

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE  
LA SALUD**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**TESIS:**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON CONDUCTAS  
DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE LA I.E. N° 82040 “VIRGEN DE LA  
NATIVIDAD” – BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA 2019.**

Para optar el Grado Académico de  
**MAESTRO EN CIENCIAS**  
**MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**

Presentada por:

**Bachiller: FERNANDA PAOLA HUACCHA CHÁVEZ**

Asesora:

**Dra. RUTH ELIZABETH VIGO BARDALES**

**Cajamarca – Perú**

**2021**

COPYRIGHT © 2021 by  
**FERNANDA HUACCHA CHÁVEZ**  
Todos los derechos reservados

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

## **ESCUELA DE POSGRADO**



### **UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

#### **PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

#### **TESIS APROBADA:**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE LA I.E. N° 82040 “VIRGEN DE LA NATIVIDAD” – BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA 2019.**

Para optar el Grado Académico de  
**MAESTRO EN CIENCIAS**  
**MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**

Presentada por:  
**Bachiller: FERNANDA PAOLA HUACCHA CHÁVEZ**

#### **JURADO EVALUADOR**

Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales  
Asesora

Dra. Julia Elizabeth Quispe Oliva  
Jurado Evaluador

Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera  
Jurado Evaluador

M. Cs. Aída Cistina Cerna Aldave  
Jurado Evaluador

**Cajamarca – Perú**

**2021**



**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL DE TESIS**

Siendo las 17.20 horas del día 15 de junio de dos mil veintiuno, reunidos a través de [meet.google.com/gzs-vary-qib](https://meet.google.com/gzs-vary-qib), creado por la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. JULIA ELIZABETH QUISPE OLIVA**, **Dra. DOLORES EVANGELINA CHÁVEZ CABRERA**, **M.Cs. AIDA CISTINA CERNA ALDAVE**, y; en calidad de Asesora la **Dra. RUTH ELIZABETH VIGO BARDALES**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de Marco Teórico de los Programas de Maestría y Doctorado, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE LA I.E. N° 82040 "VIRGEN DE LA NATIVIDAD"-BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA 2019.**, presentada por la **Bach. en Obstetricia FERNANDA PAOLA HUACCHA CHÁVEZ**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó **Aprobar** con la calificación de Diecisiete (17) la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Obstetricia FERNANDA PAOLA HUACCHA CHÁVEZ**., está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 18:40 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....  
**Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales**  
Asesor

.....  
**Dra. Julia Elizabeth Quispe Oliva**  
Jurado Evaluador

.....  
**Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera**  
Jurado Evaluador

.....  
**M.Cs. Aida Cistina Cerna Aldave**  
Jurado Evaluador

**Se dedica este trabajo a:**

**A mis padres Fernando y Janet**, por su apoyo constante e incondicional durante toda mi vida personal y profesional.

**A mi hermana Ana Belén y mi abuelita Nieves**, por acompañarme en todo momento y motivarme siempre a superarme y ser mejor persona.

**A C. Leonardo**, en el cielo.

**Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis:**

**A la Universidad Nacional de Cajamarca,** por brindarme las herramientas necesarias para poder generar conocimiento y trascender profesionalmente.

**A la Dra. Ruth Vigo Bardales,** por su motivación y apoyo constante durante todos mis años como estudiante de pregrado y ahora en posgrado.

**A los alumnos de la I.E. “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca,** por permitirme conocerlos y conocer sus vivencias, porque me encaminaron en esta investigación con el fin de ayudar a más adolescentes como ellos.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>Ítem</b>	<b>Página</b>
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTOS	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
LISTA DE ANEXOS	xi
LISTA DE ABREVIATURAS	xiii
RESUMEN	xiv
ABSTRACT	xv
INTRODUCCIÓN	xvi
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Justificación	5
1.4. Delimitación de la investigación	6
1.5. Objetivos de la investigación: general y específicos	7
1.6. Hipótesis: general y específicas	7
1.7. Operacionalización de variables	8
<b>CAPITULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>11</b>
2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial	11
2.2. Bases teóricas	16
2.3. Definición de términos básicos	35

<b>CAPITULO III</b>	
<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	37
<b>3.1. Ubicación geográfica</b>	37
<b>3.2. Diseño de la Investigación</b>	37
<b>3.3. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación</b>	38
<b>3.4. Criterios de inclusión y exclusión</b>	39
<b>3.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información</b>	40
<b>3.6. Validez y confiabilidad del instrumento</b>	43
<b>3.7. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información</b>	44
<b>3.8. Aspectos éticos de la investigación</b>	45
<b>CAPITULO IV</b>	
<b>RESULTADOS</b>	47
4.1. Factores sociales y demográficos	47
4.2. Principales conductas de riesgo	49
4.3. Relación entre factores sociodemográficos y conductas de riesgo	51
<b>CAPITULO V</b>	
<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	68
<b>CONCLUSIONES</b>	82
<b>RECOMENDACIONES</b>	84
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	85
<b>ANEXOS</b>	96

## INDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>TABLA 1:</b> Características sociodemográficas de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.....	47
<b>TABLA 2:</b> Presencia de conductas de riesgo en los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019, según módulos .....	49
<b>TABLA 3:</b> Consumo de alcohol según factores sociodemográficos de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019 .....	51
<b>TABLA 4:</b> Conductas alimentarias según factores sociodemográficos de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.....	53
<b>TABLA 5:</b> Índice de masa corporal de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.....	55
<b>TABLA 6:</b> Consumo de cigarrillos y drogas según factores sociodemográficos de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019 .....	56
<b>TABLA 7:</b> Salud mental según factores sociodemográficos de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.....	58

