

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS
CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES DEL 5TO AÑO DE
SECUNDARIA DE LA I.E. OLLANTAY 6038, SAN JUAN DE MIRAFLORES
2018**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR: SARA SHIRLEY CLARA LEON

ASESOR: Mg. NATHALIE BARISSA CASAS HINOSTROZA

**LIMA, PERÚ
AÑO, 2018**

INDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
	Pag.

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPITULO I PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1	Descripción de la Realidad Problemática.....	2
1.2	Delimitación de la investigación.....	5
1.3	Formulación del Problema	6
1.3.1	Problema principal	
1.3.2	Problemas secundarios	
1.4	Objetivos de la investigación.....	6
1.4.1	Objetivo general	
1.4.2	Objetivos específicos	
1.5	Hipótesis.....	6
1.5.1	Hipótesis general	
1.5.2	Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	
1.6	Diseño de la Investigación.....	7
1.6.1	Tipo de investigación	
1.6.2	Nivel de la investigación	
1.6.3	Método	
1.7	Población y muestra.....	8
1.7.1	Población	
1.8	Técnicas e instrumentos.....	8
1.8.1	Técnicas	
1.8.2	Instrumentos	
1.9	Justificación.....	9

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1	Fundamentos teóricos de la Investigación	
2.1.1	Antecedentes.....	10
2.1.2	Bases teóricas.....	16
2.1.3	Definición de términos.....	26

CAPITULO III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

3.1	Presentación de resultados.....	27
3.2	Interpretación, análisis y discusión de resultados.....	34

CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1	Conclusiones.....	36
4.2	Recomendaciones.....	37

FUENTES DE INFORMACION

ANEXOS

Matriz de consistencia

Instrumentos de recolección de datos

Juicio de expertos

Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio

A mis padres por ser mi mayor motivo para seguir adelante en lo que me apasiona y a mi persona favorita por su apoyo incondicional.

A mi familia por siempre apoyarme en mis decisiones, y a mi asesora por estar apoyándome para no rendirme en el transcurso de la tesis.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo**: determinar las conductas de riesgo en adolescentes del 5to grado de secundaria de la I.E Ollantay 6038. Lima 2018

Material y métodos. Es una investigación de tipo descriptivo, prospectivo y de corte trasversal. Con una población de 130 alumnos del 5to grado de secundaria, Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta, como instrumento el cuestionario, dividido en tres partes primero en datos generales, segundo en conductas alimentarias de riesgo y tercero en conductas sexuales de riesgo. Luego la información se procesó mediante el programa SPSS 22.

Resultados: De los 130 adolescentes encuestados pertenecen a las edades de 15 a 19 años, el 46,9% se encuentran en la edad de 16 años. El 50% de los adolescentes tienen riesgo de bulimia, un 36,9 % tienen riesgo de anorexia. El 47,7% iniciaron su vida sexual, de los cuales el 28,5% de los adolescentes iniciaron su relación sexual a la edad de 15-19 años. De los que han tenido relaciones sexuales el 58,1% de estos adolescentes tienen riesgo de práctica sexual sin protección. El 78,0% tienen de 1-2 parejas sexuales en los últimos 6 meses. En cuanto a las conductas nocivas El 16,9% de adolescentes fuman, el 55,4% de adolescentes consumieron bebidas alcohólicas y 15,4% adolescentes consumen droga.

Conclusiones: el 53,1 % de los adolescentes tienen conducta de riesgo alimentario, el 46,2% tienen conducta sexual de riesgo, en cuanto a las conductas alimentarias de riesgo el 50% tiene riesgo de bulimia y en las conductas sexuales de riesgo el 47,7% iniciaron su vida sexual, de los cuales el 58,1% tienen práctica sexual sin protección, y un 55,4% de los adolescentes ya han ingerido bebidas alcohólicas.

Palabras clave: adolescentes, conductas de riesgo, sexual y alimentario.

ABSTRACT

The present study was designed with the objective: to determine the risk behaviors in adolescents of the 5th grade of secondary of the I.E Ollantay 6038. Lima 2018.

Material and methods. It is a descriptive, prospective and cross-sectional investigation. With a population of 130 students in the 5th grade of secondary school, for the data collection was used as a survey technique, as an instrument the questionnaire, divided into three parts first in general data, second in risky eating behaviors and third in sexual behaviors of risk. Then the information was processed through the SPSS 22 program.

Results: Of the 130 adolescents surveyed belong to the ages of 15 to 19 years, 46.9% are in the age of 16 years. 50% of adolescents are at risk of bulimia, 36.9% are at risk of anorexia. 47.7% began their sexual life, of which 28.5% of adolescents began their sexual relationship at the age of 15-19 years. Of those who have had sex 58, 1% of these adolescents are at risk of unprotected sexual practice. 78.0% have 1-2 sexual partners in the last 6 months. Regarding harmful behaviors 16.9% of adolescents smoke, 55.4% of adolescents drink alcoholic beverages and 15.4% of adolescents consume drugs.

Conclusions: 53.1% of adolescents have eating risk behavior, 46.2% have sexual risk behavior, in terms of eating risk behaviors, 50% have risk of bulimia and risky sexual behaviors. 47.7% began their sexual life, of which 58.1% have sexual practice without protection, and 55.4% of adolescents have already ingested alcoholic beverages.

Keywords: adolescents, risk behavior, sexual and food.

INTRODUCCION

Según la OMS la adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo que se da después de la niñez y antes de la vida adulta, como nos hace mención es una etapa donde la vida del adolescente es incomprensible que muchos intentan investigar del porqué de su actuar, bien por ello quiero determinar las conductas de riesgo en los adolescentes.

Las conductas de riesgo en adolescentes son muy frecuentes en la actualidad, a veces los adolescentes se encuentran obligados a tomar conductas de riesgo por la presión de un grupo, de la familia y de la sociedad. Estas conductas que pueden llevar a una consecuencia desde lo más leve a lo más grave.

Muchos adolescentes inician cada vez a edad más temprana las relaciones coitales, no utilizan preservativos durante sus relaciones sexuales. La promiscuidad es más común ahora, piensan que el cuerpo es una herramienta para conseguir algo, no le dan ningún valor al cuerpo a su sexualidad. Las drogas son lo más común ahora, como dicen solo es una planta medicinal con este determinativo utilizan este pretexto para consumir, el alcohol es su día a día lo utilizan para celebrar, para cuando están tristes cada vez más frecuente y por cualquier motivo.

También ahora es muy preocupante el ideal estético muchos adolescentes por la presión de los medios de comunicación, de los amigos desean tener el cuerpo ideal y sin orientación nutricional; esto conlleva a tener y a sufrir anorexia o bulimia que muchas veces en la actualidad se puede presentar los dos trastornos en una sola persona.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Durante la última década: La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. (7)

En el Perú, la norma técnica de salud establecida por el Ministerio de Salud (MINSA), indica que esta fase abarca entre los 12 hasta los 17 años, 11 meses y 29 días; y se define este período como una época en que el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias, hasta la madurez sexual. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) señala que, en el Perú, el 13% de la población son adolescentes, de ellos alrededor de la mitad son hombres y el resto mujeres. (5)

Los adolescentes (edades entre los 10 y los 19 años) representan aproximadamente una sexta parte de la población mundial (1200 millones de personas). (8)

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). (7)

En Chile, más del 71 % de los adolescentes son sexualmente activos, la edad promedio de inicio sexual en los hombres es 15,7 años, mientras que en las mujeres es 15,5 años. Un 19 % de los adolescentes hombres refirió haber tenido relaciones sexuales con más de una persona en el último año, lo que contrasta con el 5 % de las mujeres refirió igual situación. En otros países latinoamericanos, como Colombia, se ha observado que la edad media de inicio sexual en los hombres es 15,5 años y en las mujeres 17,4 años. (1)

En el 2010, el 19.7% de los estudiantes de secundaria refirieron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Entre estos estudiantes, 46.7% tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años. Estos porcentajes son más altos entre los varones (28.3% han tenido relaciones sexuales y de ellos 50.9% antes de los 14 años), que entre las mujeres (11.1% han tenido relaciones sexuales y 36.1% antes de los 14 años).

