalmente se entiende la estructura familiar y da cuenta de aspectos constitutivos del grupo en términos de los elementos y no de las dinámicas.	Madre Padre Hermanos Tíos Abuelos	Nominal

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, con recolección de datos, con el objetivo de conocer el nivel conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes del sector de Villa Mella, junio-julio 2015. (Ver anexo XIII.1. Cronograma)

VII.2. Demarcación geográfica

El estudio se realizó en el centro de primer nivel de atención villa mella. Se encuentra delimitado al Norte, por la calle Duarte; al sur, avenida Jacobo Majluta, al Este, por la Avenida Hermanas Mirabal, y al Oeste por Rio Yaguasa.



VII.3. Población

A todos los usuarios que acuden a la consulta de adolescentes en el período junio-julio 2015.

VII.4. Muestra

Estuvo constituida por los pacientes que presentan conductas de riesgo.

VII.5. Criterios de inclusión

1. Que sea adolescente (10-19 años).
2. Tener antecedentes de conducta de riesgo.

3. No se discriminará sexo.

VII.6. Criterios de exclusión

1. Que no sea adolescente.
2. Tener expediente incompleto.
3. No estar en el periodo de estudio comprendido.

VII.7. Instrumento de la recolección de la muestra

Se realizó mediante formulario diseñado para tales fines, el cual contiene 2 partes: 1) información socio-demográfico como edad, sexo y estado civil. 2) con la información de las infecciones de de conducta de riesgo. El formulario contiene 11 preguntas con respuestas abiertas.

VII.8. Procedimiento de recolección de los datos.

Se le aplico un cuestionario tipo encuesta a los/las adolescentes que acudieron a la consulta del centro de primer nivel de atención Villa Mella, en el periodo junio-julio 2015.

VII.9. Tabulación

Una vez completado la formulación de datos fueron procesados por el programa computarizado EPI-INFO y presentados en cuadros y gráficos.

VII.10. Análisis

Las variables fueron analizadas calculando medida de tasa, proporción y razón que se presentaron en un informe, tablas y gráficos.

VII.11. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron

sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la directora del centro, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis, tomada de otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VIII. RESULTADOS.

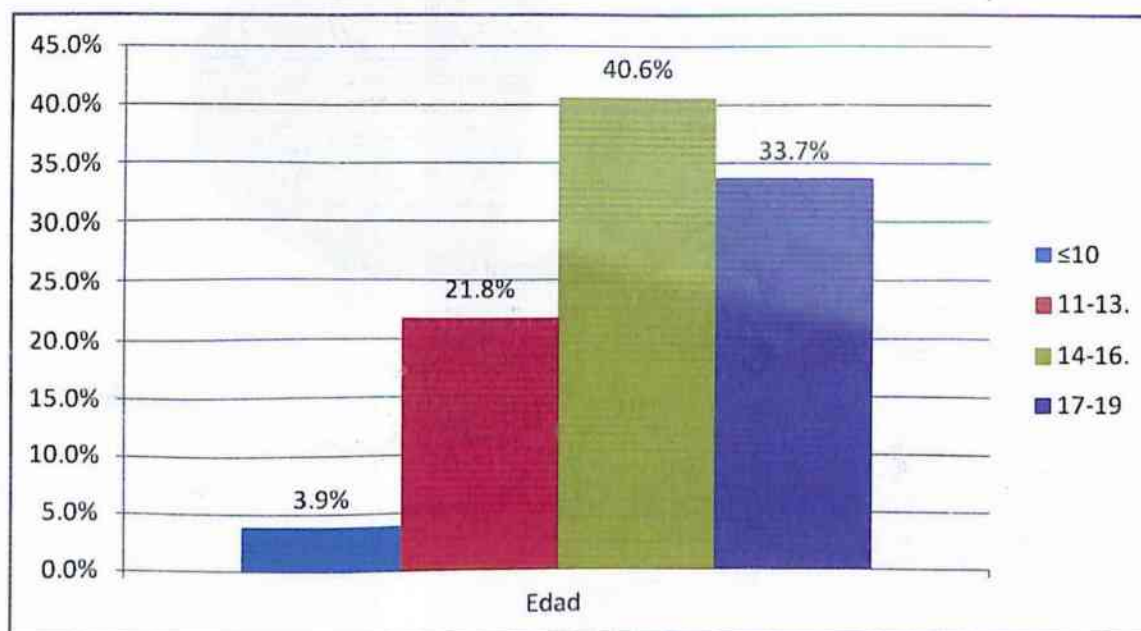
Cuadro 1. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
≤10	8	3.9
11-13	44	21.8
14-16	82	40.6
17-19	68	33.7
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 40.6 por ciento de los adolescentes tenían de 14-16 años de edad, el 33.7 por ciento de 17-19 años, el 21.8 por ciento de 11-13 años y el 3.9 por ciento menor o igual de 10 años.

Gráfico 1. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según edad.



Fuente: Cuadro 1.

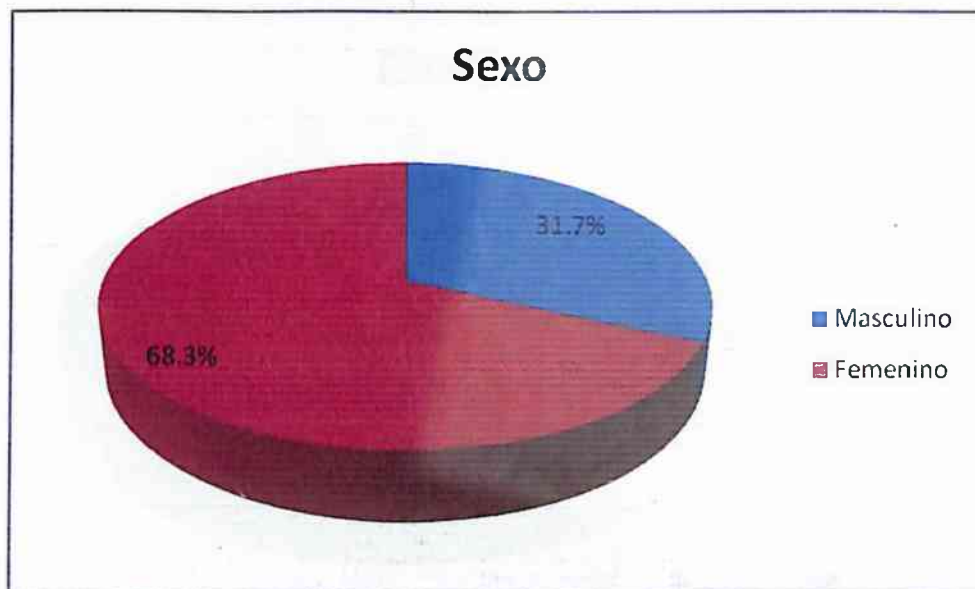
Cuadro 2. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	64	31.7
Femenino	138	68.3
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 68.3 por ciento de los adolescentes eran de sexo femenino y el 31.7 por ciento masculino.

Gráfico 2. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según sexo.



Fuente: Cuadro 2.

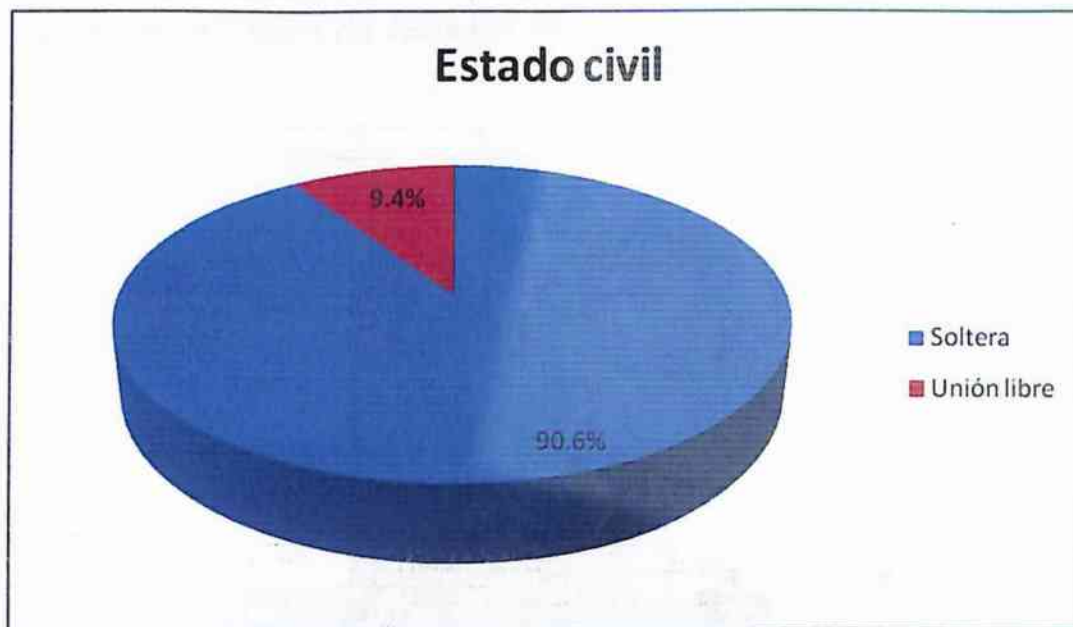
Cuadro 3. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	183	90.6
Unión libre	19	9.4
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 90.6 por ciento de los adolescentes eran solteros y el 9.4 por ciento unión libres.

Gráfico 3. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según estado civil.



Fuente: Cuadro 3.