<b>TABLA 8:</b> Actividad física según factores sociodemográficos de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.....	60
<b>TABLA 9:</b> Factores protectores según factores sociodemográficos de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019 .....	62
<b>TABLA 10:</b> Comportamientos sexuales de riesgo según factores sociodemográficos de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.....	64
<b>TABLA 11:</b> Violencia y lesiones no intencionales según factores sociodemográficos de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019 .....	66

## LISTA DE ANEXOS

<b>ANEXO 1:</b>	Carta de consentimiento informado a padres de familia .....	96
<b>ANEXO 2:</b>	Carta de asentimiento informado a adolescentes .....	98
<b>ANEXO 3:</b>	Encuesta sobre conductas de riesgo en adolescentes (GSHS modificada) .....	99
<b>ANEXO 4:</b>	Informe de validación y confiabilidad del instrumento de evaluación.	110
<b>ANEXO 5:</b>	Resultados obtenidos por según factor sociodemográfico: Consumo de alcohol según género y lugar de residencia de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca.....	115
<b>ANEXO 6:</b>	Módulo sobre conductas alimentarias según género y rendimiento escolar de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019 .....	117
<b>ANEXO 7:</b>	Módulo sobre uso de cigarrillos y drogas, según género y edad de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019 .....	119
<b>ANEXO 8:</b>	Módulo sobre salud mental según género, edad y residencia de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019 .....	120
<b>ANEXO 9:</b>	Módulo sobre actividad física según género de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019 .....	122
<b>ANEXO 10:</b>	Módulo sobre factores protectores, según género de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019 .....	124

<b>ANEXO 11:</b> Módulo sobre comportamientos sexuales que contribuyen a la infección por VIH, otras ITS y embarazos no planeados, según género de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019 .....	126
<b>ANEXO 12:</b> Módulo sobre violencia y lesiones no intencionales según género y edad de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019 .....	128
<b>ANEXO 13:</b> Matriz de consistencia metodológica .....	130

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

MINSA:	Ministerio de salud
INSM:	Instituto Nacional de Salud Mental
OMS:	Organización mundial de la salud
ITS:	Infección de transmisión sexual
ALC:	América Latina y el Caribe
CEPAL:	Comisión económica para América Latina y el Caribe
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
DRE:	Dirección Regional de Educación
GSHS:	Encuesta Mundial de Salud a Escolares
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar y analizar la relación existente entre los factores sociodemográficos con las conductas de riesgo en los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad”- Baños del Inca. Cajamarca 2019. Fue una investigación descriptiva, correlacional y transversal. Se trabajó con una muestra de 73 estudiantes de primero, segundo y tercer grado de educación secundaria, quienes respondieron la “Encuesta sobre conductas de riesgo en adolescentes”, la cual posee un índice de confiabilidad de 0,807 y una razón de validez de contenidos de 0,800. Los hallazgos revelaron que el 56,2% fueron mujeres y 43,8%, varones de entre los 11 y 15 años de edad. Del total de adolescentes estudiados, 26% se encontró expuesto al riesgo de consumo de alcohol; 32,9%, al riesgo de presentar conductas alimentarias no saludables; 74%, presentó riesgo para consumo de cigarrillos y drogas; 41,1%, tuvo riesgo de afectación de su salud mental; en 80,8%, se identificó escasa o nula actividad física; 23,3%, tuvo comportamientos sexuales de riesgo y; 46,6% estuvo expuesto a violencia y lesiones no intencionales. Como conclusiones, se estableció que existe relación significativa entre los factores sociodemográficos descritos y la presencia de conductas de riesgo en los adolescentes de estudio, con valor  $p < 0,05$  e intervalo de confianza del 95%.

**Palabras clave:** adolescencia, factor de riesgo, conducta de riesgo, sexualidad, estilos de vida.

## ABSTRACT

The present research aimed to determine and analyze the relationship between sociodemographic factors and risk behaviors in adolescents with S.I. N ° 82040 "Virgin of the Nativity" - Baños del Inca. Cajamarca 2019. It was a descriptive, correlational and cross-sectional investigation. We worked with a sample of 73 first, second and third grade students of secondary education, who answered the "Survey on risk behaviors in adolescents", which has a reliability index of 0.807 and a content validity ratio of 0.800. The findings reveal that 56.2% were women and 43.8%, men, between 11 and 15 years old. Of the total of adolescents studied, 26% were exposed to the risk of alcohol consumption; 32.9%, at the risk of presenting unhealthy eating behaviors; 74% had a risk of cigarette and drug consumption; 41.1%, presented a risk of affecting their mental health; in 80.8%, little or no physical activity was identified; 23.3% had risky sexual behaviors and; 46.6% were exposed to violence and unintentional injuries. As conclusions, it was established that there is a significant relationship between the sociodemographic factors described and the presence of risk behaviors in the study adolescents, with statistical significance  $p < 0.05$  and a 95% confidence interval.

**Keywords:** adolescence, risk factor, risk behavior, sexuality, lifestyles.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano marcada por importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales (1). Estos cambios proporcionarán la autonomía, autocontrol y empatía necesarios para lograr un desarrollo personal pleno. Sin embargo, en esta etapa suele aumentar el grado de exposición a diversas conductas de riesgo, que pueden conllevar a peligros graves en los adolescentes.