En el período 2000-2015 el porcentaje de mujeres que inicio su vida sexual antes de los 15 años de edad se incrementó de 5.1% a 6.9%. (10)

Respecto al uso de preservativo, en un estudio realizado en España, 3 de cada 10 jóvenes no lo utilizaban en las relaciones sexuales,

independientemente del tipo de relación que tuviesen con la otra persona. En Chile, de un total de 8.352 personas, solo el 49 % usó preservativo. (1)

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2015), sólo el 9.7 % de adolescentes entre los 15 y 19 años utilizó condón masculino en su primera relación sexual. (9)

En 2015, en los adolescentes de 12 a 18 años de edad, el porcentaje de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) registrada en la consulta externa del MINSA fue del 0.9%, el 90.2% de ellas están con diagnóstico de “Enfermedad de transmisión sexual no especificada”.

En los adolescentes, entre las ITS con diagnóstico definido (Códigos CIE-10: A51 a A60), la sífilis (precoz, tardía y las no especificadas) da cuenta del 39.6% de todos los casos, la Tricomoniasis del 22.5%, la infección gonococia del 16.8% y la infección anogenital debido a virus del herpes del 10.4%.

La prevalencia de vida de consumo de alcohol y tabaco, entre los escolares de secundaria, de las ciudades de 30 mil y más habitantes, era en 2012, de 37.2% y 22.3%, con un promedio de inicio de consumo de 13.3 años de edad.

El 46.1% de los bebedores escolares recientes (del último año de educación secundaria) presentaron consumo problemático de alcohol, mayor en hombres que en mujeres (47.3% y 44.7% respectivamente).

El consumo de drogas ilegales es mayor en hombres que en mujeres: marihuana (2.7% y 1.6% respectivamente), PBC (1.2% y 0.7%) y cocaína (1.1% y 0.7%), mientras que el consumo de tranquilizantes es mayor entre las mujeres que entre los hombres (2.7% y 1.8%, respectivamente), y similar el de estimulantes (1.6% y 1.4%, respectivamente).

Alimentaria y Nutricional del Instituto Nacional de Salud en el periodo de 2012-2013 señaló que entre la población de 10 a 19 años de edad, el 17.5% tenía sobrepeso (16.1% de hombres y 19.0% de mujeres), y 6.7% obesidad (7.9% de hombres y 5.4% de mujeres).

La tendencia a problemas alimentarios, tiene una alta prevalencia en las áreas urbanas, llegando al 6.0% en Lima y Callao, donde es más prevalente entre las mujeres (7.1%) que entre los hombres (4.9%). En esta misma ciudad, las conductas bulímicas llegan a 1.6% en las mujeres y 0.3% en los hombres, y la Bulimia nervosa y la Anorexia nervosa tienen una prevalencia de 0.7% y 0.2% en mujeres, no encontrándose casos en hombres. (10)

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

Espacial: Esta investigación se realizara en la I.E. Ollantay 6038 que se encuentra ubicado en el sector Ollantay, pamplona alta, distrito de San Juan de Miraflores.

Temporal: la investigación se realizara aproximadamente en un periodo de 10 meses dentro del año 2018 debido a la construcción del proyecto de la investigación, levantamiento y el procesamiento de la información.

Social: esta investigación se realizara a todos los adolescentes del 5to grado de secundaria de la I.E Ollantay. De los cuales son 130 alumnos.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son las conductas de riesgo en los adolescentes del 5to año de secundaria de la I.E. Ollantay 6038, San Juan De Miraflores 2018?

1.3.2 Problemas Secundarios

- ¿Cuáles son las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes?
- ¿Cuáles son las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar las conductas de riesgo en adolescentes del 5to año de secundaria de la I.E. Ollantay 6038, San Juan De Miraflores 2018.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes
- Determinar las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes

1.5 HIÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

El presente trabajo no tiene hipótesis por ser un trabajo descriptivo.

1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
Conducta de riesgo en adolescentes	Conducta alimentaria de riesgo	✓ Bulimia ✓ Anorexia
	Conducta sexual de riesgo	✓ Práctica sexual sin protección ✓ Múltiples parejas sexuales ✓ Relaciones sexuales a cambio de algo. ✓ Hábitos nocivos

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo de Investigación

Descriptivo: porque se describe las características de la población.

Prospectivo: porque la información es tomada según va ocurriendo la investigación.

De corte trasversal: porque la unidad de la muestra es tomada sola una vez.

1.6.2 Nivel de Investigación

Descriptivo

1.6.3 Método

Cuantitativo: porque se vale de los números para examinar datos e información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

La población son 130 adolescentes del 5to año de secundaria de la I.E Ollantay 6038 de san juan de Miraflores.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

La técnica que se utiliza en la presente investigación será la encuesta, Previamente se solicitara la autorización del director general de la I.E Ollantay 6038 con una carta de la dirección de la escuela profesional de obstetricia de la universidad alas peruanas.

1.8.2 Instrumentos

El instrumento es un cuestionario elaborado por el investigador y tiene la siguiente estructura:

- I. Datos generales (edad, sexo, grado y sección)
- II. Conductas alimentarias de riesgos (14 Ítems)
 - Bulimia (1-6)
 - Anorexia (7-14)
- III. Conductas sexuales de riesgo. (16 ítems)
 - Prácticas sexuales sin protección (15-19)
 - Múltiples parejas sexuales (20-22)
 - Relaciones sexuales a cambio de algo (23-24)
 - Hábitos nocivos (25-30)

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se realiza para determinar las conductas de riesgo en los adolescentes, como interna de obstetricia he observado que existen grandes problemas que aqueja a un adolescente.

Según investigaciones revisadas, se dice que en la pubertad el cuerpo de un niño empieza a desarrollarse y el adolescente empieza a optar una autopercepción equivocada. Empieza a cambiar para convertirse en un adulto tomando a veces decisiones equivocadas que ponen en riesgo su salud y la salud de los demás como en caso el tener relaciones sexuales sin protección que conlleva a una ITS.

Esta investigación beneficiara a las adolescentes porque les permitirá identificar cuáles son las conductas de riesgo y cómo poder afrontarlos.

A la familia porque les permitirá una comunicación mejor y ayudara a prevenir que sus hijos (a), nietos(a), sobrinos(a) tengan una conducta de riesgo ya que estarán más atentos en esta etapa de vida.

A la institución educativa porque permitirá una mejor formación al estudiante ya que se identificara cuales con las conductas de riesgo y será más fácil enseñar a los alumnos tomando una estrategia de enseñanza de acuerdo a la realidad de los adolescentes.

Y como obstetras porque nos permitirá implementar un programa sobre las conductas de riesgo en los adolescentes, siendo profesional de salud capacitado en salud sexual y reproductiva debemos acompañar al adolescente durante esta etapa de vida.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES

Samantha Verónica Bouniot Escobar, Camila Alejandra Muñoz Viguera, Nathalie Rosse Mary Norambuena Vergara, Cindy Fabiola Pinto Ulloa, Maritza Alejandra Muñoz Pareja en su trabajo realizado en Chile 2017 tiene como **Objetivos**: determinar la prevalencia de conductas sexuales de riesgo en adolescentes, y compararlas según sexo en una población universitaria en Chile. **Materiales y métodos**: estudio descriptivo transversal, realizado en estudiantes de primer año de pregrado, matriculados en 2016, en una universidad privada ubicada en Concepción, Chile. Tamaño muestral: 328 sujetos; muestreo no probabilístico por conveniencia. Se midieron variables sociodemográficas, conductas sexuales de riesgo y otras conductas de caracterización sexual. Por otra parte, se compararon conductas sexuales de riesgo según sexo. Se utilizó estadística descriptiva, el análisis comparativo se realizó mediante Ji cuadrado o Exacto de Fisher. **Resultados**: se estudiaron 107 mujeres y 77 hombres. Las principales conductas

sexuales de riesgo fueron el inicio de la actividad sexual antes de los 18 años (88,31 %; 74,77 % respectivamente), haber tenido más de una pareja sexual (66,24 %; 53,27 % respectivamente) y una muy baja frecuencia del uso de preservativo durante la relación en mujeres (48 %). Al comparar las conductas por sexo se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la edad de inicio de la actividad sexual ($p = 0,022$), en el número de parejas sexuales ($p = 0,008$) y en el uso de preservativo ($p = 0,001$). **Conclusiones:** más de la mitad de los estudiantes adolescentes mostraron conductas sexuales de riesgo. Estos resultados dan luces sobre la necesidad de fortalecer las políticas públicas chilenas dirigidas a la población adolescente joven, sobre todo si se considera que dentro de los objetivos estratégicos de salud chilenos se encuentran la disminución del embarazo adolescente y de las infecciones de transmisión sexual. (1)