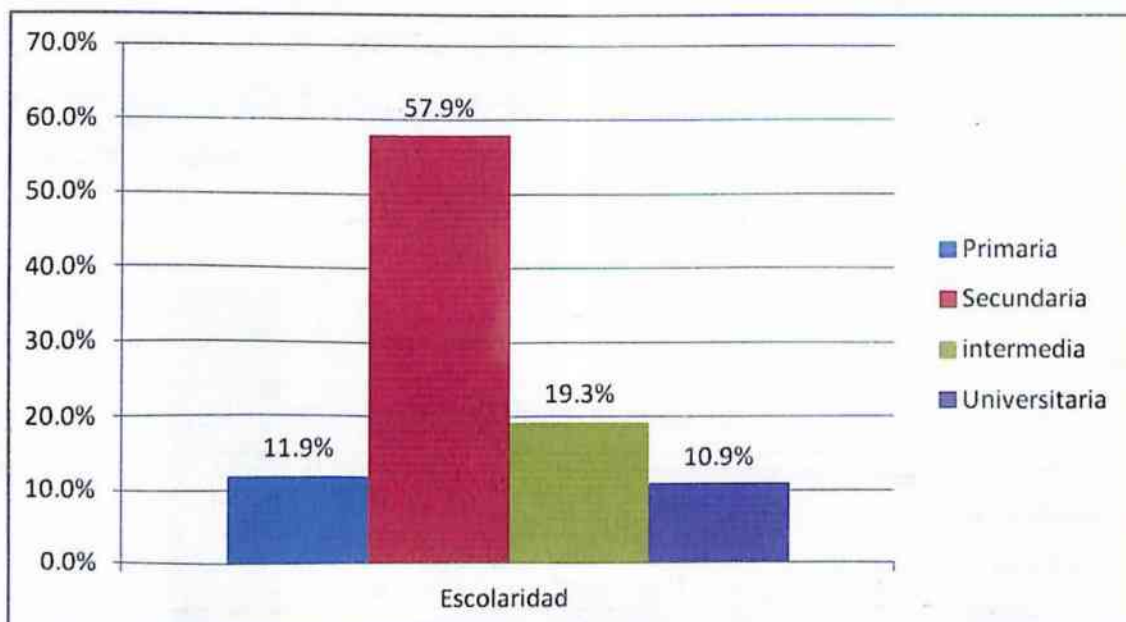
Cuadro 4. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria	24	11.9
Secundaria	117	57.9
Intermedia	39	19.3
Universitaria	22	10.9
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 57.9 por ciento de los adolescentes eran de la secundaria, el 19.3 por ciento intermedia, el 11.9 por ciento primaria y el 10.9 por ciento universitaria.

Gráfico 4. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según escolaridad.



Fuente: Cuadro 4.

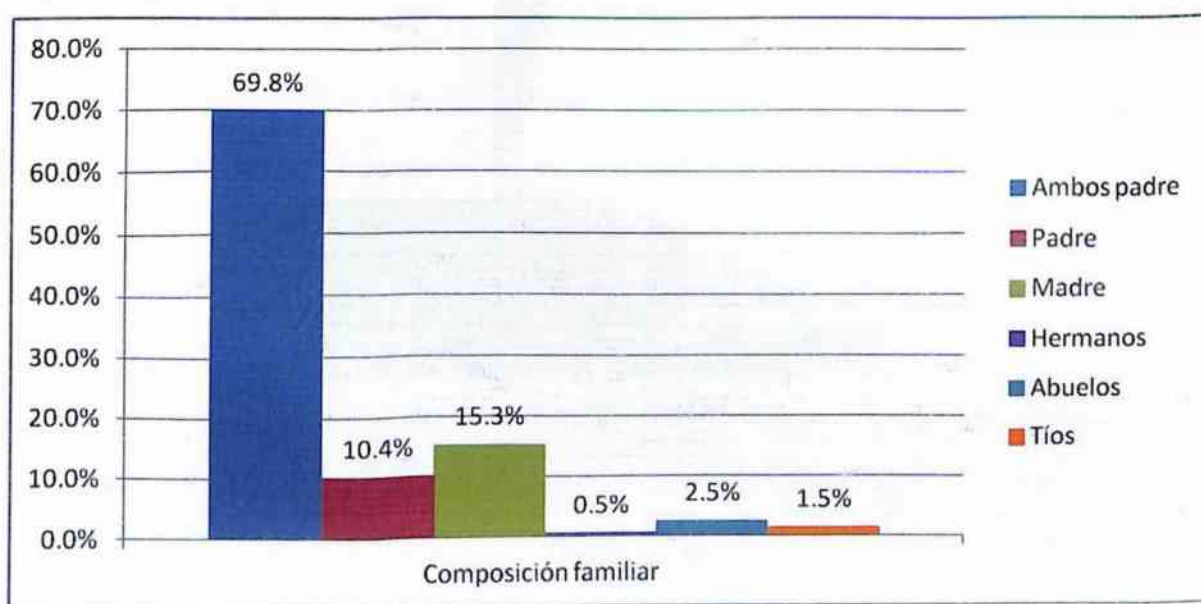
Cuadro 5. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según composición familiar.

Composición familiar	Frecuencia	%
Ambos padre	141	69.8
Padre	21	10.4
Madre	31	15.3
Hermanos	1	0.5
Abuelos	5	2.5
Tíos	3	1.5
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 69.8 por ciento de los adolescentes en composición familiar mostraron ambos padre, el 15.3 por ciento madres, el 10.4 por ciento padres, el 2.5 por ciento abuelos, el 1.5 por ciento tíos y el 0.5 por ciento hermanos.

Gráfico 5. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según composición familiar.



Fuente: Cuadro 5.

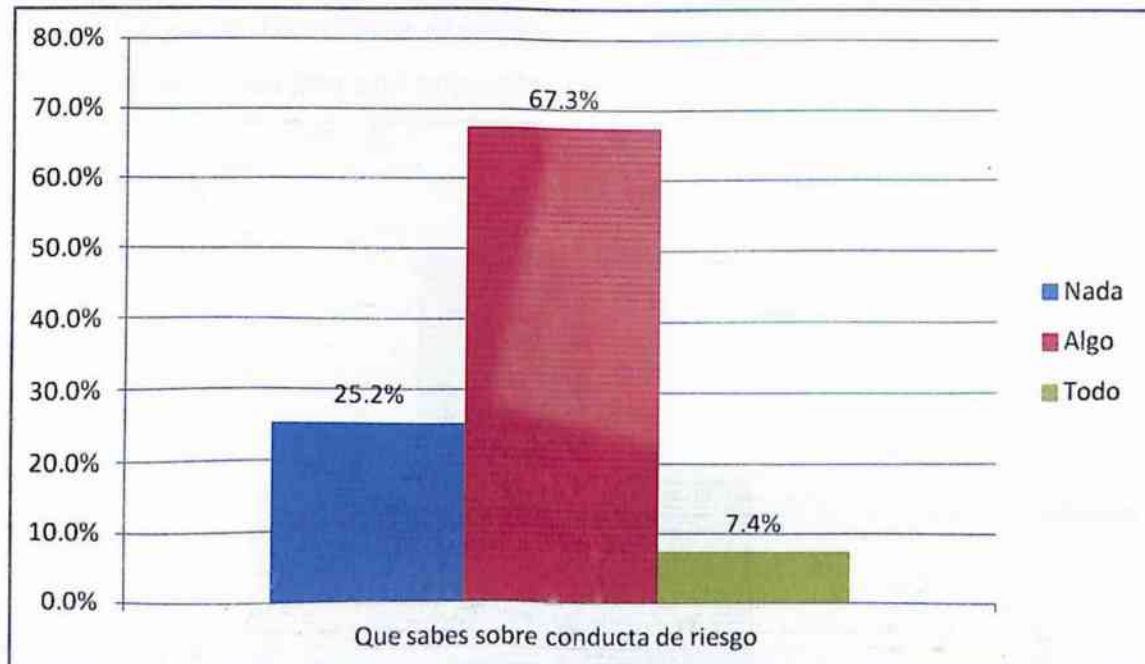
Cuadro 6. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria de Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Que sabes sobre conducta de riesgo?

¿Que sabes sobre conducta de riesgo?	Frecuencia	%
Nada	51	25.2
Algo	136	67.3
Todo	15	7.4
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 67.3 por ciento de los adolescentes sobre la conducta de riesgo sabían algo, el 25.2 por ciento nada y el 7.4 por ciento todo.

Gráfico 6. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Que sabes sobre conducta de riesgo?



Fuente: Cuadro 6.

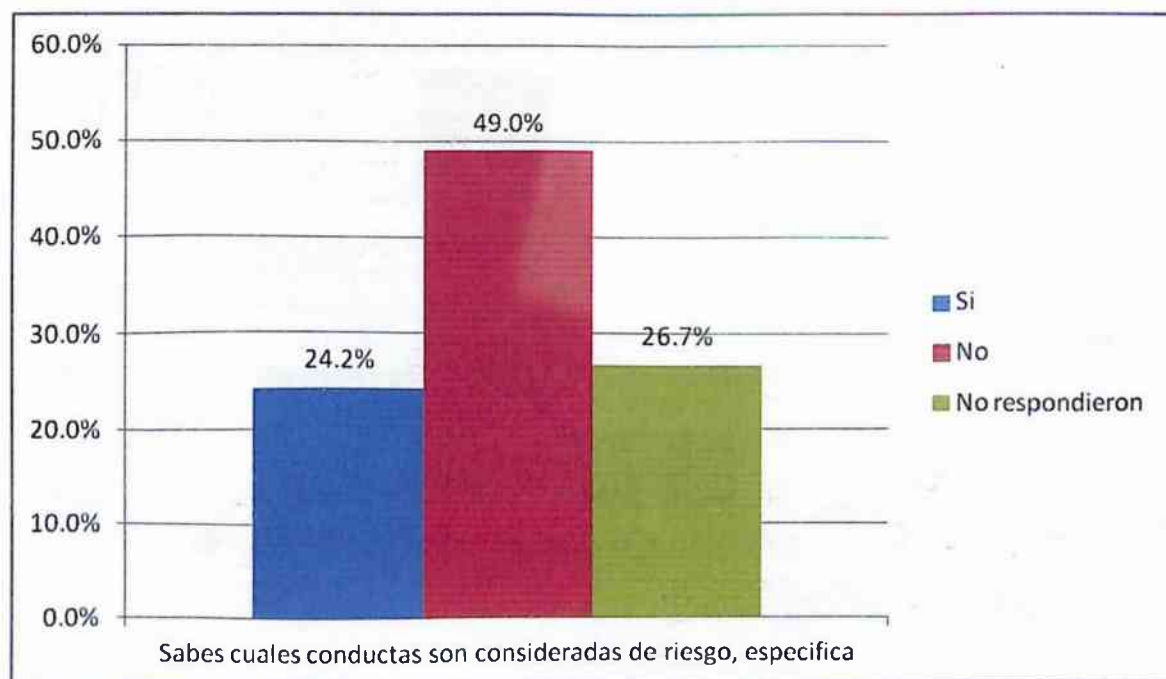
Cuadro 7. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Sabes cuales conductas son consideradas de riesgo, especifica?