Ante esta problemática, se ha desarrollado el presente estudio, el cual presenta datos precisos sobre las conductas de riesgo más comunes que amenazan el entorno del adolescente a nivel personal, dentro de su familia, grupo social y comunidad; y evalúa su relación con los principales factores sociodemográficos que condicionan los estilos de vida y socialización de los adolescentes de un distrito de Cajamarca. Las conductas de riesgo consideradas para el estudio están distribuidas en ocho módulos que son: uso de alcohol, conductas alimentarias, uso de cigarrillos y drogas, salud mental, actividad física, factores protectores, comportamientos sexuales de riesgo, violencia y lesiones no intencionales, las que fueron analizadas estadísticamente en función a los factores sociodemográficos más relevantes en el entorno del adolescente, con el fin de identificar significancia de la relación y asociación de las variables buscando valor  $p < 0,05$ , con intervalo de Confianza del 95%. Con la obtención de estos valores se logró analizar la relación existente entre los factores sociodemográficos y las conductas de riesgo de los adolescentes del estudio.

La investigación, además, está estructurada en cinco capítulos, el Capítulo I, se detalla el problema, la justificación e importancia, la delimitación y los objetivos de la investigación. En el Capítulo II, se describe el marco teórico en el que se abordan los antecedentes, las bases

teóricas legales y conceptuales de la investigación. En el Capítulo III, se describe la metodología de investigación, ámbito y población del estudio, criterios de inclusión y exclusión, tamaño muestral, instrumentos de recojo de datos, validez y confiabilidad del instrumento, procesamiento y análisis de datos, principios éticos, consentimiento informado y matriz de consistencia metodológica. El Capítulo IV, presenta en tablas los resultados obtenidos en la investigación, con la interpretación respectiva. En el capítulo V, se establece el análisis y discusión de los resultados. Finalmente, se presentan las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

**La autora**

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Planteamiento del problema

En el contexto de los últimos años, los adolescentes han formado parte de una población relegada e incomprensida por casi todos los actores sociales encargados de la formulación de políticas y estrategias de desarrollo para las poblaciones, en casi todos los gobiernos a nivel mundial. En América Latina y el Caribe, al año 2019 existen más de 160 millones de adolescentes (2) y en el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en 2019 la población de 12 a 17 años constituyó el 32,4% del total de la población (3 130 000) (3).

La adolescencia es un periodo que está lleno de cambios y no debe considerarse solamente como la ampliación de la infancia, sino como una etapa de crecimiento y desarrollo que contribuirá a la obtención de madurez psicológica, social y logro de autonomía plena de la persona, porque cuando el niño se hace adolescente, se producen modificaciones físicas, psicológicas, emocionales y sociales; que inician con la pubertad y terminan alrededor de la segunda década de la vida (4). No obstante, es también un periodo de difícil adaptación para muchos adolescentes, debido a la gran presión que existe a nivel personal y social, que en muchas ocasiones los orilla a tomar decisiones erróneas sobre su vida (5).

En la mayoría de los países, el acceso de la población adolescente a los servicios de salud y apoyo social es insuficiente o suelen encontrar obstáculos legales y económicos, así como ambientes hostiles, falta de confidencialidad, los juicios de valor que reciben, la

desaprobación relacionados con sus formas de vida y hábitos personales o la discriminación por su nivel económico y/o educativo (6). Del mismo modo, muchas veces estas dificultades se presentan además por las políticas burocráticas de financiamiento de los de sistemas de salud, educación o vivienda, barreras geográficas y disponibilidad de personal (6).

La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030), propuesta por la secretaría de las Naciones Unidas en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (7), incluye a los adolescentes entre su población beneficiada porque considera que son la base para el éxito general de la agenda hasta el 2030, bajo tres acciones base: “sobrevivir, prosperar y transformar” (4). Porque al ayudar a los adolescentes a gozar de sus derechos a la salud, bienestar, educación y participación plena e igualitaria en la sociedad, se los estará preparando para que desarrollen su pleno potencial en la vida adulta (7).

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos y las nuevas políticas internacionales, los adolescentes siguen desarrollándose en entornos hostiles o conflictivos y realizando acciones que suponen riesgo potencial para su integridad física y mental y que, probablemente, les traerán consecuencias negativas en su vida adulta (2). La última década ha traído consigo un aumento alarmante de índices de delincuencia, drogas, violencia, abuso, violencia física, psicológica y sexual entre otras prácticas riesgosas a la que los adolescentes están expuestos (8).

La Organización Mundial de la Salud ha publicado recientemente las cifras actualizadas sobre los índices de violencia a la que están expuestos los adolescentes y jóvenes a nivel mundial, donde anualmente se cometen en promedio 200 000 homicidios entre personas de 10 a 29 años, lo que supone un 43% del total mundial anual de homicidios (8), con predominio de participación y afectación del género masculino. Por otro lado, entre 3% y

24% de mujeres adolescentes sufrió abuso o fue forzada en su primera relación sexual (8), lo cual también suma grandemente a los porcentajes de violencia.

En el Perú, la última data recolectada por el Ministerio de Salud (MINSA), ha sido publicada en el Documento de la Situación Actual de los Jóvenes (2017) (9), donde se afirma que en los últimos 5 años, la prevalencia del consumo de alcohol en el área urbana, en el grupo etario de entre 12 a 18 años, ha disminuido de 62,7% a 59,7%; no obstante, el consumo de drogas ilegales es mayor en hombres que en mujeres; mientras que el consumo de tranquilizantes predomina en las mujeres respecto a los hombres (2,7% y 1,8%, respectivamente) (9).

También describe que las conductas sexuales riesgosas en adolescentes son un indicador importante, encontrándose hasta el año 2015, 19,7% de los estudiantes de secundaria que manifestaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida y, entre estos, 46,7% tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años sin protección. 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) (9), el porcentaje de embarazos adolescentes es 22,5% en el área rural y 10,6% en el área urbana (9,10).