Marta Lima Serrano, María Dolores Guerra Martín, Joaquín Salvador Lima Rodríguez en su trabajo realizado en España 2017 tiene Como **objetivo** caracterizar los estilos de vida de adolescentes respecto al consumo de sustancias, relaciones sexuales, y seguridad vial, y conocer los factores sociodemográficos asociados con estos. **Método** se realizó un estudio transversal, descriptivo y correlacional, con 204 escolares de 12 a 17 años, durante el año 2013. Se administró un cuestionario validado, con preguntas sobre variables sociodemográficas, funcionamiento familiar, y estilos de vida en cuanto en dichas áreas. Se realizaron análisis descriptivos y multivariantes mediante modelos de regresión lineal múltiple para variables dependientes cuantitativas, y de regresión logística binaria para categóricas binarias. El análisis de datos se apoyó en SPSS 20.0 ($p < 0,05$). **Resultados:** El 32,4% de los estudiantes había fumado, y el 61,3% consumió alcohol. El 26% de los

escolares entre 14-17 años mantuvo relaciones con penetración (edad media de inicio = 14,9 años). El 85,2% usó preservativo. El 94,6% respetó señales de tráfico, el 77,5% solía usar cinturón de seguridad, y el 81,9% el casco. El funcionamiento familiar fue el principal factor de protección asociado: consumo de tabaco (OR = 7,06, p = 0,000), consumo de alcohol (OR = 3,97, p = 0,008), relaciones sexuales completas (OR = 3,67, p = 0,041) y seguridad vial ($\beta=1,82$, p = 0,000). **Conclusiones:** Edad, sexo y estado de funcionamiento familiar fueron los principales factores asociados a los estilos de vida. Esta información es importante para el desarrollo de políticas de salud pública, como la promoción de la salud escolar. (2)

Teresita de Jesús Saucedo Molina, Claudia Unikel Santoncini en su trabajo realizado en México 2010 tiene como **objetivo** principal de este estudio fue conocer la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y su relación con la interiorización del ideal estético de delgadez y con el IMC, en estudiantes de ambos sexos de nivel preparatorio y licenciatura en una escuela privada de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. Un objetivo adicional fue el de proporcionar datos de confiabilidad y validez de las escalas utilizadas en una muestra de hombres, así como datos adicionales de validez en las mujeres. **Método:** Se trabajó con una muestra de 845 sujetos (381 hombres y 464 mujeres) de los cuales 45.1% eran de nivel preparatoria con un rango de edad de 15 a 17 años ($X=15.82$; D.E.=.78) y 54.9% de nivel licenciatura en un rango de edad de 18 a 23 años ($X=19.81$; D.E.=1.41). Se aplicaron el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias (CBCAR) y el Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal. El IMC se obtuvo partir de la medición del peso y la estatura de cada sujeto. **Resultados:** La distribución por categorías del IMC por nivel escolar mostró que el 70% de las mujeres tiene peso normal, y que

el porcentaje de las que se encuentran en las categorías de peso muy bajo y bajo (preparatoria 2.9% y licenciatura 8.7%) es mucho menor que las que se hallan en sobrepeso y obesidad (preparatoria 15.2% y 8.3% vs. licenciatura 18.6% y 6.6%). En los hombres se encontró una distribución similar: 71.3% de los de preparatoria y 58.2% de los de licenciatura tienen peso normal, 2.7% y 4.8% bajo peso, 19.1% y 26.1% sobrepeso, y 6.9% y 10.9% obesidad, respectivamente. La prevalencia de CAR en mujeres fue de 8.4% (9.0% en preparatoria; 7.9% en licenciatura) y de 2.9% en hombres (1.6% en preparatoria; 4.2% en licenciatura). «Los porcentajes de preocupación por engordar, sensación de falta de control al comer, vómito auto-inducido, ayunos, dietas, pastillas, diuréticos y laxantes fueron mayores en las mujeres». Del total de mujeres con CAR elevadas, el 84.2% de preparatoria y el 80% de licenciatura también obtuvo puntuaciones altas en el cuestionario sobre interiorización del ideal estético de delgadez, en tanto que en los hombres fue el 33.3% y el 62.5%, respectivamente. La escala CBCAR en mujeres arrojó un alfa de Cronbach de 0.72 y de 0.63 en hombres. El instrumento de actitudes alcanzó valores de confiabilidad de 0.94 para mujeres y de 0.89 para hombres.

Conclusión: Se puede concluir que en la población estudiada están presentes las CAR características de los TCA, y que a mayor interiorización de una figura delgada mayor aparición de dichas conductas, principalmente entre las mujeres. Igualmente se comprobó que la práctica de dietas y de ejercicio para bajar de peso, aunadas a la preocupación por engordar, se presentan en porcentajes importantes en estudiantes del Estado de Hidalgo, lo que confirma que esta problemática no es exclusiva de las grandes urbes. (3)

Ramírez Herencia Marisol; Torres Jara Pamela Melanie En su trabajo realizado en Arequipa, Perú 2017 tiene como **objetivo** determinar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo

con la insatisfacción de la imagen corporal, en adolescentes mujeres del nivel secundario de la I.E. Antonio José de Sucre. Arequipa 2017, **método:** es una investigación de tipo descriptivo, con diseño correlacional y de corte transversal. Para la recolección de datos se utilizó como método la encuesta, como técnica el cuestionario y como instrumentos: Primero un cuestionario para recoger datos generales, segundo un cuestionario para medir las conductas alimentarias de riesgo (EAT-26) y tercero un cuestionario para medir la insatisfacción de la imagen corporal (BSQ). **Resultados:** La población de estudio está conformada por 193 estudiantes adolescentes de sexo femenino donde el 38.9% tienen 13 y 14 años de edad, un 22.8% pertenecen al 1ro de secundaria, el 95.9% solo estudia y un 52.8% viven con mamá y papá. En relación a la variable conductas alimentarias de riesgo, según dimensiones: dieta (50.8%), bulimia y preocupación por la comida (55.9%) y control oral (52.9%), la mayoría (53.4%) presentan riesgo y un (46.6%) no presentan riesgo. En relación a la variable insatisfacción con la imagen corporal, según dimensiones: Insatisfacción corporal (37.8%), miedo a engordar (41.4%), baja autoestima (45.0%) y deseo de perder peso (45.5%). La mayoría (42.5%) tienen moderada insatisfacción corporal. **conclusión:** Con la aplicación del estadístico no paramétrico Chi cuadrado, se encontró alta significancia estadística (0.001) por lo cual se acepta la hipótesis, que existe relación ente las conductas alimentarias de riesgo con la insatisfacción de la imagen corporal. (4)

Quispe López karen Kely; Tturo Mendoza Deyci Yesenia en su trabajo realizado en Arequipa 2016, tuvo como **objetivo** determinar la relación entre la inteligencia emocional con las conductas sexuales de riesgo. **Método** descriptivo, con diseño correlacional, de corte transversal. Se seleccionó una muestra de 195 adolescentes; para la recolección de datos se utilizó como método

la encuesta, como técnica la entrevista individual y como instrumento el cuestionario, utilizándose tres formularios (Datos sociodemográficos de la población en estudio, escala de inteligencia emocional en los adolescentes y conductas sexuales de riesgo). **Resultados** muestran que un 51.3% son de sexo masculino, un 34.4% tienen edades entre 14 a 15 años, el cuarto año de secundaria es la población más representativa con el 26.7% y un 64.1% viven con padre y madre. La Inteligencia Emocional Global de la población muestra una capacidad emocional promedio con un 62.6%, seguida de una capacidad emocional alta con un 33.3%. En las Conductas Sexuales de Riesgo, en la dimensión inicio precoz de relaciones sexuales, el 20.5% de adolescentes tuvieron inicio precoz de relaciones sexuales; en la dimensión promiscuidad, el 11.3% tuvo relaciones con 2 o más parejas sexuales en los últimos seis meses; y en la dimensión uso de preservativos el 4.6% nunca ha usado preservativos, seguido del 6.2% que siempre usa preservativos en sus relaciones sexuales. En **Conclusión** existe significancia estadística entre las variables inteligencia emocional con las conductas sexuales de riesgo en las dimensiones inicio precoz de relaciones sexuales y promiscuidad.