¿Sabes cuales conductas son consideradas de riesgo, especifica?	Frecuencia	%
Si	49	24.2
No	99	49.0
No respondieron	54	26.7
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 24.2 por ciento de los adolescentes si sabían cuales conductas eran consideradas de riesgo, el 49.0 por ciento no sabían y el 26.7 por ciento no respondieron.

Gráfico 7. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Sabes cuales conductas son consideradas de riesgo, especifica?



Fuente: Cuadro 7.

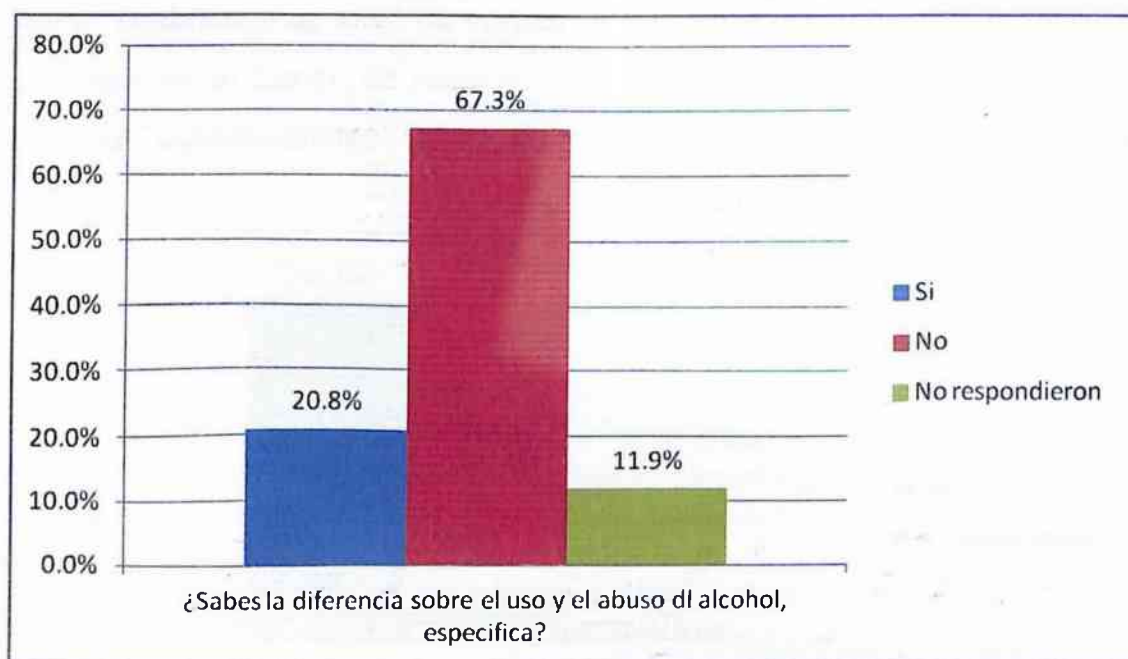
Cuadro 8. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Sabes la diferencia sobre el uso y el abuso de alcohol, especifica?

¿Sabes la diferencia sobre el uso y el abuso del alcohol, especifica?	Frecuencia	%
Si	42	20.8
No	136	67.3
No respondieron	24	11.9
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 20.8 por ciento de los adolescentes si sabían la diferencia sobre el uso y el abuso del alcohol, el 67.3 por ciento no sabían y el 11.9 por ciento no respondieron.

Gráfico 8. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Sabes la diferencia sobre el uso y el abuso de alcohol, especifica?



Fuente: Cuadro 8.

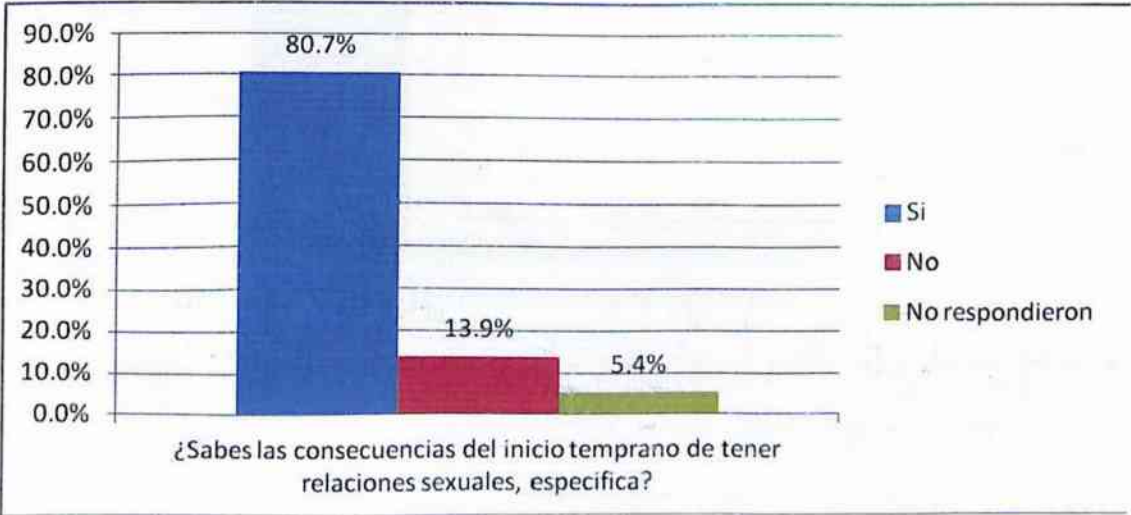
Cuadro 9. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Sabes las consecuencias del inicio temprano de tener relaciones sexuales, especifica?

¿Sabes las consecuencias del inicio temprano de tener relaciones sexuales, especifica?	Frecuencia	%
Si	163	80.7
No	28	13.9
No respondieron	11	5.4
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 80.7 por ciento de los adolescentes si sabían las consecuencias del inicio temprano de tener relaciones sexuales, el 13.9 por ciento no sabían y el 5.4 por ciento no respondieron.

Gráfico 9. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Sabes las consecuencias del inicio temprano de tener relaciones sexuales, especifica?



Fuente: Cuadro 9.

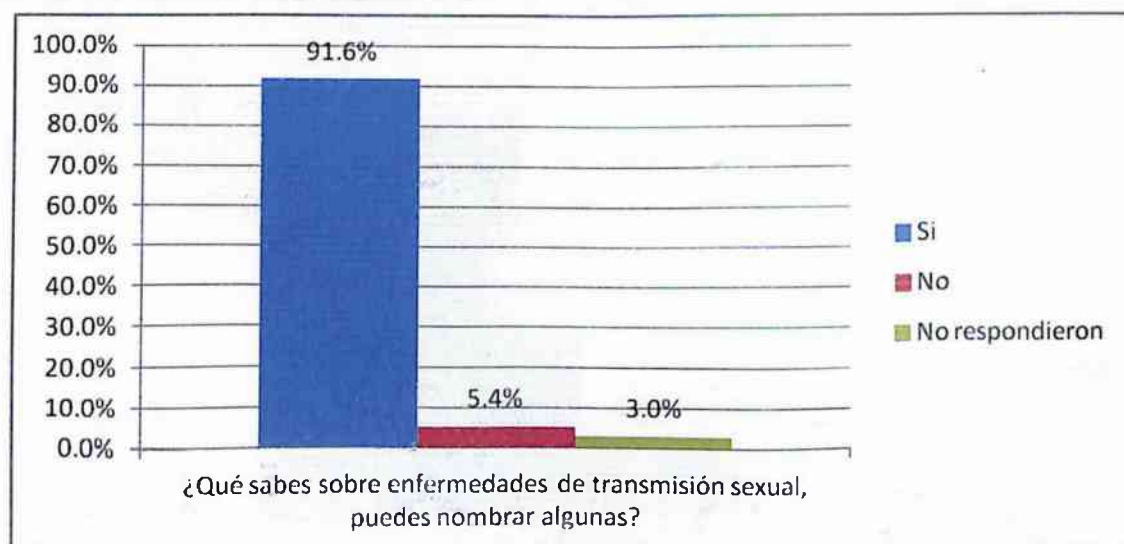
Cuadro 10. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Qué sabes sobre enfermedades de transmisión sexual, puedes nombrar algunas?

¿Qué sabes sobre enfermedades de transmisión sexual, puedes nombrar algunas?	Frecuencia	%
Si	185	91.6
No	11	5.4
No respondieron	6	3.0
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 91.6 por ciento de los adolescentes si sabían sobre enfermedades de transmisión sexual, el 5.4 por ciento no sabían y el 3.0 por ciento no respondieron.

Gráfico 10. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Qué sabes sobre enfermedades de transmisión sexual, puedes nombrar algunas?



Fuente: Cuadro 10.