En la región Cajamarca, la Defensoría del Pueblo articulada con los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente (MAMIS) del MINSA atendieron en el año 2019, 41809 casos de violencia en niños y adolescentes, donde se incluye violencia física, falta de atención económica en el hogar, embarazos adolescentes, violaciones y problemas psicológicos (intento de suicidio, depresión, violencia, etc.) (11).

Diversos investigadores refieren que la familia constituye el principal entorno para el inicio del consumo de alcohol para los adolescentes; por otro lado, los amigos del barrio o grupo social, lo son para el tabaco y la marihuana; mientras que los compañeros de estudio, para el consumo de otras drogas ilegales (12).

Otra situación que se ha convertido en un factor de riesgo alto para adolescentes, debido al descuido de los últimos gobiernos nacionales, es la salud mental. Se sabe que, a la fecha, los adolescentes no reciben atención en salud mental, o la reciben de forma deficiente. De acuerdo a los estudios del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) realizados en el período del 2010 al 2017, la prevalencia de tendencias psicopáticas (venta de objetos robados, mentiras frecuentes, actos delictivos y abandono de la escuela) es elevada entre los adolescentes del país (70% en promedio), así como el porcentaje de adolescentes que son tolerantes a conductas delictivas con un 7,3% en promedio a nivel nacional (9).

Por esta razón es necesario replantear las estrategias que vienen siendo utilizadas para satisfacer las necesidades de la población adolescente en el Perú y la región Cajamarca, y proponer soluciones objetivas y más efectivas, con el fin de tener adolescentes fuertes y empoderados que puedan tomar decisiones conscientes y correctas para evitar conductas de riesgo en su entorno.

A pesar de la información publicada existente y los estudios previos sobre el tema, todavía es necesario investigar más a profundidad y conocer dentro de otras realidades y contextos sociales, el grado de relación y significancia que poseen las conductas de riesgo que asumen los adolescentes de la Institución Educativa N° 82040 “Virgen de la Natividad” del distrito

de Baños del Inca, frente a los diversos factores sociodemográficos inherentes a su contexto de vida y desarrollo personal.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación de los factores sociodemográficos con las conductas de riesgo en los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” de Baños del Inca Cajamarca 2019?

## **1.3. Justificación de la investigación**

La presente investigación se realizó con la finalidad de profundizar los conocimientos existentes sobre aquellos factores que condicionan la práctica de conductas de riesgo en los adolescentes de primero a tercer grado de secundaria, buscando determinar el impacto que estas conductas generan en su vida, tomando en cuenta su desarrollo personal, emocional y educativo, para satisfacer las necesidades carentes de atención en los adolescentes de la región Cajamarca y el Perú.

El aumento en Cajamarca de los índices delictivos, violencia, libertinaje sexual, deficiente salud mental y consumo de alcohol y drogas, evidencian un gran problema de salud pública que requiere atención inmediata y planteo de acciones más efectivas. Ya que la situación real de las condiciones de vida y desarrollo de los adolescentes no son las más idóneas y correctas.

Este estudio presenta, en base a conocimiento teórico y hallazgos estadísticos, las relaciones existentes entre las variables de estudio y los índices de riesgo al que están expuestos los adolescentes de una institución educativa de la región Cajamarca, con una población variada y diversa de adolescentes, cuyos resultados servirán para reorientar los esfuerzos

multisectoriales a nivel local inicialmente (en la I.E) y luego extrapolarlos a los siguientes niveles (distrital y provincial, UGEL y centros de salud), con el fin de evidenciar mejoras a corto plazo en el desarrollo personal, familiar y social de los adolescentes.

Los hallazgos de la presente investigación serán presentados y difundidos a los entes involucrados en el proceso y a la población en general, por medio de la publicación del artículo científico correspondiente, además se busca lograr la aplicación de las estrategias de mejora que serán concertadas con los directivos, docentes, coordinadores de tutoría de la I.E, los adolescentes y los padres de familia de la APAFA.

Posteriormente se compartirán los logros para replicar la investigación en otros contextos sociales y culturales con el fin de contribuir a la mejora de las políticas públicas y sectoriales a favor de la población adolescente en la localidad y el país, con intervenciones más efectivas para el manejo de la problemática actual en la que viven los y las adolescentes.

Adicionalmente, el desarrollo de este estudio y sus resultados, instará a los profesionales de salud, instituciones educativas y docentes en general, a proponer acciones que permitirán plantear diferentes mecanismos de orientación y prevención de riesgos, así como pautas de intervención para que los estudiantes, puedan enfrentar situaciones problemáticas con conductas acertadas y objetivas.

#### **1.4. Delimitación de la Investigación**

El desarrollo de la presente investigación se realizó en la provincia de Cajamarca, distrito de Baños del Inca en la Institución Educativa N° 82040 “Virgen de la Natividad”, con los alumnos del primero a tercer grado de educación secundaria.

## **1.5. Objetivos de la Investigación**

### **1.5.1. Objetivo General:**

- Determinar y analizar la relación que existe entre los factores sociodemográficos con las conductas de riesgo en los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad”- Baños del Inca. Cajamarca 2019.

### **1.5.2. Objetivos Específicos:**

- Reconocer los factores sociales y demográficos que determinan las condiciones de vida y desarrollo de los adolescentes del estudio.
- Identificar las principales conductas de riesgo de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” Baños del Inca.

## **1.6. Hipótesis**

### **1.6.1. Hipótesis Alterna:**

Los factores sociodemográficos si se relacionan significativamente con las de conductas de riesgo en adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca, 2019.