(5)

Sofía Rengifo Venegas, Viviana Uribe Godoy, Katherine Yporra Quijandría en su trabajo realizado en Ica, Perú 2014 tiene como **Objetivo:** Determinar la prevalencia y las principales motivaciones para el inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes escolares de la ciudad de Ica. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal en 682 estudiantes del tercer al quinto año de secundaria de dos colegios nacionales de la ciudad de Ica durante el año 2014. **Resultados:** 125 (18,33%) de los adolescentes habían tenido relaciones sexuales, la edad promedio de este inicio fue a los 14,38±0,13 años. 11 (4,87%)

mujeres y 114 (25,00%) varones ya habían tenido relaciones sexuales, con mayor proporción en los ateos o agnósticos (10; 41,67%). 20 (16,00%) adolescentes que no vivían con sus madres, 56 (44,80%) que no vivían con sus papás, y 61 (48,80%) que no vivían con hermanos tuvieron este problema, al igual que en 70 (36,08%) de los consumían licor, en 27 (47,37%) de los que consumían estupefacientes ($p=0,000$) y en 48 (41,03%) de los que consumían cigarrillos. **Conclusiones:** Dos de cada diez adolescentes habían iniciado relaciones sexuales y está se relacionó con el género, su religión, la convivencia con los padres o hermanos, las características del entorno social, las creencias sobre las consecuencias de las relaciones coitales, los programas preferidos en televisión, utilizar el tiempo libre para estar con su enamorado(a), el consumo de sustancias tóxicas, sus comportamientos, el antecedente materno de embarazo adolescente y el maltrato por algún familiar. (6)

2.1.2 BASES TEÓRICAS

Adolescencia

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. (7)

La adolescencia se caracteriza por ser un momento vital en el que se suceden gran número de cambios que afectan a todos los aspectos fundamentales de una persona. Las transformaciones tienen tanta importancia que algunos autores hablan de este periodo como de un segundo nacimiento. De hecho a lo largo de estos años, se modifica nuestra estructura corporal, nuestros pensamientos, nuestra identidad y las relaciones que mantengamos con la familia y la sociedad. El término latín *adolescere*, del que se deriva el de adolescencia, señala este carácter de cambio: *adolescere* significa `crecer`, `madurar`. La

adolescencia constituye así una etapa de cambio que, como nota diferencial respecto de otros estadios, presenta el hecho de conducirnos a la madurez. (11)

Etapas de la adolescencia

La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años)

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de

intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.

La temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. (12)

Cambios en la adolescencia

En la esfera física, los cambios afectan especialmente a los caracteres sexuales secundarios, con el desarrollo mamario, aparición de los vellos en axila y pubis, y distribución de la grasa en zonas típicas femeninas. Los cambios progresivos de estatura, y la aparición de la primera regla, puede ser motivo de alegría o de frustración y rechazo.

La capacidad reproductiva, fruto de la puesta en marcha de todo el sistema hormonal, y probablemente como veremos más adelante el inicio de las relaciones sexuales o de los juegos amorosos, con sus posibles consecuencias, marcará muy especialmente esta etapa de la vida, y será motivo de un tratamiento especial más adelante.

En la esfera psíquica, aparecen varias modificaciones de conducta especialmente interesantes, como son las crisis de identidad; los cambios de pensamientos de lo concreto a lo abstracto; el enfrentamiento con la autoridad, representada por los padres, los profesores, u otros elementos sociales; y en el ámbito emocional situaciones próximas a estados de depresión por situaciones adversas (escolares, afectivas, sociales), o incluso conductas delictivas o suicidas, sin olvidar los temibles y frecuentes trastornos en la alimentación (anorexia/bulimia).

En la esfera social, los adolescentes se sienten desplazados, necesitan ser aceptados por sus compañeros, y necesitan formar parte de un grupo. En ese entorno, se sienten obligados a experimentar con drogas, sexo, tabaco y alcohol. (13)

Factores de riesgo en adolescentes

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de

riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (14)

Conductas de riesgo en la adolescencia

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 biopsico-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 (15)

Conducta alimentaria de riesgo

Son conductas inapropiadas similares a las que se presentan en los trastorno de conducta alimentaria, pero no cubren sus criterios diagnósticos. Entre las conductas alimentarias de riesgo se incluyen la práctica de atracones, el seguimiento de dietas restrictivas, el uso de laxantes, diuréticos, anorexigénicos o enemas, la práctica excesiva de ejercicio y el vómito autoinducido, todas ellos con la intención de perder peso corporal. (16)

Anorexia nerviosa

Es un trastorno de conducta alimentaria caracterizado por la restricción alimentaria voluntaria. La base de esta enfermedad es el deseo incontrolado de delgadez, que conlleva la consecuente negativa a comer.

El cuadro clínico se caracteriza por autolimitaciones dietéticas muy severas, alteraciones de la conducta que refuerzan la evitación de la comida, percepción distorsionada de la imagen corporal y miedo intenso a ganar peso, a pesar de la progresiva delgadez que puede llevar a la desnutrición. Esto provoca síntomas psíquicos y físicos secundarios como la amenorrea o pérdida de la menstruación.

En las clasificaciones actuales, se diferencian entre las formas restrictivas y las purgativas, según la práctica de conductas de purga (vómitos autoinducidos o provocados por la paciente, consumo de laxantes y diuréticos) asociadas a la restricción alimentaria.

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocaciones del vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Los síntomas fundamentales de la anorexia nerviosa son:

Deseos irrefrenable de delgadez con intenso miedo a engordar, que lleva a rechazar el alimento y a la pérdida de peso progresiva. Percepción distorsionada de la propia imagen corporal, con discapacidad para reconocer la progresiva delgadez.

Alteraciones de la menstruación en forma de disminución de la cantidad e irregularidades, que pueden llegar a la amenorrea o pérdida de la menstruación.

Bulimia

Las conductas bulímicas se definen por la aparición de episodios de ingesta incontrolada de gran cantidad de alimentos, que pueden aparecer en pacientes obesos y en los pacientes afectos de anorexia nerviosa de tipo purgativo.

La bulimia nerviosa se describió inicialmente como una fase evolutiva de la anorexia nerviosa en la que predominaban los episodios de descontrol alimentario y los métodos de compensación asociados. Posteriormente se ha ido definiendo como una entidad individualizada, diferenciada de la anorexia nerviosa por la falta de control en cuando a la ingesta alimentaria.
(21)

Síntomas de la bulimia

Esta conducta está muy relacionada con el área afectiva. Entre ellos destacan los sentimientos de culpa por la ingesta excesiva de alimentos, la sensación de imposibilidad de poderse controlar, los constantes cambios de humor, así como la irritabilidad.

Podemos dividir los síntomas de la bulimia en síntomas físicos, conductuales, cognitivos y emocionales.

Entre los síntomas físicos encontramos, en primer lugar, el signo de Russell, que son callosidades en el dorso de la mano que se forman como consecuencias de la provocación del vomito. También puede darse tanto la diarrea como el estreñimiento. Son frecuentes los vómitos. Especialmente en el tipo purgativo. A consecuencia de ello puede originarse problemas dentales, como caries, pérdida de esmalte y piorrea. También suelen presentarse signos de malnutrición y fluctuaciones de peso.

Entre los síntomas conductuales el más característico es la conducta desordenada relacionada con la comida: comer a escondidas, ingestión de grandes cantidades de alimentos, periodos de ayuna entre crisis, conductas purgativas, etc. Las conductas desordenadas se dan también en otros aspectos de su vida, ya que supeditan su comportamiento al propio estado de ánimo o a condiciones ambientales, pudiendo darse por este motivo absentismo laboral o escolar y una disminución del rendimiento. Las personas con bulimia suelen carecer de estrategias de afrontamiento y manifiestan con frecuencia amenazas de suicidio.