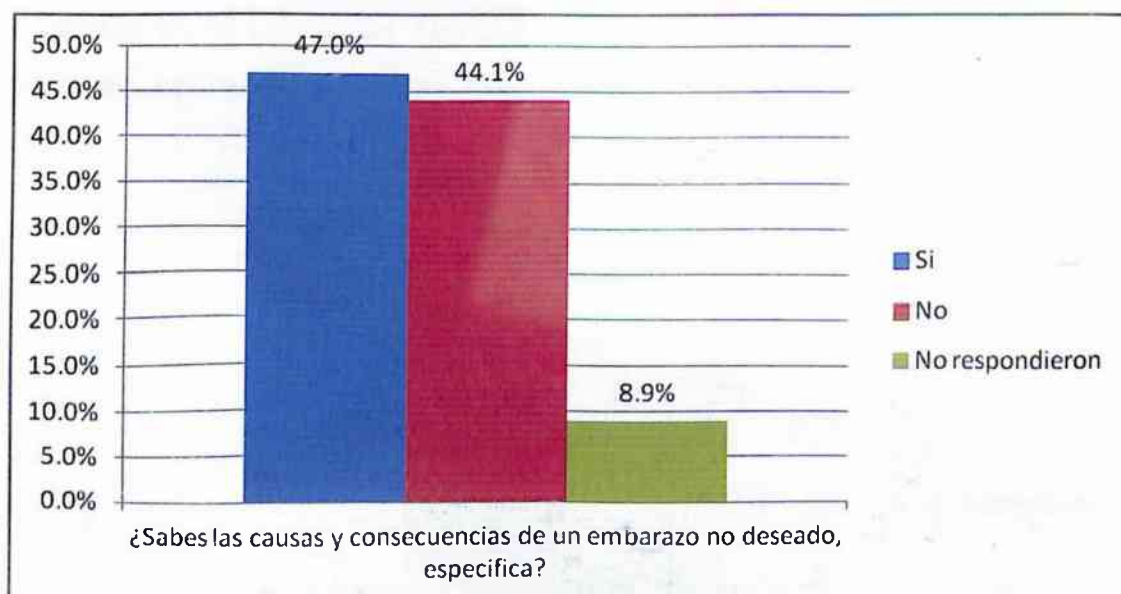
Cuadro 11. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Sabes las causas y consecuencias de un embarazo no deseado, especifica?

¿Sabes las causas y consecuencias de un embarazo no deseado, especifica?	Frecuencia	%
Si	95	47.0
No	89	44.1
No respondieron	18	8.9
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 47.0 por ciento de los adolescentes si sabían las causas y consecuencias de un embarazo no deseado, el 44.1 por ciento no sabían y el 8.9 por ciento no respondieron.

Gráfico 11. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Sabes las causas y consecuencias de un embarazo no deseado, especifica?



Fuente: Cuadro 11.

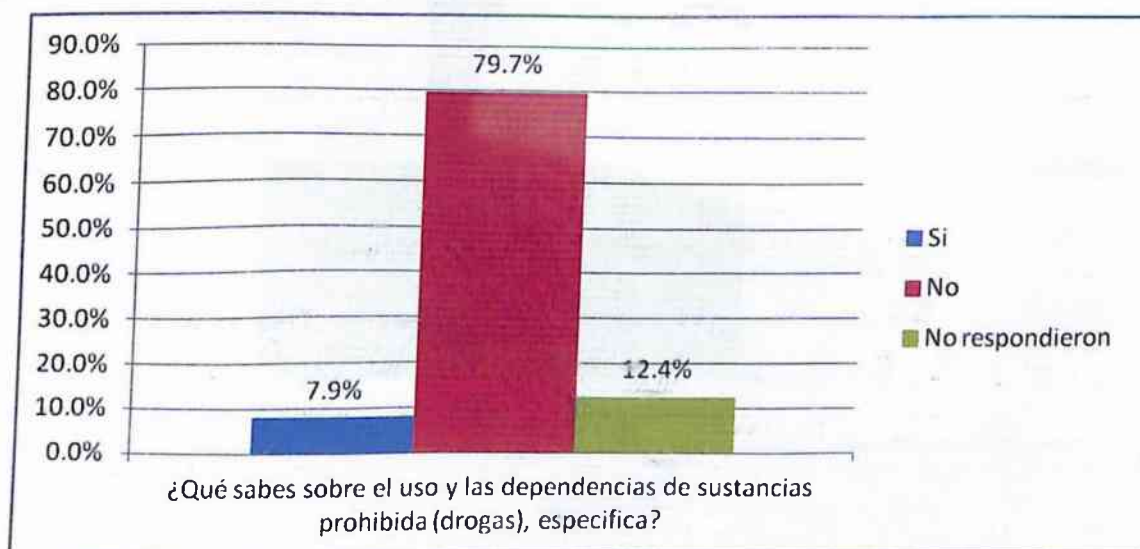
Cuadro 12. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Qué sabes sobre el uso y las dependencias de sustancias prohibida (drogas), específica?

¿Qué sabes sobre el uso y las dependencias de sustancias prohibida (drogas), específica?	Frecuencia	%
Si	16	7.9
No	161	79.7
No respondieron	25	12.4
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 7.9 por ciento de los adolescentes si sabían sobre el uso y las dependencias de sustancias prohibida (drogas), el 79.7 por ciento no sabían y el 12.4 por ciento no respondieron.

Gráfico 12. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Qué sabes sobre el uso y las dependencias de sustancias prohibida (drogas), específica?



Fuente: Cuadro 12.

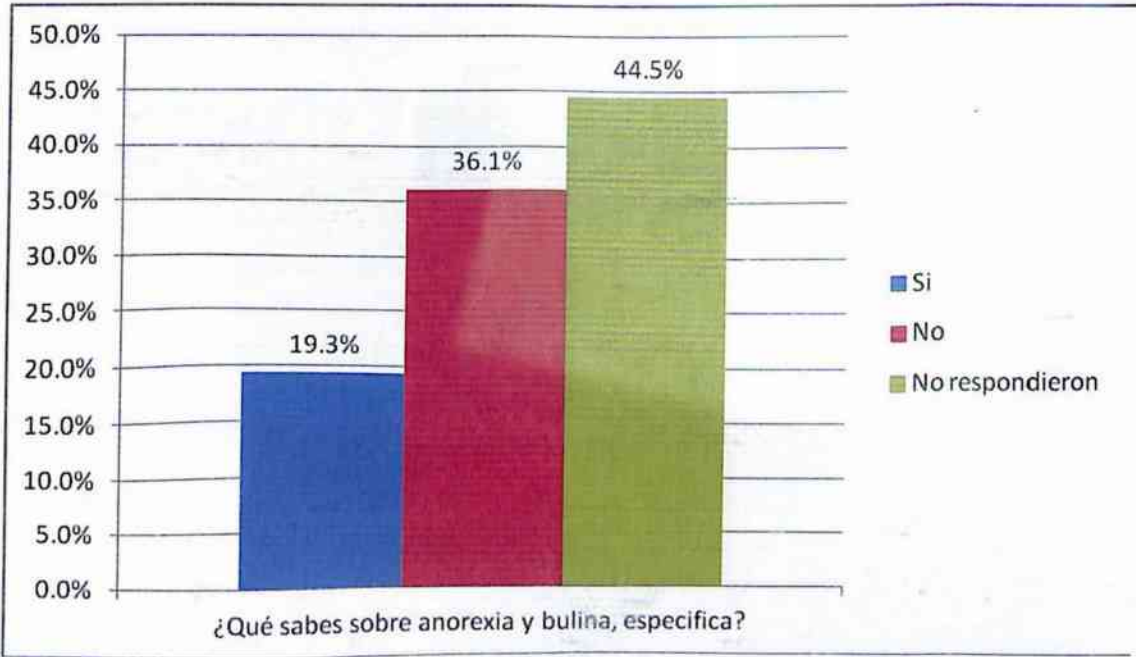
Cuadro 13. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Qué sabes sobre anorexia y bulina, especifica?

¿Qué sabes sobre anorexia y bulina, especifica?	Frecuencia	%
Si	39	19.3
No	73	36.1
No respondieron	90	44.5
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 19.3 por ciento de los adolescentes si sabían sobre anorexia y bulina, el 36.1 por ciento no sabían y el 44.5 por ciento no respondieron.

Gráfico 13. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Qué sabes sobre anorexia y bulina, especifica?



Fuente: Cuadro 13.

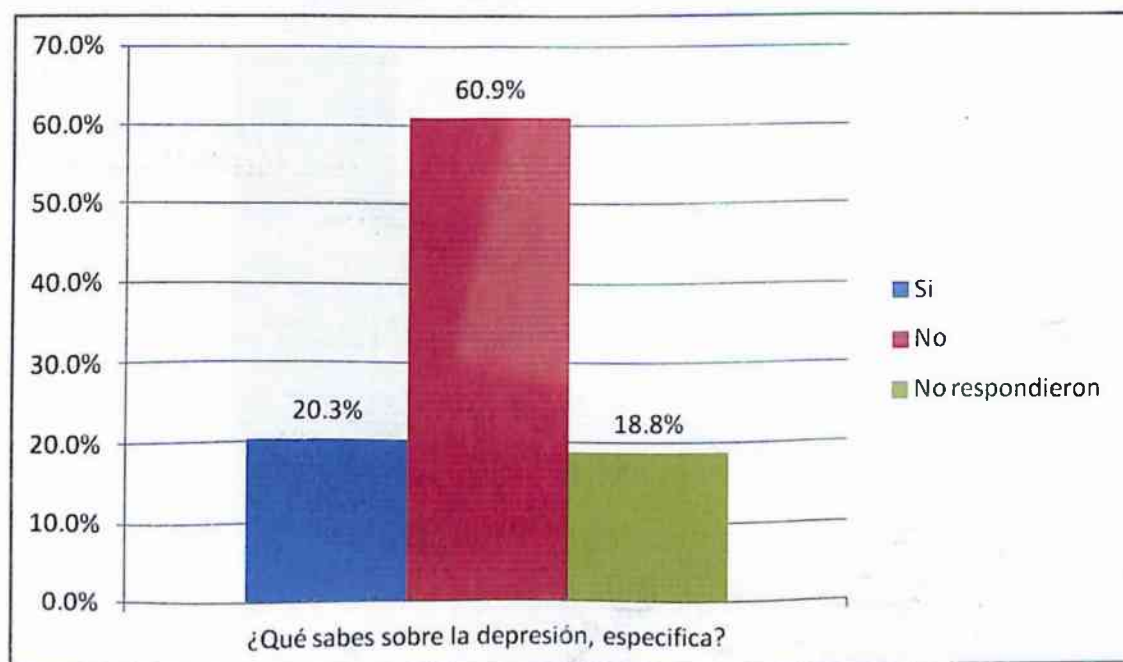
Cuadro 14. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Qué sabes sobre la depresión, específica?

¿Qué sabes sobre la depresión, específica?	Frecuencia	%
Si	41	20.3
No	123	60.9
No respondieron	38	18.8
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 20.3 por ciento de los adolescentes si sabían sobre la depresión, el 60.9 por ciento no sabían y el 18.8 por ciento no respondieron.