### **1.6.2. Hipótesis Nula:**

Los factores sociodemográficos no se relacionan con conductas de riesgo en adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca, 2019.

### 1.6.3. Definición de variables

- Variable independiente: factores sociodemográficos presentes en la etapa de vida adolescente.
- Variable dependiente: conductas de riesgo de los adolescentes.

### 1.7. Operacionalización de Variables

Definición Conceptual	Definición operacional de las Variables			
	Variables/ Categorías	Dimensiones/ factores	Indicadores / cualidades	Escala
<b>Factores Sociodemográficos:</b>  Los datos que describen cómo los comportamientos de riesgo para la salud. Varían según las características demográficas pueden ayudar a programar y llevar a cabo diversas políticas y programas (30).	Factores socio demográficos presentes en la etapa de vida adolescente considerados para el estudio.	Edad	Se tomarán datos numéricos de edades de entre 11 a 15 años.	Numérica
		Género	Femenino Masculino	Nominal
		Residencia	Urbana Rural	Nominal
		Grado de estudios	Primero Segundo Tercero	Ordinal
		Rendimiento escolar	Bueno Regular Deficiente	Ordinal
		Disp. Tiempo libre	Salir con amigos Quedarse en casa Dedicar tiempo a actividad favorita Videojuegos Leer	Nominal
		Disp. dinero a la Semana	1 – 5 soles 10 soles 15 soles 20 o más.	Numérica
<b>Conductas de riesgo en adolescentes:</b>  El estudio de la identificación y comprensión de comportamientos de riesgo dentro de los	Dimensiones de las conductas de riesgo a las que son expuestas los adolescentes.	Consumo de alcohol	Edad de inicio de consumo de alcohol Consumo de alcohol en los últimos 30 días (días y cantidad ingerida) Acceso a bebidas alcohólicas Consumo de alcohol hasta estado de ebriedad	Nominal

<p>entornos sociales en la etapa de vida adolescente. Pretende lograr una medición de forma efectiva de las relaciones existentes y pretende orientar con puntos cardinales el conocimiento para proveer mejores servicios a los jóvenes. Surge además la necesidad de orientar y definir una ruta crítica de acción en políticas públicas.</p>		Problemas familiares o escolares a causa de consumo de alcohol	
	Conductas alimentarias	<p>Estatura (cm)          Peso (kg)          Frecuencia de sensación de hambre          Consumo de frutas en ultimo 30 días          Consumo de verduras en último 30 días          Consumo de refrescos o bebidas gaseosas en últimos 30 días          Consumo de comida rápida últimos 30 días</p>	
	Uso de cigarrillos y drogas	<p>Edad de inicio de consumo de tabaco          Frecuencia mensual de consumo de tabaco          Edad de inicio de uso de drogas          Cantidad de droga consumida en toda su vida</p>	Nominal
	Salud mental	<p>Frecuencia de sentimiento de soledad en el último año          Frecuencia de preocupación o insomnio en el último año          Posibilidad de suicidio (12 meses)          Intento de suicidio (12 meses)          Número de amigos cercanos</p>	Nominal
	Actividad Física	<p>N° de días de práctica de actividades físicas          Uso de bicicletas o desplazamiento a pie          Días de clase de educación física          Actividades de ocio</p>	Nominal
	Medidas de protección	<p>Inasistencias al colegio          Gestos de amabilidad de compañeros de clase          Los padres o cuidadores verifican que se realicen tareas domiciliarias          Padres o cuidadores empatizan con problemas y preocupaciones cotidianos</p>	Nominal

			Padres o cuidadores conocen en que se utiliza el tiempo libre del adolescente Padres o cuidadores revisan sin permiso artículos personales.	
		Conductas sexuales de riesgo (ETS, VIH, Embarazo no planificado)	Haz iodo hablar de VIH y SIDA Enseñanza en el colegio de infección por VIH Edad de inicio de relaciones sexuales Número de parejas sexuales Uso de preservativo Uso de métodos de planificación familiar	Nominal
		Violencia y lesiones no intencionales	(medido en frecuencia en los últimos 12 meses) Víctima de agresión física Participación en peleas físicas Lesiones serias Descripción de la lesión más seria Causa de la lesión más seria Frecuencia de intimidación en últimos 30 días Forma de intimidación en últimos 30 días	Nominal

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes Teóricos de la Investigación**

##### **2.1.1. Antecedentes Internacionales:**

López S y Rodríguez J. (2012) publicaron en España un estudio sobre factores de riesgo y protección en el consumo de drogas y conducta antisocial en adolescentes. Tuvo como objetivo identificar el papel de la edad y sexo como predictores de la conducta antisocial y del consumo de drogas, así como la identificación de los factores de riesgo y protección comunes. Utilizaron el instrumento Communities that Care Youth Survey (CTCYS), para identificar el consumo de drogas, conducta antisocial y factores de riesgo y protección en la familia, la escuela, la comunidad y el adolescente. Los resultados resaltan la importancia de considerar conjuntamente el riesgo y la protección, confirman la existencia de factores predictores comunes y la influencia recíproca del consumo y la conducta antisocial (13).

Martínez I y cols. (2013) presentaron en España un estudio sobre estilos de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y problemas de conducta en adolescentes. El objetivo fue analizar el estilo de socialización familiar como un factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias con una muestra de 673 adolescentes de 14-17 años de los cuales el 51,7% eran mujeres. Se utilizó como instrumento la Escala de Estilos de Socialización Parental en Adolescentes (ESPA29), y una escala de consumo de sustancias, Los resultados de análisis identificaron al estilo de socialización

parental indulgente como un factor de prevención del consumo de sustancias mientras que el estilo autoritario era identificado como un factor de riesgo (9).