Entre las alteraciones cognitivas destacamos que, a diferencia del anoréxico, la persona bulímica si tiene conciencia de su enfermedad pero lo oculta por vergüenza. Aunque si se mantiene pensamientos erróneos en la relación con la comida, el peso y la figura, manifestando una preocupación excesiva por los mismos. El bulímico suele tener un autoconcepto negativo pues su falta de control lo atribuye a poca voluntad, además suele fijarse metas por encima de sus posibilidades, por lo que raramente las alcanza. (22)

Conductas sexuales de riesgo

Se considera entonces a las conductas sexuales de riesgo como la exposición del individuo a una o varias situaciones, según esta definición se establece como prácticas sexuales de riesgo, el inicio temprano de relaciones sexuales, las múltiples parejas, la infidelidad sexual y el consumo de drogas (incluido el alcohol) dado de forma concomitante a estas prácticas y por supuesto el no uso de métodos de protección y anticonceptivos, conductas que se han evidenciado en la presente investigación y en otras.(17)

La sexualidad

La sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de su vida, abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está incluida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (23)

Sexualidad y anticoncepción

Las características propias de los adolescentes hacen que la organización mundial de la salud considere, en materia de sexualidad, a este grupo de edad como de riesgo. La necesidad de explorar el mundo que le rodea, la lucha por la propia independencia, el enfrentamiento a la autoridad, la escasa noción de riesgo, la presión del grupo de iguales, etc. Contribuyen a que los adolescentes inicien relaciones sexuales tempranamente y sin la adecuada protección. De forma característica las relaciones sexuales de los adolescentes, en buena medida, son improvisadas, no planificadas, porque muchos no aceptan plenamente la posibilidad de ser sexualmente activos.

La propia naturaleza del deseo sexual dificulta el ejercicio de una actividad sexual responsable. Se produce un conflicto entre la intensidad de la pulsión sexual, el placer inmediato y seguro, por un lado y, un riesgo futuro y solo posible, por otro.

Una conducta anticonceptiva y de prevención de enfermedades de transmisión sexual sostenida es una conducta incómoda y que

en la adolescencia puede presentar las dificultades añadidas de vergüenza al intentar conseguir los preservativos o las píldoras, o al plantear a la pareja la necesidad de su uso.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son aquellas enfermedades producidas por agentes infecciosos específicos, para las que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica, aunque no sea la única vía de transmisión. El término ha vencido a sustituir al clásico enfermedades venéreas.

La adolescencia es, con frecuencia, el momento de inicio en la Actividad sexual. En la actualidad asistimos a una aceleración de la maduración sexual y al inicio precoz de las relaciones sexuales, lo que ha dado lugar a un importante aumento de las enfermedades de transmisión sexual en los jóvenes. De hecho son un problema mayor en los adolescentes, pues se calcula que el 25% de los adolescentes desarrollan una ETS antes de acabar la enseñanza secundaria.

Una sexualidad sana (según definición de la OMS) será aquella que integre aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la realidad sexual, de una manera que sea positivamente enriquecedora y que valore la personalidad, la comunicación y el amor. El adolescente está físicamente capacitado para ejercer su sexualidad, pero no siempre posee la madurez psíquica necesaria para evitar los riesgos y asumir las posibles consecuencias de su ejercicio.

Para tratar de reducir las conductas sexuales de riesgo de los jóvenes es esencial que nuestra sociedad reconozca el derecho de los adolescentes a ser sexualmente activos y los prepare para disfrutar de forma responsable de su sexualidad. La educación sexual es necesaria para ayudarles a sentirse cómodos con su propia sexualidad. Hacerles conscientes de los riesgos de la

actividad sexual sin protección y capacitarlos para adoptar un comportamiento sexual responsable.

Nuestro sistema sanitario debe proporcionar una buena asistencia a los adolescentes, poniendo a su disposición información y servicios anticonceptivos, de la forma que mejor se adapte a sus peculiaridades: en espacios diferenciados, con horarios especiales y garantía de confidencialidad. Los profesionales deben ser capaces de transmitir que convertirse en una persona sexualmente responsable forma parte del proceso normal de desarrollo, deben alentar a los adolescentes a posponer la primera relación sexual coital hasta que estén psicológicamente preparados, identificarse a los más expuestos a adoptar una conducta sexual de riesgo y ofrecer servicios anticonceptivos cuando se les soliciten o parezcan necesarios. (24)

2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Adolescencia: Período de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la juventud. (18)

Conductas: Manera con que las personas se comportan en su vida y acciones. (19)

Conductas de riesgo: Se define como las actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura. (20)

Bulimia: Síndrome de deseo compulsivo de comer, con provocación de vómitos y consecuencias patológicas. (25)

Anorexia: Síndrome de rechazo de la alimentación por un estado mental de miedo a engordar, que puede tener graves consecuencias patológicas. (26)

CAPITULO III
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION
DE RESULTADOS

3.1 PRESENTACION DE RESULTADOS

3.1.1 DATOS GENERALES

TABLA Nº 1
ADOLESCENTES SEGÚN EDAD Y GÉNERO

			sexo		Total
			femenino	masculino	
edad	15	Recuento	4	2	6
		% del total	3,1%	1,5%	4,6%
	16	Recuento	31	30	61
		% del total	23,8%	23,1%	46,9%
	17	Recuento	22	22	44
		% del total	16,9%	16,9%	33,8%
	18	Recuento	4	11	15
		% del total	3,1%	8,5%	11,5%
	19	Recuento	0	4	4
		% del total	0,0%	3,1%	3,1%
Total		Recuento	61	69	130
		% del total	46,9%	53,1%	100,0%

Fuente: I.E Ollantay 6038, san juan de Miraflores 2018-encuesta

INTERPRETACIÓN: se observa que de los 130 adolescentes encuestados pertenecen a las edades de 15 a 19 años, el 46,9% se encuentran en la edad de 16 años. De los 130 adolescentes encuestados un 53,1% son de género masculino, y el 46,9 % son de género femenino.

3.1.2 CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

TABLA Nº 2
ADOLESCENTES SEGÚN CONDUCTA DE BULIMIA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	si	65	50,0
	no	65	50,0
	Total	130	100,0

Fuente: I.E Ollantay 6038, san juan de Miraflores 2018-encuesta

INTERPRETACION: se observa que de los 130 alumnos encuestados el 50% de los adolescentes tienen riesgo de bulimia y el 50 % no tiene conducta de riesgo de bulimia.

TABLA Nº 3
ADOLESCENTES SEGÚN CONDUCTA DE ANOREXIA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	si	48	36,9
	no	82	63,1
	Total	130	100,0

Fuente: I.E Ollantay 6038, san juan de Miraflores 2018-encuesta

INTERPRETACION: se observa que de los 130 alumnos encuestados el 63,1 % de adolescentes no tienen riesgo de anorexia y un 36,9 % tienen riesgo de anorexia.

TABLA N°4
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	69	53,1
	No	61	46,9
	Total	130	100,0

Fuente: I.E Ollantay 6038, san juan de Miraflores 2018-encuesta

INTERPRETACION: se observa que de los 130 alumnos encuestados el 53,1 % de los adolescentes encuestados tienen conducta de riesgo alimentario y el 46,9% no tienen conducta de riesgo alimentario.

3.1.3 CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO

TABLA N° 5
INICIO DE RELACION SEXUAL

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	< 10	3	2,3
	10-14	22	16,9
	15-19	37	28,5
	Total	62	47,7
	NRS	68	52,3
Total		130	100,0

Fuente: I.E Ollantay 6038, san juan de Miraflores 2018-encuesta
NRS (no relaciones sexuales)

INTERPRETACION: se observa que de los 130 alumnos encuestados 47,7% adolescentes iniciaron su vida sexual, de los cuales el 28,5% de los adolescentes iniciaron su relación sexual a la edad de 15-19 años, un 16,9% a la edad de 10 -14 años y un 2,3% a los 10 años de edad.