Gráfico 14. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Qué sabes sobre la depresión, específica?



Fuente: Cuadro 14.

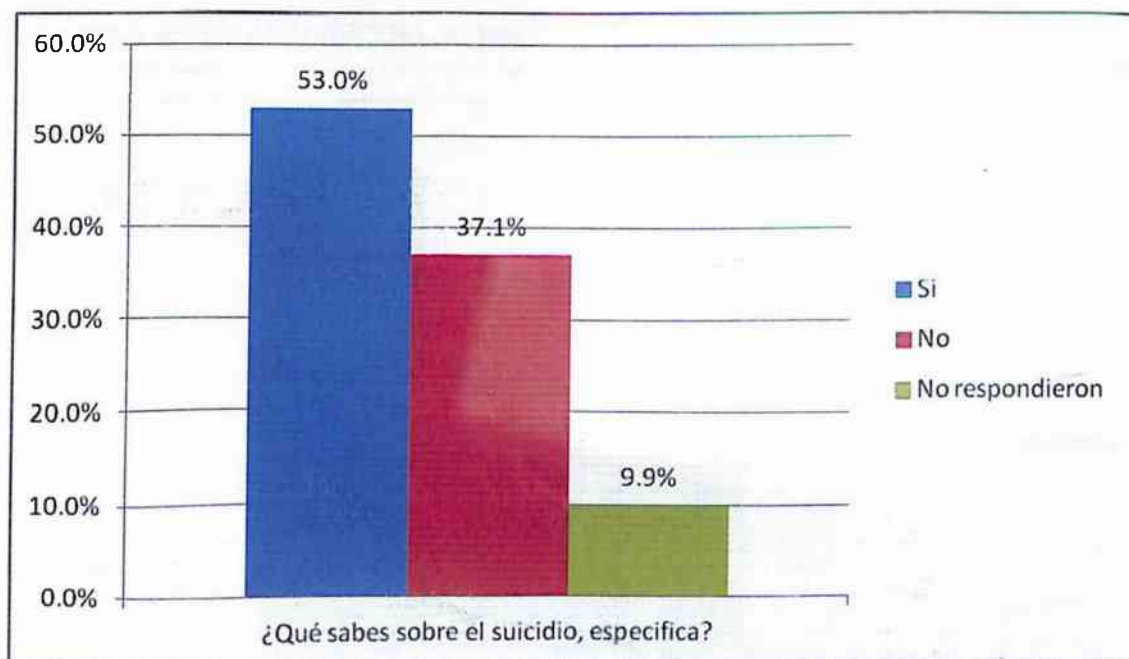
Cuadro 15. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Qué sabes sobre el suicidio, especifica?

¿Qué sabes sobre el suicidio, especifica?	Frecuencia	%
Si	107	53.0
No	75	37.1
No respondieron	20	9.9
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 53.0 por ciento de los adolescentes si sabían sobre el suicidio, el 37.1 por ciento no sabían y el 9.9 por ciento no respondieron.

Gráfico 15. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Qué sabes sobre el suicidio, especifica?



Fuente: Cuadro 15.

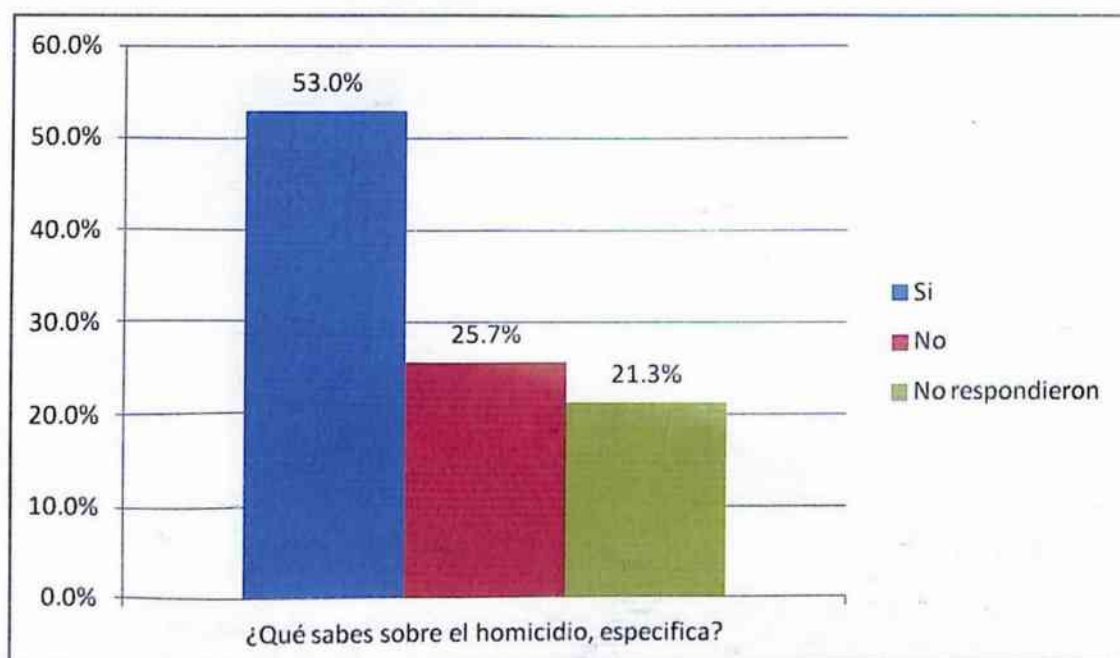
Cuadro 16. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Qué sabes sobre el homicidio, especifica?

¿Qué sabes sobre el homicidio, especifica?	Frecuencia	%
Si	107	53.0
No	52	25.7
No respondieron	43	21.3
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 53.0 por ciento de los adolescentes si sabían sobre el homicidio, el 25.7 por ciento no sabían y el 21.3 por ciento no respondieron.

Gráfico 16. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Qué sabes sobre el homicidio, especifica?



Fuente: Cuadro 16.

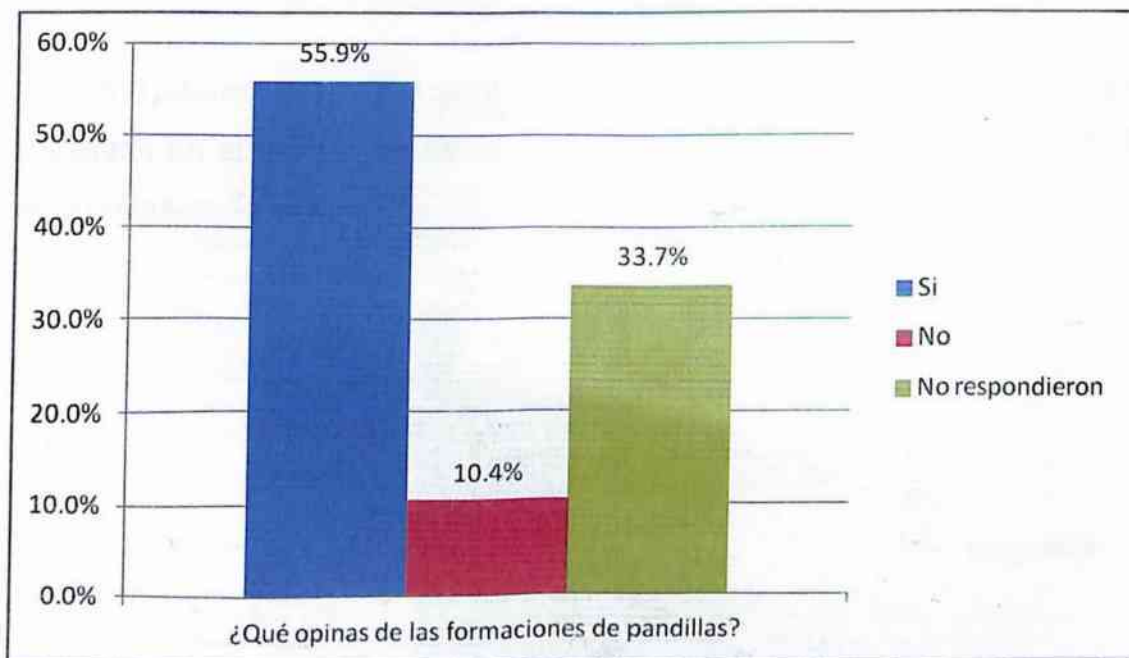
Cuadro 17. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Qué opinas de las formaciones de pandillas?

¿Qué opinas de las formaciones de padillas?	Frecuencia	%
Si	113	55.9
No	21	10.4
No respondieron	68	33.7
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 55.9 por ciento de los adolescentes si opinaron de las formaciones de padillas, el 10.4 por ciento no sabían y el 33.7 por ciento no respondieron.

Gráfico 17. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Qué opinas de las formaciones de pandillas?



Fuente: Cuadro 17.

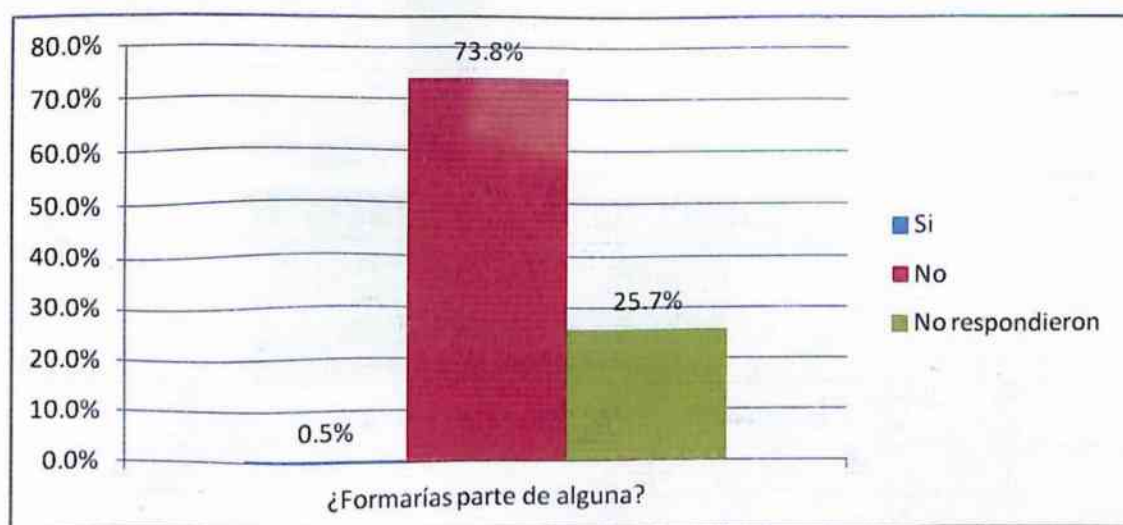
Cuadro 18. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Formarías parte de alguna?