Gutiérrez P y cols. (2014) México, tuvieron como objetivo determinar la relación entre rendimiento escolar, autoestima y funcionalidad familiar en adolescentes. Usaron un estudio transversal, descriptivo, con 74 adolescentes de 10-17 años, de educación secundaria. Usaron el instrumento de autoconcepto forma A para evaluar autoestima, el FACES III para funcionalidad familiar y escala de evaluación escolar para rendimiento escolar. Como resultado obtuvieron que los escolares con alto rendimiento tenían autoestima alta en el 68%; funcionalidad familiar en el 54%, predominio del sexo femenino en el 73%; edad de 13 años en el 60%, y cursaban el segundo grado escolar el 46%. Los escolares con bajo rendimiento escolar presentaron una autoestima baja en 78%. Al relacionar el rendimiento escolar con la dinámica familiar, encontraron que la disfuncionalidad familiar era un factor de riesgo (10).

Nárez M. (2013), presentó en México una investigación que tuvo como objetivo la identificación de factores de la dinámica familiar, que se asocian con las conductas de riesgo en adolescentes. La investigación fue de tipo cuantitativa, se aplicó el test: “¿cómo es tu familia?”, valoraron a 30 participantes con edades que fluctuaron entre los 15 y los 18 años, así como a sus padres. Los resultados permitieron identificar que los factores de comunicación en la relación padre /hijo, tiene una influencia importante en la presencia de conductas de riesgo en el adolescente (16).

Guerrero J. (2017) Ecuador, tuvo el objetivo de determinar la presencia de hábitos nocivos en estudiantes de tercero de bachillerato de una Unidad Educativa. Su investigación tuvo diseño cuali cuantitativo, no experimental, tipo descriptivo y transversal. Aplicó una encuesta

con preguntas de opción múltiple y obtuvo como resultados que, la población estudiantil era mayoritariamente masculina (55,9%), con edades entre 16 – 17 años (92,4%). Hubo presencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas, que se vinculó con la influencia de los amigos. La autopercepción del 62,3% era normal. Las horas de sueño eran las suficientes para reparar su estado psicofisiológico. La mayoría refirió no haber recibido información, charlas y ningún tipo de consejo para hacer frente a los hábitos nocivos y optar por un estilo de vida más saludable (12).

Sanabria A. (2010) publicó en Colombia una investigación con el objetivo de estudiar los factores de riesgo asociados con la conducta antisocial y delictiva en dos grupos de adolescentes. Un grupo está conformado por adolescentes reclusos en instituciones privadas para menores infractores, y el grupo control, de adolescentes no infractores, que asisten a una institución pública. La muestra estuvo conformada por 179 adolescentes con edades entre 12 y 18 años. Los resultados mostraron que los adolescentes que se encuentran reclusos en institución privada presentaban mayor frecuencia de exposición a los factores de riesgo, en comparación con los adolescentes no infractores que asisten a una institución pública. Sin embargo, ambos grupos están expuestos al maltrato, el consumo y abuso de alcohol en proporciones similares, y expuestos a generar comportamiento antisocial y delictivo (18).

### **2.1.1. Antecedentes Nacionales**

Rivera R (2012), presentó un estudio en Arequipa, en el que tuvo como objetivo determinar la influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes no institucionalizados. Evaluó a 929 alumnos de secundaria entre 13 y 17 años. Aplicó instrumentos sobre datos sociodemográficos, conductas antisociales y funcionamiento

familiar: relación, satisfacción, cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar. Analizo las variables por medio de modelos de ecuaciones estructurales diferenciados por sexo. Los resultados mostraron que el funcionamiento familiar, en ambos sexos, y el número de hermanos, en los varones, son factores protectores frente a las conductas antisociales. Los factores de riesgo son: maltrato infantil y violencia entre los padres, en las mujeres; además del consumo de alcohol en los padres, para ambos sexos (13).

Zavaleta (2015) publicó en Lima un estudio sobre factores de riesgo asociados con trastorno depresivo en estudiantes adolescentes, de tipo cuantitativo de casos y controles. Evaluó a una muestra de 145 casos (adolescentes con depresión) y 145 controles (145 adolescentes sin depresión). Obtuvo como resultados que el 61 % fueron mujeres y el 39 % varones. La media de edad fue 13,7+/-2,5 años. 38,6 % tuvo antecedente de episodio depresivo, 32,1% tuvo a la madre con diagnóstico de trastorno depresivo. 22,8 % tuvo antecedente de suicidio de un familiar. 11% hacían uso de sustancias, la violencia intrafamiliar de mayor frecuencia fue la psicológica. Se estableció que los factores de riesgo de trastorno depresivo en adolescentes es el abuso de sustancias, la disarmonía y violencia familiar, el tener un familiar de primer grado con depresión, el antecedente de episodio depresivo previo, y el estresor social (20).

Yalán B (2016) investigó en Lima y tuvo como objetivo determinar las conductas sexuales de riesgo en los estudiantes adolescentes. Realizó un estudio descriptivo transversal, con una población de 205 estudiantes de ambos sexos de tercero y cuarto año de secundaria con edades entre 13 a 18 años. Aplicó un cuestionario a 106 adolescentes de tercer año, teniendo 51 varones (48,1%) y 55 mujeres (51,9%) y a 99 adolescentes de cuarto año, de los cuales, 48 son varones (48,5%) y 51 mujeres (51,5%). Concluyó que, el entorno familiar, económico, escolar y social son factores protectores, pero a la vez factores de riesgo para una conducta

sexual en los adolescentes, como el inicio temprano de las relaciones sexuales. El consumo de drogas como la marihuana, el alcohol, no uso de preservativo y abandono del hogar, fueron las conductas de riesgo que más resaltaron en esta investigación (21).