TABLA Nº 6
PRÁCTICA SEXUAL SIN PROTECCION

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	si	36	58,1
	No	26	41,9
	Total	62	100,0

Fuente: I.E Ollantay 6038, san juan de Miraflores 2018-encuesta

INTERPRETACION: Se observa que de los 130 alumnos encuestados solo 62 adolescentes han tenido relaciones sexuales. De este total el 58,1% tienen riesgo de práctica sexual sin protección, y el 41,9% no tiene riesgo de práctica sexual sin protección.

TABLA Nº 7
Nº DE PAREJAS SEXUALES QUE HAN TENIDO EN LOS ULTIMOS 6 MESES

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válido	1-2	39	78,0
	3-4	6	12,0
	5 >	5	10,0
	Total	50	100,0

Fuente: I.E Ollantay 6038, san juan de Miraflores 2018-encuesta

INTERPRETACION: Se observa que de los 130 alumnos encuestados 50 adolescentes han tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses, de los cuales el 78,0% tienen de 1-2 parejas sexuales, el 12,0% tienen de 3 – 4 parejas sexuales y el 10,0% tienen más de 5 parejas sexuales.

TABLA Nº 8
EDAD QUE EMPEZÓ A FUMAR

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	< 10	1	,8
	10-14	7	5,4
	15-20	14	10,8
	Total	22	16,9
	Nunca	108	83,1
Total		130	100,0

Fuente: I.E Ollantay 6038, san juan de Miraflores 2018-encuesta

INTERPRETACION: se observa que de los 130 alumnos encuestados el 16,9% de adolescentes fuman de los cuales el 10,8% de adolescentes empezó a fumar entre los 15 a 20 años, el 5,4% entre los 10-14 años y un 0,8% de adolescentes empezó a fumar antes de los 10 años.

TABLA Nº 9
EDAD QUE EMPEZO A TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	< 10	1	,8
	10-14	28	21,5
	15-20	43	33,1
	Total	72	55,4
	Nunca	58	44,6
Total		130	100,0

Fuente: I.E Ollantay 6038, san juan de Miraflores 2018-encuesta

INTERPRETACION: se observa que de los 130 alumnos encuestados el 55,4% de adolescentes tomaron bebidas alcohólicas de los cuales el 33,1% de adolescentes empezó a tomar bebidas alcohólicas entre los 15 a 20 años, el 21,5% entre los 10-14 años y un 0,8% a los 10 años.

TABLA N° 10
CONSUMO DE DROGA EN LOS ÚLTIMOS MESES

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	1-3	16	12,3
	>5	4	3,1
	Total	20	15,4
	Nunca	110	84,6
Total		130	100,0

Fuente: I.E Ollantay 6038, san juan de Miraflores 2018-encuesta

INTERPRETACION: se observa que de los 130 alumnos encuestados el 15,4% adolescentes consumen droga de los cuales el 3,1% % de adolescentes ha consumido droga más de 5 veces en los últimos meses, y un 12,3% ha consumido droga de 1-3 veces en los últimos meses.

TABLA N° 11
CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	si	60	46,2
	no	70	53,8
	Total	130	100,0

Fuente: I.E Ollantay 6038, san juan de Miraflores 2018-encuesta

INTERPRETACION: se observa que de los 130 alumnos encuestados el 53,8% de los adolescentes no tienen conducta sexual de riesgo y el 46,2% de los adolescentes si tienen conducta sexual de riesgo.

TABLA N° 12
CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES

		conducta sexual de riesgo		Total
		si	no	
conductas alimentarias de riesgo	si	Recuento 35 % del total 26,9%	34 26,2%	69 53,1%
	no	Recuento 25 % del total 19,2%	36 27,7%	61 46,9%
Total		Recuento 60 % del total 46,2%	70 53,8%	130 100,0%

Fuente: I.E Ollantay 6038, san juan de Miraflores 2018-encuesta

INTERPRETACION: Se observa que de los 130 encuestados el **26,9 %** tiene ambas conductas de riesgo alimentario y sexual, el 26,2 % si tiene conducta de riesgo alimentario pero no tiene conducta de riesgo sexual, el 19,2% no tiene conducta de riesgo alimentario pero si tiene conducta de riesgo sexual y el 27,7 % no tiene conducta de riesgo.

3.2 ANALISIS Y DISCUSION

Los adolescentes encuestados son edades de 15 a 19 años. Un 53,1% son de género masculino Similar a lo informado por **Quispe López**, los cuales reporto que el 51,3% son de sexo masculino.

Según la dimensión de las conductas alimentarias de riesgo el 50% de los adolescentes tiene riesgo de bulimia, esto es similar a lo reportado por **Ramírez y Torres**, quienes concluyeron que el 55,9% presentó bulimia y preocupación por la comida, pero ellos reportan que el 50,8% corresponde por la dieta, el 52,9% por el control oral, lo cual se opone con los resultados se ha obtenido en la presente investigación donde el 36,9% tiene conducta de riesgo en anorexia.

En el presente estudio el 53,1% de los adolescentes tienen conducta alimentaria de riesgo, el resultado concuerda con **Ramírez y Torres** lo cual menciona que el 53,4% presentan conductas alimentarias de riesgo pero se contrapone con los resultados de **Saucedo y Unikel** quienes reportan que la prevalencia de conductas Alimentarias de riesgo en las mujeres de preparatoria fue de 9.0%, y en los hombres de preparatoria fue de 1.6%.

Según la dimensión de conductas sexual de riesgo el 47,7% de adolescentes ya iniciaron vida sexual, de los cuales el 28,5% de los adolescentes iniciaron su relación sexual a la edad de 15-19 años, un 16,9% a la edad de 10 -14 años, estos resultados tienen semejanza con **Rengifo y colaboradores**, donde la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es 14,38+_0,13, (18,33%), y también con **Lima y colaboradores** donde el 26% mantuvo relación sexual con penetración entre los 14-17 años, pero a comparación de **Bouniot y colaboradores**, quienes reportaron como resultados el inicio de actividad sexual fue antes de los 18 años (88,31% mujeres; 74,77% hombres), y **Quispe y Tturo** quienes mencionan que el 20,5% tiene inicio precoz de las relaciones sexuales, los cuales se contradicen con los resultados obtenidos.

De los que tienen relaciones sexuales el 58, 1% de estos adolescentes tiene riesgo de práctica sexual sin protección, este resultado es similar a **Bouniot y colaboradores** los cuales reportan que el 48% tiene baja frecuencia del uso del preservativo y con **Quispe y Tturo** quienes reportan que el 4,6% no uso el preservativo (excluyendo a los que no iniciaron su vida sexual, el 70% tienen riesgo de no uso de preservativo,). Pero los resultados se contraponen con **Lima y colaboradores**, donde reporta que 85,2 % usó preservativo.

En los resultados 50 adolescentes han tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses de los cuales el 78,0% tienen de 1-2 parejas sexuales. Los cuales se asemejan con **Bouniot y colaboradores** quienes reportan que (66,24% mujeres; 53,27 hombres) tienen más de una pareja sexual, pero los resultados son opuestos con los de **Quispe y Tturo** quienes reportan que el 11,3% tuvo relaciones sexuales con 2 o más parejas sexuales en los últimos meses.

El 62,3% de los adolescentes tienen conductas nocivas, el 16,9% de adolescentes fuman, este resultado se contrapone con **Lima y colaboradores** el cual reporta que el 32,4% había fumado, de igual forma con **Rengifo y colaboradores** quienes reportan que el 41,03% consumían cigarrillo. el 55,4% de adolescentes tomaron bebidas alcohólicas, este resultado tiene relación con **Lima y colaboradores** quienes encontraron que 61,3 % consumió alcohol, pero se contrapone con **Rengifo et al** el cual reporta que el 36,08% consume licor, el 15,4% consumen droga, este resultado se contrapone con **Rengifo et al** el cual reporta que 47,37%, consumían estupefacientes.

El 46,2% de los adolescentes tienen conducta sexual de riesgo, este resultado tiene relación con **Bouniot y colaboradores** que menciona que más de la mitad de los estudiantes adolescentes mostraron conducta sexual de riesgo.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos de la investigación llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Respecto al objetivo general los adolescentes del 5to grado de secundaria de la I.E Ollantay 6038, el 53,1 % de los adolescentes tienen conducta de riesgo alimentario, el 46,2% tienen conducta sexual de riesgo. Y solo el 26,9 % tienen ambas conductas de riesgo alimentario y sexual.