¿Formarías parte de alguna?	Frecuencia	%
Pertenecía	1	0.5
No	149	73.8
No respondieron	52	25.7
Total	202	100.0
¿Por Qué?		
❖ Miedo y maltrato	❖ Hacen cosas negativas,	
❖ Soy cristiano	❖ Son delincuentes	
❖ Esta contra la ley	❖ Es muy peligroso	
❖ Son malas	❖ No me llama la atención	

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 0.5 por ciento de los adolescentes pertenecía a una pandilla, el 73.8 por no formarían parte de alguna y el 25.7 por ciento no respondieron.

Gráfico 18. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Formarías parte de alguna?



Fuente: Cuadro 18.

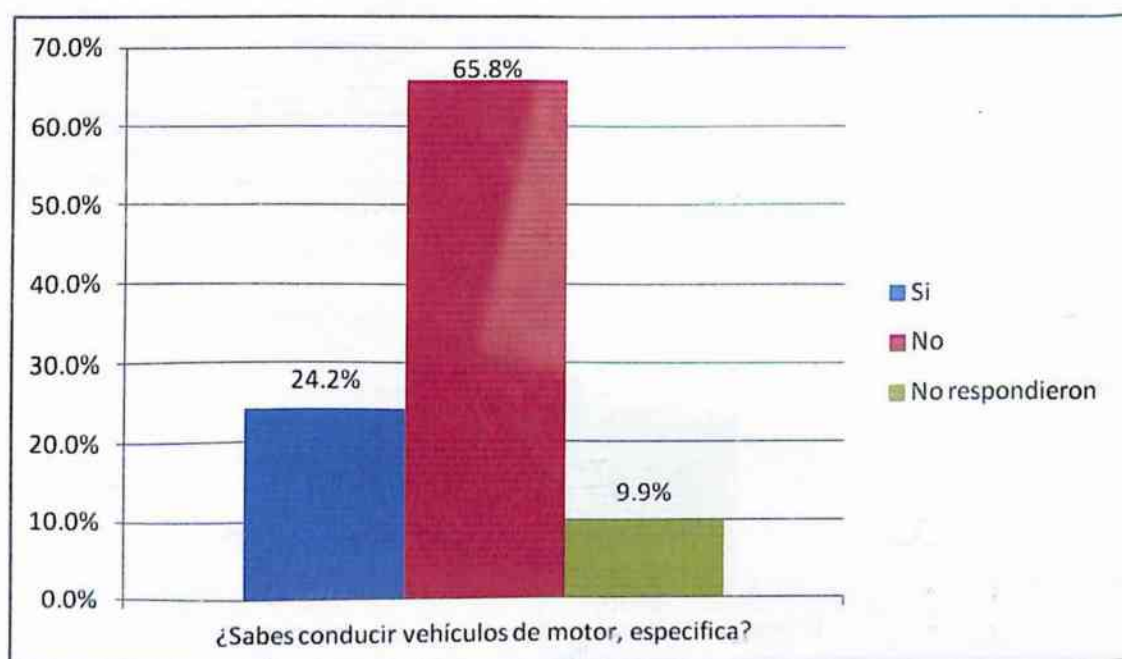
Cuadro 19. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Sabes conducir vehículos de motor, específica?

¿Sabes conducir vehículos de motor, específica?	Frecuencia	%
Si	49	24.2
No	133	65.8
No respondieron	20	9.9
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 24.2 por ciento de los adolescentes si sabían conducir vehículos de motor, el 65.8 por ciento sabían y el 9.9 por ciento no respondieron.

Gráfico 19. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Sabes conducir vehículos de motor, específica?



Fuente: Cuadro 19.

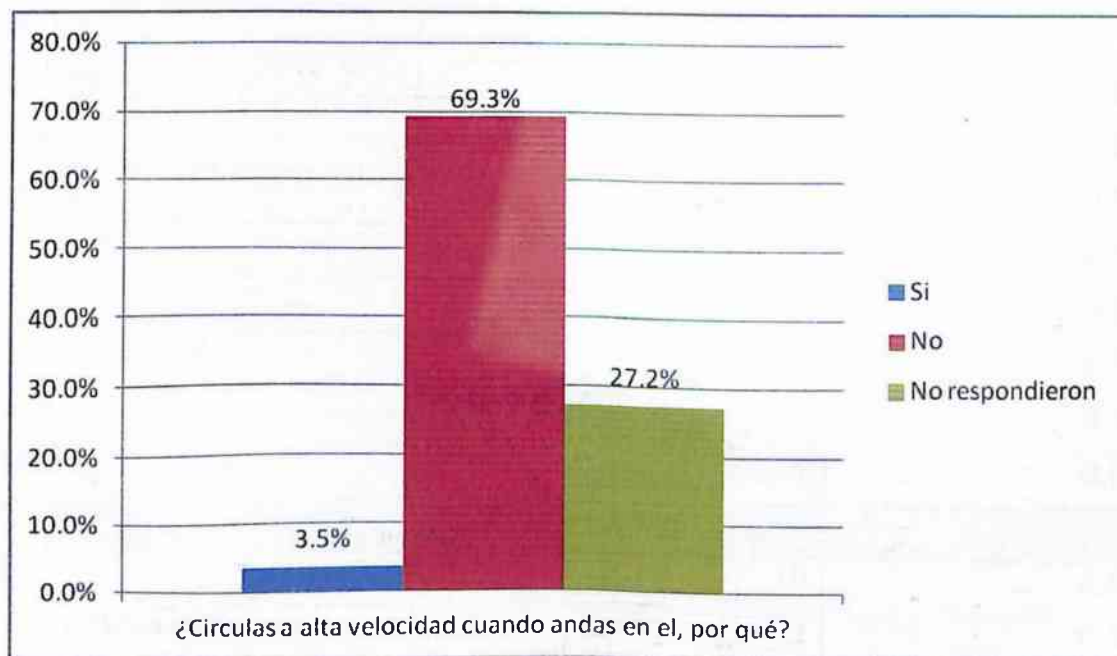
Cuadro 20. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Circulas a alta velocidad cuando andas en el, por qué?

¿Circulas a alta velocidad cuando andas en el, por qué?	Frecuencia	%
Si	7	3.5
No	140	69.3
No respondieron	55	27.2
Total	202	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 3.5 por ciento de los adolescentes si sabían circulaban a alta velocidad cuando andaban en él vehículo, el 69.3 por ciento no y el 27.2 por ciento no respondieron.

Gráfico 20. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Circulas a alta velocidad cuando andas en el, por qué?



Fuente: Cuadro 20.

Cuadro 21. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Cuáles son tu expectativa en la vida, específica?

¿Cuáles son tu expectativa en la vida, específica?	Frecuencia	%
Si	170	84.1
No	5	2.5
No respondieron	27	13.4
Total	202	100.0
Expectativas		
❖ Continuar los estudios		❖ Ayudar a los padres
❖ Ser profesional		❖ Ser de bien en la juventud
Entre las distintas expectativas están		
Expectativas	Frecuencia	%
Medicina	24	11.9
Enfermera	4	1.9
Derecho	3	1.5
Administración de empresa	2	0.9
Agricultura	2	0.9
Diseñadora	2	0.9
Maestra	2	0.9
Odontóloga	1	0.5
Contabilidad	1	0.5
Veterinaria	1	0.5
Ingeniero industrial	1	0.5
Bioanálisis	1	0.5
Ingeniero en sistema	1	0.5
Otras expectativa		
Pelotero	10	4.9
Artista (cantante urbano)	1	0.5
Locutor	1	0.5

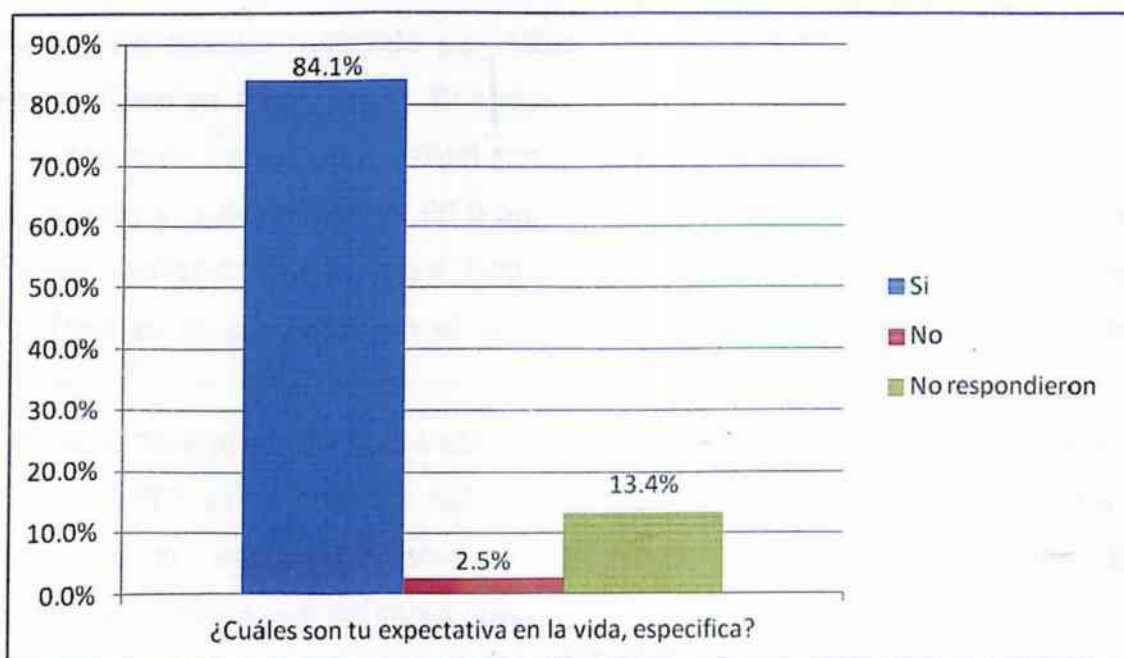
Fuente: Archivo centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015.