### **2.1.1. Antecedentes Locales**

Díaz F. (2017), realizó una investigación en Cajamarca en que tuvo como objetivo comparar los niveles de agresividad de los adolescentes en un contexto urbano y rural. Trabajó con una muestra de 195 (35,4%) adolescentes de zona rural y de 356 (64,6%) adolescentes de zona urbana entre los 14 y 16 años. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Agresión de Buss y Perry (1992). Concluyó que existe mayor agresividad física en la zona urbana que en la zona rural, teniendo una diferencia significativa de  $p=0.05$ ; sin embargo, al comparar los niveles de agresividad de los adolescentes del contexto urbano y rural de la ciudad de Jaén-Cajamarca, no encontró diferencias significativas ( $p>0.05$ ) entre el nivel de agresividad de los adolescentes de 14 y 16 años de la zona rural y urbana, debido a la presencia de un mismo patrón cultural que manejan las zonas rurales y urbanas del distrito de Jaén (22).

Bringas M. (2017) publicó en Cajamarca una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre salud sexual y conductas de riesgo en adolescentes de educación secundaria. Realizó un estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 278 adolescentes. Los resultados mostraron que tenían entre 13 y 15 años, procedían de zona urbana y de familias nucleares. Las conductas de riesgo determinadas fueron el inicio precoz de la vida sexual (entre 12 y 14 años), siendo en su totalidad con consentimiento y usaron preservativo como método anticonceptivo. Se halló relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre el nivel de

conocimientos con salud sexual y frecuencia de relaciones sexuales, varias parejas sexuales, relaciones sexuales bajo influencia de alcohol o drogas, con el tipo de método anticonceptivo que usa (23).

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Factores sociodemográficos en la etapa de vida adolescente**

#### **Género**

El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos (24).

A su vez, esas desigualdades pueden crear inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria.

Es importante diferenciar a los adolescentes en función a su género, ya que, este condiciona variación en los resultados. Así, por ejemplo, los adolescentes varones consumen más frecuentemente y en mayor cantidad las distintas drogas que las mujeres. Por otra parte, el consumo de drogas ilegales predomina significativamente en varones frente a las mujeres (25).

#### **Zona de residencia**

La relación desigual entre el campo y la ciudad ha impulsado, desde hace décadas, fuertes corrientes de migración de la población rural en busca de oportunidades. La

desigualdad de género y la desigualdad étnica, contribuyen fuertemente a la preservación de diversos tipos de organización doméstica, debido a que el Perú tiene particularidades históricas y actuales muy arraigadas (26).

Benites A (27), indica que el adolescente habitante en zonas rurales está expuesto a situaciones de mayor vulnerabilidad y que se enfrenta a la problemática de la existencia de una cultura con roles tradicionales más marcados, donde la adolescencia no parece ser valorada como etapa de formación y desarrollo, sino que se valora en mayor medida la inserción en el trabajo, y al mismo tiempo se encuentran fuertemente marcadas las diferencias de roles de género, lo que limita las opciones de vida tanto de las mujeres como de los varones.

### **Nivel de estudios y rendimientos escolar**

El rendimiento académico es la suma de diferentes y complejos factores que actúan en la persona que aprende. Ha sido definido con un valor atribuido al logro del estudiante en las tareas académicas. Se mide mediante las calificaciones obtenidas, con una valoración cuantitativa o cualitativa, cuyos resultados muestran las materias ganadas o perdidas, la deserción y el grado de éxito académico. Hace alusión a la evaluación del conocimiento adquirido, en el ámbito educativo en cualquiera de sus niveles, como una medida de las capacidades del estudiante para responder a los estímulos educativos (28).

En este sentido, el rendimiento académico está vinculado a la actitud, un bajo rendimiento académico puede estar asociado a la subjetividad, metodología y forma de evaluación empleadas por los docentes en su quehacer pedagógico (28). No obstante, dentro de los sistemas empleados para la prevención de problemas de

conducta, el pobre rendimiento académico y la falta de compromiso e integración con la educación recibida son aspectos considerados a la hora de explicar las conductas de riesgo, y en particular el consumo de drogas. Así, hay una relación entre el mal rendimiento escolar/ repetidoras de curso y el consumo de sustancias (29).

### **Disponibilidad de dinero y tiempo libre**

Samperi M (30) refiere que, en la adolescencia, la tarea principal es el afianzamiento de la identidad y donde la rebeldía, el afán de autodefinirse y autodiferenciarse, adquieren un rol principal. Los adolescentes comienzan a reflexionar acerca de ellos mismos, aparece la fantasía de independencia y se produce un distanciamiento afectivo de la familia, y un acercamiento hacia sus pares (con quienes generan fuertes vínculos). En esta etapa los adolescentes comienzan a tener una mayor autonomía y libertad para elegir y tomar ciertas decisiones (30); sin embargo, si existe influencia negativa de los pares y el grupo, hay más posibilidad de exposición a riesgo de consumo de sustancias y alcohol (14).

### **2.2.2. La Adolescencia**

La Organización Mundial de la Salud (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 (31). Sin embargo, no es posible ubicarla en límites exactos. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios drásticos, que viene condicionada por procesos biológicos y que inicia con la pubertad (31).

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales (31).