2. Respecto al objetivo específico sobre las conductas alimentarias de riesgo, el 50% de los estudiantes presentan conducta de riesgo en bulimia. Y un 36,9% de los adolescentes tiene conducta de riesgo en anorexia.
3. Respecto al objetivo específico sobre las conductas sexuales de riesgo el 47,7% de los alumnos iniciaron su vida sexual, de estos adolescentes el 58,1% tienen práctica sexual sin protección. En cuanto a los hábitos nocivos el 55,4% de los adolescentes ya han consumido bebidas alcohólicas.

4.2 RECOMENDACIONES

Considerando los resultados de la investigación se sugiere:

1. Promover la coordinación interinstitucional con el establecimiento de salud y la institución educativa para que se prevengan y disminuyan las conductas de riesgo en los adolescentes, donde juntos desarrolle un plan de trabajo de acuerdo a la situación actual de los adolescentes.
2. Realizar coordinaciones con personal de salud para que realicen intervenciones en las entidades educativas tales como nutricionistas, psicólogos que puedan realizar talleres, charlas, consejería y orientación que ayuden a fortalecer los hábitos nutricionales para disminuir el riesgo de bulimia y anorexia.
3. Promover la presencia de las obstetras en la institución educativa para que se puedan implementar consultorio obstétrico y desarrollen programas de educación sexual donde se realicen temas enfocados en la prevención de conductas sexuales de riesgo y evitar circunstancias que afecten la vida de los adolescentes.

FUENTES DE INFORMACION

1. Bouniot Escobar S., Muñoz Viguera C., Norambuena Vergara N, Pinto Ulloa C., Muñoz Pareja M. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes estudiantes de primer año de pregrado de la Universidad San Sebastián: Estudio transversal. Chile 2017 [INTERNET]. Consultado el 06 de julio 2018. Disponible en:
<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2799>
2. Lima Serrano M, Guerra Martín M., Lima Rodríguez J. Relación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida de los adolescentes en edad escolar. España 2017 [INTERNET]. Consultado el 06 de julio 2018. Disponible en
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862116301280>
3. Saucedo Molina TJ, Unikel SC. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. México 2010 [INTERNET]. Consultado el 06 de julio 2018. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24237>
4. Ramírez Herencia M., Torres Jara P. Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción con la imagen corporal - adolescentes mujeres - I.E. Antonio José De Sucre. Arequipa – 2017. [INTERNET]. Consultado el 06 de julio 2018. Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5155>
5. Quispe López k., Tturo Mendoza D. Inteligencia emocional y conductas sexuales de riesgo en adolescentes de 12 a 17 años, I.E. Juan Pablo Viscardo y Guzmán, Hunter. Arequipa 2016 [INTERNET]. Consultado el 06 de julio 2018. Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5101>
6. Rengifo Venegas S., Uribe Godoy V., Yporra Quijandría K. Inicio temprano de relaciones sexuales en adolescentes escolares de la ciudad de Ica, 2014 [INTERNET]. Consultado el 06 de julio 2018. Disponible en:

- file:///C:/Users/george/Downloads/131-1-265-1-10-20171230%20(1).pdf
7. Organización mundial de la salud. Desarrollo en la adolescencia. [INTERNET]. Consultado el 16 de abril del 2018. disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
 8. Organización mundial de la salud. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones 2018 [INTERNET]. Consultado el 9 de julio del 2018. disponible en:
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
 9. Ministerio de salud. Iniciar las relaciones sexuales a temprana edad aumenta el riesgo de contagio del VIH 2017 [INTERNET]. Consultado el 9 de julio del 2018. disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=22354>
 10. Ministerio de salud. Documento técnico situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú 2017. [INTERNET]. Consultado el 9 de julio del 2018. disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
 11. Moreno Amparo. La adolescencia. [INTERNET]. Barcelona: Editorial UOC. 2015. Consultado el 9 de mayo del 2018. Disponible en:
<https://books.google.com.pe/books?id=qH3LDAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=adolescencia&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiGvu3kyfTaAhXlzIMKHSGGBs0Q6AEIJjAA#v=onepage&q=adolescencia&f=false>
 12. Fondo de naciones unidas para la infancia (UNICEF), la adolescencia, una época de oportunidades. 2011 [INTERNET]. Consultado el 10 de mayo del 2018. disponible en:
https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_/_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf

13. Amselem Carlos. La ginecología en la adolescencia. Primera edición 2009 España [INTERNET]. Consultado el 10 de mayo del 2018. Disponible en:
https://books.google.com.pe/books?id=AC8shj_2uaMC&pg=PA17&dq=cambios+en+la+adolescencia+oms&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiLifLv-vbaAhXRmVkKHWwiDEcQ6AEIQDAF#v=onepage&q&f=false
14. organización mundial de la salud (OMS) 2018 [INTERNET]. consultado el 14 de mayo del 2018. Disponible en:
http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
15. H. Francisca Corona, V. Eldreth Peralta. conductas de riesgo. Revista Médica Clínica Las Condes 2011; 22:68-75 [INTERNET]. Consultado el 14 de mayo del 2018. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/pt-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prevencion-conductas-riesgo-S0716864011703947>
16. Unikel santoncini C., diaz de león vasquez C., Rivera Márquez J. Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociado: desarrollo y validación de instrumentos de medición. universidad autónoma metropolitana. Primera edición 2017. [INTERNET]. Consultado el 23 de mayo del 2018. Disponible en:
http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas_alimentarias.pdf.
17. Saeteros Hernández RC. Pérez Piñero J. Sanabria Ramos G. Conducta de riesgo y problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitarios ecuatorianos .Ciudad de Camaguey 2015. [INTERNET]. Consultado el 22 de mayo del 2018. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202015000300003
18. Real Académica Española. Adolescencia [INTERNET]. consultado el 22 de mayo del 2018. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=0nrQ4BH>
19. Real Académica Española. Conducta [INTERNET]. consultado el 22 de mayo del 2018. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=AChkdr3>

20. Bertha Isabel Orbegoso Delgado conductas de riesgo convencionales. cedro. [INTERNET].consultado el 22 de mayo Del 2018. Disponible en: http://www.cedro.org.pe/cursoonline20134/descargas/Modulo_2.pdf
21. Dra. Eulalia Loran Meler, Dr. Luis Sánchez Planell. El medico en casa: comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón. 2013 [INTERNET].consultado el 17 de julio Del 2018. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=jvAJgZZua3UC&printsec=frontcover&dq=bulimia&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjewcOT-5_cAhXQtIkKHYgyCYkQ6AEILzAC#v=onepage&q=bulimia&f=false
22. Silva García L., Caballero Oliver A., Pérez Santana J.M., Garcia Bermejo J., Bernet Toledano J., Montero Romero E., Fernandez De La Fuente N., Herrera Moreno N., Bazan Baez P. Braojos Moya M.T. Auxiliares de enfermería del servicio vasco de salud- osakidetza. vol.II, Primera edición, octubre 2006 [INTERNET].consultado el 17 de julio Del 2018. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=fIX9mIXLGsAC&pg=PA86&dq=sintomas+de+la+bulimia&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwilj4v136jcAhVK7FMKHeo2ACQQ6AEIJjAA#v=onepage&q=sintomas%20de%20la%20bulimia&f=false>
23. Roque Latorre paloma. Salud integral del adolescente 3, primera edición 2015 [INTERNET].consultado el 18 de julio Del 2018. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=L81UCwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=sexualidad+en+la+adolescencia&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiM2ar4rKvcAhWDqIMKHxHVDDc4ChDoAQgxMAM#v=onepage&q=sexualidad%20en%20la%20adolescencia&f=false>
24. Redondo Figuero C., Galdo Muñoz G., García Fuentes Miguel. Atención al adolescente. [INTERNET].consultado el 18 de julio Del 2018. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=uqJt5tN3sDYC&pg=PA297&dq=sexualidad+en+responsable+la+adolescencia&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiq8Z_zsqvcAhVBtlkKHbQZDOcQ6AEIQDAF#

v=onepage&q=sexualidad%20en%20responsable%20la%20adolescencia&f=false

25. Real Academia Española. Bulimia [INTERNET]. consultado el 18 de julio del 2018. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=6H3U4w8>