El 84.1 por ciento de los adolescentes si especificaron cuáles eran sus expectativas en la vida, el 2.5 por ciento no y el 13.4 por ciento no respondieron.

El 11.9 por ciento de los adolescentes en sus expectativas mostraron que querían estudiar medicina, el 1.9 por ciento enfermería, el 1.5 por ciento derecho, el 0.9 por ciento administración de empresa, agricultora, diseñadora, maestra y el 0.5 por ciento odontóloga, contabilidad, veterinaria, ingeniero industrial, Bioanálisis e ingeniero en sistema.

En otras expectativa el 4.9 por ciento de los adolescentes querían ser pelotero y el 0.5 por ciento artista (cantante urbano) y locutor.

Gráfico 21. Determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta de riesgo en los adolescentes en el Centro de Atención Primaria Villa Mella, junio-julio 2015. Según ¿Cuáles son tu expectativa en la vida, especifica?



Fuente: Cuadro 21.

IX. DISCUSIÓN.

En el presente estudio el rango de edad más frecuente fue de 14-16 años para un 40.6 por ciento; en un estudio realizado por Idania Castro Abreu, en el Policlínico Docente Pedro Fonseca, Cuba, en el año 2010, tenían de 13-14 años con un 64.5 por ciento.

Según el sexo, el 68.3 por ciento correspondió al femenino; en un estudio realizado por Idania Castro Abreu, en el Policlínico Docente Pedro Fonseca, Cuba, en el año 2010, el masculino predominó más con un 74.1 por ciento.

En cuanto a las consecuencias del inicio temprano de tener relaciones sexuales, el 80.7 por ciento dijo que sabe sobre las consecuencias; en un estudio realizado por un Myriam Lucrecia Medina, *et al*, en la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina, en el año 2014, el 59.0 por ciento también sabe sobre las consecuencias.

El 91.6 por ciento de los pacientes sabían sobre enfermedades de transmisión sexual; en un estudio realizado por Alicia Patricia Gómez Marín, en el Institución Educativa Técnica Perú BIRF, Ecuador, en el año 2013, también sabían sobre enfermedades de transmisión sexual con un 99.6 por ciento.

En relación a la depresión, el 60.9 por ciento no presentó signos de depresión; en un estudio realizado por Mairovis Arias Gutiérrez, *et al*, en el Policlínico Docente Rafael Pantoja Ruiz, Cuba, en el año 2009, el 83.3 por ciento no presentaban depresión.

Con respecto a si sabes sobre el uso y las dependencias de sustancias prohibida (drogas), el 79.7 por ciento no sabe; en un estudio realizado por Edgar Navarro Lechuga, *et al*, en la Universidad del Norte, Colombia, en el año 2005, fue un 98.8 por ciento que no sabía sobre el uso de droga.

X. CONCLUSIONES.

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. El 40.6 por ciento de los adolescentes tenían de 14-16 años de edad.
2. El 68.3 por ciento de los adolescentes eran de sexo femenino.
3. El 90.6 por ciento de los adolescentes eran solteros.
4. El 57.9 por ciento de los adolescentes eran de la secundaria.
5. El 69.8 por ciento de los adolescentes en composición familiar mostraron ambos padre.
6. El 67.3 por ciento de los adolescentes sobre la conducta de riesgo sabían algo.
7. El 24.2 por ciento de los adolescentes si sabían cuales conductas eran consideradas de riesgo.
8. El 20.8 por ciento de los adolescentes si sabían la diferencia sobre el uso y el abuso del alcohol.
9. El 80.7 por ciento de los adolescentes si sabían las consecuencias del inicio temprano de tener relaciones sexuales.
10. El 91.6 por ciento de los adolescentes si sabían sobre enfermedades de transmisión sexual.
11. El 47.0 por ciento de los adolescentes si sabían las causas y consecuencias de un embarazo no deseado.
12. El 7.9 por ciento de los adolescentes si sabían sobre el uso y las dependencias de sustancias prohibida (drogas).
13. El 19.3 por ciento de los adolescentes si sabían sobre anorexia y bulina.
14. El 20.3 por ciento de los adolescentes si sabían sobre la depresión.
15. El 53.0 por ciento de los adolescentes si sabían sobre el suicidio.
16. El 53.0 por ciento de los adolescentes si sabían sobre el homicidio.
17. El 55.9 por ciento de los adolescentes si opinaron de las formaciones de padillas.
18. El 0.5 por ciento de los adolescentes pertenecía a una pandilla.
19. El 24.2 por ciento de los adolescentes si sabían conducir vehículos de motor.

20.El 3.5 por ciento de los adolescentes si sabían circulaban a alta velocidad cuando andaban en él vehículo.

21.El 84.1 por ciento de los adolescentes si especificaron cuáles eran sus expectativas en la vida, el 11.9 por ciento de los adolescentes en sus expectativas mostraron que querían estudiar medicina y en otras expectativas el 4.9 por ciento de los adolescentes querían ser pelotero.

XI. RECOMENDACIONES.

Luego de haber discutido, analizado y concluido los resultados procedemos a recomendar:

1. Ayuda continua a los padres para que brinden una buena crianza a sus hijos para que tengan pendiente la moral, valores y educación consigo durante la vida.
2. Los profesionales de salud que brindan la atención prenatal tomen en cuenta las conclusiones del presente estudio, a fin de continuar mejorando las estrategias, en la atención que se brinda a la gestante a nivel informativo, de orientación y consejería, teniendo en cuenta la participación de la pareja y/o padres como arma importantísima para el abordaje en los conocimientos, cuidados y toma de conciencia de esta problemática.
3. Dar una información clara, sencilla y completa en temas de Salud Reproductiva y Planificación Familiar en forma gradual acorde a las necesidades encontradas en este grupo humano.
4. Asegurarse de que la información brindada haya sido entendida en su totalidad.
5. Hacer una evaluación previa a los adolescentes antes de dar información sobre sexualidad humana para poder reforzar sus conocimientos y aclarar dudas.
6. Crear conciencia a nivel de las autoridades del sector educativo y del sector salud, en la sensibilización y capacitación a los profesores y padres de familia sobre la prevención en la etapa prenatal.

XII. REFERENCIAS.

1. Estevez, E. and Emler, N. P. Assessing the links among adolescent and youth offender, antisocial behavior, victimization, drug use, and gender. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (2011). 11(2), 269-289
2. Cava, M. J., Murgui, S. y Musitu, G. Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, (2008). 20 (3), 389-395
3. Farrington, D. Childhood origins of the antisocial behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, (2005). 12, 177-190
4. United Nations Children's Fund. The State of the World's Children 2011. Adolescence: and Age of Opportunity. 2011 New York: UNICEF. Disponible en http://www.unicef.org/publications/index_57468.html (acceso: 10/08/2011).
5. Florenzano R. El Adolescente y sus conductas de Riesgo. 3ª ed. Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile; 2005.
6. Barber B, Schluterman J. Connectedness in the lives of children and adolescents: a call for greater conceptual clarity. *J Adolesc Health* 2008; 43(3): 209-216.
7. Breinbauer C, Maddaleno M. El modelo "Jóvenes: opciones y cambios" y su aplicación en el diseño de intervenciones eficaces para los adolescentes. En: Organización Panamericana de la Salud. Jóvenes: Opciones y Cambios. Promoción de Conductas Saludables en los Adolescentes. Washington DC: OPS; 2008. p. 33-38.
8. Ministerio de Salud (Chile); Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud; Centros para Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta. Encuesta Mundial de Salud Escolar 2004 y 2005. Santiago, Chile: MINSAL; 2007 abr. Disponible en: [http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/EMSE/INFORME EMSE 2004-2005 final.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/EMSE/INFORME_EMSE_2004-2005_final.pdf) .
9. Florenzano R, Valdes M, Caceres E, Casassus M, Sandoval A, Santander S, et al. Percepción de la relación parental entre adolescentes mayores y menores de 15 años. *Rev Chil Pediatr* 2009; 80(6): 520-527.

10. World Health Organization. Helping parents in developing countries improve adolescents' health. 2007; Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595841_eng.pdf (acceso: 10/01/2012).
11. Santander S, Zubarew T, Santelices L. Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *RevMedChil* 2008; 136: 317-324.
12. Organización Panamericana de la Salud. Familias Fuertes: Programa Familiar para Prevenir Conductas de Riesgo en Jóvenes. Guía para el Facilitador. Washington DC: OPS; 2006.
13. Sanders M. Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *J Fam Psychol.* 2008; 22(4): 506-517.
14. Semeniuk Y, Brown R. L, Riesch S. K, Zywicki M, Hopper J, Henriques J. B. The Strengthening Families Program 10-14: influence on parent and youth problem-solving skills. *J. Psych. and Mental Health Nursing* 2009; 17: 392-402.
15. Kane GA, Wood VA, Barlow J. Parenting programs: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Child Care Health Dev.* 2007; 11; 33(6): 784-793.
16. Spoth R, Randall K, Trudeau L, Shin Ch, Redmond C. Substance use outcomes 5½ years past baseline for partnership-based, family-school preventive interventions. *Drug Alcohol Depend.* 2008 jul.; 96 (1-2): 57-68.
17. Huitrón-Bravo, Gerardo, Denova-Gutiérrez, Edgar, Halley-Castillo, Elizabeth, Santander-Rigollet, Sylvia, Bórquez-Puga, Mariana, Zapata-Pérez, Luis, Huinca, Bernardo, Zubarew, Tamara G., & Villarroel-del-Pino, Luis. (2011). Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: un estudio comparativo. *Papeles de población*, 17(70), 33-47, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000400003&lng=es&tlng=es
18. Silva-Fhon et al. Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. *Volume 11, Issue 4, October–December 2014, Pages 139–144*

19. María Jesús Espárraga García. Máster en Salud Mental 2010-2011. Universidad de Almería/ Universitat Rovira Virgili <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/1094/2/PDF.pdf>
20. Martínez M. Mirando al Futuro: Desafíos y Oportunidades Para el Desarrollo de los Adolescentes en Chile. *Psykhé* 2007; 16(1): 3-14.
21. Cid-Monckton P, Pedrao L. Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19: 738-745.
22. Petrie H, Bunn F, Byrne G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review. *Health Educ. Res.* 2006, Jul 20; 22(2): 177-191.
23. Velleman RD, Templeton LJ, Copello AG. The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug Alcohol Rev.* 2005; 24(2): 93-109.
24. Aseltine R, Doucet J, Schilling E. Explaining the Association between Family Structure and Early Intercourse in Middle Class Adolescents. *Adolescent and Family Health* 2010; 4(4): 155-170.
25. Bares C, Delva J, Grogan-Kaylor A, Andrade F. Family and parenting characteristics associated with marijuana use by Chilean adolescents. *Subst Abuse Rehabil.* 2011; 3(2): 1-11.
26. Deptula D, Henry D, Schoeny M. How can parents make a difference? Longitudinal associations with adolescent sexual behavior. *J Fam Psychol.* 2010 Dec; 24(6): 731-9.
27. Horner P, Grogan-Kaylor A, Delva J, Bares CB, Andrade F, Castillo M. The Association of Family and Peer Factors with Tobacco, Alcohol, and Marijuana Use Among Chilean adolescents in Neighborhood Context. *Subst Abuse Rehabil.* 2011 Sep; 2(1): 163-172.
28. Waley –Wong. *Enfermería Pediátrica*. 4ta ed. editorial. España. Mosby Doyma libros. PPS. 335-380.

29. Alino M, Lopez J, Navarro R. Adolescencia: Aspectos generales y atención a la salud. RevCubMed Gen Integr. 2006; 22(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252006000100009&script=sci> (acceso: 1/02/2012).
30. Ministerio de Salud (Chile). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (Borrador). 2012 Santiago, Chile: MINSAL; 2012 feb. Disponible en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b7c3deca300d7890e0400101640129e5.pdf> (acceso: 10/02/2012).
31. Thomas RE, Baker PRA, Lorenzetti D. Family-based programs for preventing smoking by children and adolescents Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253511> (acceso: 8/12/2011).
32. Randolph K. Framework for Engaging Parents in Prevention. J. Fam. Social Work. 2009; 12: 56-72.
33. Tobler A, Komro K. Trajectories of Parental Monitoring and Communication and Effects on Drug Use Among Urban Young Adolescents. J. Adolesc. Health. 2010; 46(6): 560-568
34. Juventud y Desarrollo. San Salvador: Cumbres Iberoamericanas XVIII, 2008. Disponible en <http://segib.org/cumbres/xviii-san-salvador-el-salvador-octubre-2008/> (acceso: 20/05/2011).
35. Damianovic N. Instituto Nacional de Estadísticas. Población y Sociedad, Aspectos Demográficos 2008. Disponible en http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/poblacion_sociedad_enero09.pdf
36. Saad P, Miller T, Martínez C, Holz M. Juventud y bono demográfico en Iberoamérica. CEPAL-CELADE / OIJ. 2008 Disponible en ftp://www.eclac.cl/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/37142/OIJ-CELADEBono_dem.pdf
37. Encuesta Caracterización socioeconómica Nacional, demografía 2009. Gobierno de Chile. Disponible en <http://www.mideplan.gob.cl/casen/Estadisticas/demografia.html>

38. Ministerio de Salud (Chile); Encuesta nacional de salud 2009-2010. Santiago, Chile: MINSAL; 2010. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/99bbf09a908d3eb8e04001011f014b49.pdf>
39. Krauskopf D. Las conductas de riesgo en la fase juvenil. www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro37/libro37
40. Orientaciones Técnicas. Atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental, Dirigida a los equipos de atención primaria de salud. Ministerio de salud de Chile, Subsecretaria de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Salud Mental, Programa de Salud del Adolescente y Joven. 2009.
41. Kranzler J, Briley R, Diamond F, Watson M. Is short stature a handicap? A comparison of the psychosocial functioning of referred and no referred children with normal short stature and children with normal stature. *The Journal of Pediatrics*, 1999; 136: 96-101.
42. Laitinen-Krispijn S, Van der Ende J, Hazebroek_Kampschreur A, Verhulst F. Pubertal maturation and the development of behavioral and emotional problems in early adolescence. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 16-25. 21. Steinberg L, A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk- Taking, *Dev Rev*, 2008 March; 28 (1): 78-106
43. L Steinberg. A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk - Taking, *Dev Rev*, 28 (1) (2008), pp. 78–106 March
44. Centro Nacional de equidad de género y salud reproductiva. Trastornos alimenticios. México (2004).
45. Freyre. E. La sexualidad del adolescente y problemas asociados. Perú (2004).
46. Garaigordobil, M. (Conductas antisociales durante la adolescencia: correlatos socio-emocionales, predictores y diferencia de género. España. 2005).
47. Moreno, D. Deserción escolar. Guatemala. (2005).
48. Moya, J. La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. Perú. (2007).

49. Payá, B., et al. Consumo de sustancias. Factores de riesgo y factores protectores. España. (2005).
50. Renault Conductas de riesgo. Argentina. (2011).
- 51.) Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes. Paho.org. [en línea] disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf>
- 52.) Educación en sexualidad para jóvenes y adultos. Ana Bendezú G, y colaboradores. Asociación Perú-mujer. Ministerio de educación. 2002. PPS 82-27.
53. OPS. Manual de medicina de la adolescencia. 1992 PPS 15- 17.
54. Estado Del Arte Sobre Comportamiento Sexual Adolescente. Revista Electrónica del Instituto Psicología y Desarrollo. [En línea] [10/06/09]. 29(11). Disponible en: http://www.ipside.org/dispersion/2005-6/6_tarazona.pdf
55. Chú, Magdalena. Sexualidad y Embarazos en Adolescentes. 3 Ed. México. 2002. PPS. 31-39.
56. Diccionario de Pedagogía. Enseñanza en la Ciencias de la Vida, s/e, 1989. Pág. 56.
57. Mario Bunge. La Ciencia, su método y filosofía. Buenos Aires. Editorial Siglo XX, 1988. Pág. 35.
58. Augusto Salazar. El punto de vista filosófico. Ediciones El Alce. Lima - Perú, 1988. Pág. 308.
59. Coe, Gloria "Comunicación para la Salud"
60. Alva Díaz, Martín "Promocionando la Salud" 1ra edición, Perú: Editorial Impresiones S.A, 2005 pág. 15

XIII. ANEXOS

XIII.1. Cronograma

Actividades	Tiempo 2015
Selección del tema	Mayo
Búsqueda de referencias	2015 Mayo
Elaboración del anteproyecto	2015 Junio
Sometimiento y aprobación	
Recolección de la información	Junio
Tabulación y análisis de la información	
Redacción del informe	Junio-Agosto
Revisión del informe	Agosto
Encuadernación	2015 Septiembre
Presentación	2015 Septiembre

XIII.2. Instrumento de recolección de datos

DETERMINAR EL NIVEL CONOCIMIENTO SOBRE LA CONDUCTA DE RIESGO
EN LOS ADOLESCENTES DEL SECTOR DE VILLA MELLA, JUNIO-JULIO 2015

Formulario _____

1. Nombre: _____

2. Edad: _____

3. Sexo: Masculino ____ Femenino ____

4. Escolaridad : Analfabeto__ Primario____ Secundario____

Técnico__ Bachillerato____ Universitario____

5. Estado civil: Casado__ Soltero__ Unión libre____

6. Conducta de riesgo: Juegos____ Drogas____ Alcoholismo____

Accidentes____ Infecciones de transmisión sexual____

7. Composición socio-familiar: Madre____ Padre____ Hermanos

Tíos____ Abuelos

XIII.3. Costos y recursos

XIII.3.1. Humanos				
<ul style="list-style-type: none"> • Un sustentante • Dos asesores • Un estadígrafo • Un Digitador 				
XIII.3.2. Equipos y materiales		Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)		3- resmas	153.00	459.00
Papel Mistique		3- resmas	180.00	540.00
Lápices		1- docena	3.00	36.00
Borras		6- unidades	4.00	24.00
Bolígrafos		1-docena	10.00	120.00
Sacapuntas		6- unidades	3.00	18.00
Computador Hardware:				
Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52				
Impresora HP 932c				
Scanner: Microteck 3700				
Software:				
Microsoft Windows XP				
Microsoft Office XP				
MSN internet service				
Omnipage Pro 10				
Dragon Naturally Speaking				
Easy CD Creator 2.0				
Presentación:				
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector				
Cartuchos HP 45 A y 78 D		2 unidades	600.00	1,200.00
Calculadoras		2 unidades	75.00	150.00
XIII.3.3. Información				
Adquisición de libros				
Revistas				
Otros documentos				
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)				
XIII.3.4. Económicos				
Papelería(copias)		1200 copias	00.50	600.00
Encuadernación		12 informes	150.00	1,800.00
Alimentación				1,200.00
Transporte				5,000.00
Imprevistos				2,000.00
Total				\$13,147.00

* Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por los investigadores.

XIII.4. Evaluación.

Sustentante:

Dr. Alexy Virgilio Alcántara Mejía
Dr. Alexy Virgilio Alcántara Mejía

Asesores:

[Signature]
Dra. Claridania Rodríguez

Jurado:

Dra. Idalys Rey R [Signature]
Juan A. Meléndez

Autoridades:

[Signature]
Dra. Lucina Llaugel
Coordinadora de la Residencia de
Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital
Dr. Luis Eduardo Aybar

[Signature]
Dr. Edisson R. Feliz Felíz
Jefe de Enseñanza Hospital
Dr. Luis Eduardo Aybar

Dr. José Asilis Zaiter

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud. UNPHU

Fecha de presentación: 19/ago/2015
Calificación: 95