26. Real Academia Española. Anorexia [INTERNET]. consultado el 18 de julio del 2018. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=2jvDUzL>

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: conductas de riesgo en adolescente de 5to año de secundaria de la I.E Ollantay 6038, San Juan de Miraflores 2018.

problema	objetivo	hipótesis	Operacionalización			Método
			Variable	Dimensiones	Indicadores	
<p>Problema principal ¿Cuáles son las conductas de riesgo en adolescentes de 5to año de secundaria de la I.E Ollantay 6038, San Juan De Miraflores 2018?</p> <p>Problemas secundarios ¿Cuál son las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes</p> <p>¿Cuál son las conductas sexuales de riesgo en adolescentes?</p>	<p>Objetivo principal Determinar las conductas de riesgo en adolescentes de 5to año de secundaria de la I.E Ollantay 6038, San Juan De Miraflores 2018.</p> <p>Objetivo específico Determinar las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes</p> <p>Determinar las conductas sexuales de riesgo en adolescentes</p>	<p>El presente estudio por ser descriptivo no tiene hipótesis</p>	<p>Conductas riesgo adolescente</p>	<p>Conductas alimentaria de riesgo</p> <p>Conductas sexuales de riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bulimia • Anorexia • Práctica sexual protección • Múltiples parejas Sexuales • Relaciones sexuales a cambio de algo • Hábitos nocivos 	<p>UNIVERSO: 130 adolescentes en el año 2018.</p> <p>DISEÑO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de investigación: Estudio Descriptivo, prospectivo, y de corte trasversal • Nivel de Investigación: descriptivo • Método: Cuantitativo • Técnica: encuesta • Instrumentos: cuestionario



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

CUESTIONARIO

Estimados alumnos del 5to año de secundaria de la I.E. Ollantay 6038, el presente cuestionario tiene como objetivo determinar las conductas de riesgo en adolescentes. Agradezco anticipadamente su participación respondiendo con una (x) las respuestas que considera correcta. La presente investigación es confidencial

I. Datos generales

Edad: grado y sección: Sexo: F M

II. Conducta alimentaria de riesgo

Bulimia

1. ¿Has comido demasiado y sientes que no puedes parar de comer?
a. Si b. no
2. ¿Has vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso?
a. Si b. no
3. ¿Tienes el impulso de vomitar luego de comer?
a. Si b. no
4. ¿Disfrutas probando nuevas comidas apetitosas?
a. Si b. no
5. ¿te aterroriza la idea de estar con sobrepeso?
a. Si b. no
6. ¿te sientes extremadamente culpable después de haber comido?
a. Si b. no

Anorexia

7. ¿Evitas comer cuando tienes hambre?
a. Si b. no
8. ¿te preocupas por el peso que tienes?
a. Si b. no
9. ¿Has hecho dietas para tratar de bajar de peso?
a. Si b. no
10. ¿Te preocupas por el contenido calórico de los alimentos?
a. Si b. no
11. ¿Te gusta sentir el estómago vacío?
a. Si b. no
12. ¿Has hecho ejercicio para tratar de bajar de peso?
a. Si b. no
13. ¿Has usado pastillas para tratar de bajar de peso?
a. Si b. no
14. ¿Los demás piensan que estas muy delgado (a)?
a. Si b. no

III. Conductas sexual de riesgo

Prácticas sexuales sin protección

15. ¿Actualmente tienes enamorado (a)?
a. Si b. no
16. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales? si la respuesta es no
pase a la pregunta 24
a. Si b. no
17. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?
a. <10 años b. 10-14 años c. 15-19
18. ¿utilizaste preservativos en tu primera experiencia sexual?
a. Si b. no

19. ¿Cuándo tienes relaciones sexuales usas preservativo de manera regular?

a. Si

b. no

Múltiples parejas sexuales

20. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en los últimos 6 meses?

a. 1-2

b. 3-4

c. 5 >

21. ¿Has tenido relaciones sexuales con alguien que hayas conocido en el momento? (Por ejemplo en una fiesta o reunión)

a. Si

b. no

22. ¿En algún momento de tu adolescencia te dijeron que tenías una enfermedad de transmisión sexual?

a. Si

b. no

Relaciones sexuales a cambio de algo

23. ¿Has tenido relaciones sexuales a cambio de regalo o dinero?

a. Si

b. no

24. ¿Crees que el cuerpo de una mujer tiene un precio?

a. Si

b. no

Hábitos nocivos

25. ¿Fumas? Si la respuesta es no pase a la pregunta 27

a. Si

b. no

26. ¿Desde qué edad?

a. <10 años

b. 10-14 años

c. 15-19

27. ¿Has consumido bebidas alcohólicas alguna vez? Si la respuesta es no pase a la pregunta nº29

a. Si

b. no

28. ¿A qué edad consumiste por primera vez una bebida alcohólica?

a. <10 años

b. 10-14 años

c. 15-19

29. ¿En algún momento de tu vida te han ofrecido drogas?

a. Si

b. no

30. ¿Cuántas veces en los últimos meses has consumido drogas?

a. 1-3

b. 3-4

c. >5

Valoración de evaluación de Juicio de Expertos

Datos de la clasificación:

CRITERIOS	JUECES			VALOR P
	J1	J2	J3	
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	3
La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	3
Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	1	1	1	3
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	3
Los ítems son claros y entendibles	1	1	1	3
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1	1	1	3
TOTAL	6	6	6	18

1: de acuerdo 0: desacuerdo

PROCESAMIENTO:

b: Grado de concordancia significativa

Ta: N° total “de acuerdo” de jueces

Td: N° total de “desacuerdo” de jueces

Prueba de concordancia entre los jueces

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \cdot X 100$$

Ejem:

$$b = \frac{18}{18 + 0} \cdot X 100 = 1.0 \quad \text{validez perfecta}$$

Según Herrera

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

Conclusión de jueces expertos:

Validez perfecta

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
 ESCALA DE CALIFICACIÓN
 PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): MARLENE G. RAMIREZ COSUENOS.

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulada: Conductas de Riesgo en adolescentes de 5to Año de Secundaria de la I.E. Allantay 6038, San Juan de Miraflores 2018

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

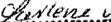
.....

.....

.....

.....

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA


 MARLENE GRACIELA RAMIREZ COSUENOS
 OBSTETRA ESPECIALISTA
 con 16194 N° 848 E 02

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
 ESCALA DE CALIFICACIÓN
 PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): obstetra Vanessa Luuado C.

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: Conductas de Riesgo en adolescentes de 5to Año de Secundaria de la I.E. Ollantay 6038, San Juan de Miraflores 2018.

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....



NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): JUAN CARLOS ROBLIN PAREDES.

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: Conductas de Riesgo en adolescentes de 5to Año de Secundaria de la I.E. Ollantay 6038, San Juan de Miraflores 2018.

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

El instrumento cumple con las variables para la evaluación de riesgos en los adolescentes.


Lic. Juan Carlos Roblin Paredes
PSICOLOGO
C.Ps.P. 12457

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



**INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 6038
OLLANTAY**

R.M. N° 994 - 71

Cód. Local Escolar 329629 / Cód. Primaria 0328146 / Cód. Secundaria 0501601



**CONSTANCIA DE AUTORIZACION PARA LA
APLICACION DE INSTRUMENTO DE TESIS**

**EL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 6038 OLLANTAY DE LA UGEL 01
- SAN JUAN DE MIRAFLORES**

HACE CONSTAR:

Que, la Universidad Alas Peruanas – UAP con Oficio N° 773 – 2018 – EPO – FMHyCS-UAP solicita autorización para que la **Srta. SARA SHIRLEY CLARA LEON** identificada con DNI N° 73311849 realice su trabajo de investigación "CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES DEL 5TO AÑO DE SECUNDARIA" a los estudiantes de la I.E. 6038 "OLLANTAY". Por lo tanto, mi despacho autoriza la aplicación de instrumento de tesis a nuestros estudiantes de 5to grado del nivel secundaria de Menores del 21 de agosto al 04 de setiembre del 2018.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan de Miraflores, 21 de agosto del 2018



Lc. Juan E. Rodríguez Alcántara
DIRECTOR
6038 "OLLANTAY" UGEL 01