### **2.2.3. Periodos de la etapa de vida adolescente**

#### **La Adolescencia temprana**

Se clasifica así al período ubicado entre los 10 y los 13 años de edad (31). Se caracteriza por presentar crecimiento físico acelerado (evidenciado en el aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales), aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular (más marcada en el varón). Sin embargo, estos cambios no siempre ocurren de forma armónica, por lo que es común que se puedan generar en los adolescentes trastornos emocionales y conductuales transitorios. Hay gran cantidad de cambios relacionados con el inicio de la aparición de las características sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva (32).

Además de los cambios físicos mencionados, existe también una interrelación más objetiva con las figuras de autoridad de su entorno (padre, madre o tutor), y situaciones en las que el adolescente tiende al aislamiento, para poder explorar y asimilar poco a poco sus cambios físicos y psicológicos, que en ocasiones le generan conflictos, por esta razón una de las áreas más vulnerables de esta etapa es la autoestima (33).

### **La Adolescencia media.**

Hace referencia al período ubicado entre los 14 y los 16 años (31). Entre las características principales, existe mayor integración con el nuevo esquema corporal y una mayor preocupación por la apariencia física. Ocurre una transición hacia una forma de pensamiento mucho más abstracta y simbólica. Hay mayor capacidad para reconocer limitaciones y potencialidades lo que posibilita una capacidad más realista para pensar en proyectos futuros (34).

Así mismo, el adolescente comienza a cuestionar de manera abierta la autoridad de sus padres, debido a la consolidación de un sistema de valores propios. A la vez, intensifica sus vínculos sociales y de pareja. Ocurren las primeras experiencias de sexualidad genital y cobran mayor relevancia en esta etapa (33,35).

### **La Adolescencia tardía.**

Es el periodo ubicado entre los 17 y 19 años (31). La característica de este periodo es el desarrollo de las inteligencias múltiples, la adquisición de mayor independencia y estabilidad emocional. Inicia el proceso de consolidación de su identidad. Conformación de un proyecto de vida, lo que es el área de mayor preocupación para los adolescentes en esta etapa (31,36).

#### **2.2.4. Desarrollo en la adolescencia**

En el ámbito de la Psicología, los principales contenidos de la personalidad comienzan a esbozar las características particulares del futuro adulto. Surge el pensamiento teórico que les permite realizar reflexiones más profundas, elaborar hipótesis con juicios enunciados verbalmente y comprobables a través de un proceso deductivo, de ahí que llegar a

generalizaciones con mayor amplitud favorezca la crítica ante su realidad y el ofrecimiento de argumentos sólidos para avalar sus acciones (37). Estos cambios permiten que el adolescente pueda adecuarse y adaptarse a variaciones en su entorno y esto influirá en el desarrollo de intereses cognoscitivos y profesionales.

En el ámbito afectivo – motivacional, el adolescente se caracteriza por gran excitabilidad, y aparición de sentimientos más variados y profundos, como el que surge con el interés amoroso. Esto condiciona, además, a la aparición de diversos puntos de vista, juicios y opiniones propias de carácter moral, que participan en la regulación de su conducta con relativa independencia de la situación misma (38). Al existir cada vez más actividades que motivan a la persona y su conducta, aparece la jerarquización y priorización.

En el ámbito biológico, hay notorias modificaciones físicas en un periodo relativamente corto de tiempo. La aparición de la “tormenta hormonal” (4), desde el punto de vista endocrino, tiene su expresión en las dimensiones físicas del cuerpo (crecimiento de todas las estructuras e incremento de la masa corporal principalmente), en la fisiología del organismo (deficiencias del sistema circulatorio, desórdenes en el funcionamiento del sistema nervioso) y en la maduración sexual (aparición de los caracteres sexuales secundarios y cambios en los primarios, aparición de la primera eyaculación y la primera menstruación, etc.) (4,37).

La interacción de los cambios suscitados en cada ámbito, posibilitan al adolescente alcanzar niveles de autonomía, relaciones interpersonales saludables con su entorno, hasta alcanzar el desarrollo pleno y su pase a la juventud (4,37,38).

### **2.2.5. Salud pública y adolescencia**

Los adolescentes constituyen un subgrupo poblacional muy importante desde la perspectiva de salud pública, no solo por su número, capacidad reproductora y poder adquisitivo, sino también porque su estado de salud, su comportamiento y sus hábitos actuales tendrán una enorme repercusión en su estilo de vida y su salud futura (4,31).

La adolescencia es el periodo más sano de la vida desde el punto de vista orgánico, pero es un período muy problemático y de alto riesgo; la mayoría de sus problemas de salud son consecuencia de sus comportamientos y hábitos iniciados en esta edad y con efectos potencialmente graves para su vida actual y futura: lesiones, accidentes, violencia, delincuencia, consumo de tabaco, alcohol, drogas, conductas sexuales de riesgo que conducen a embarazos no deseados e infecciones, problemas de salud mental (de la conducta, del aprendizaje y familiares), entre otras (5). La mayoría de estas conductas de riesgo son prevenibles desarrollando habilidades sociales, empatía y resiliencia.

El periodo de adolescencia está lleno de oportunidades y cambios, que ayudarán a desarrollar sus capacidades para aprender, experimentar, utilizar el pensamiento crítico, expresar la libertad creativa y participar en procesos sociales y políticos, por lo que asegurar el pleno desarrollo de estas capacidades debe ser una prioridad común a todas las sociedades. (39).

Sin embargo, ser adolescente en América Latina y el Caribe (ALC) significa también tener que afrontar obstáculos asociados a la pobreza, la falta de oportunidades o la ausencia de redes y entornos protectores que puedan garantizar un desarrollo saludable (17).

## **2.2.6. Riesgo y conductas de riesgo en la etapa de vida adolescente**

### **2.2.6.1. El enfoque de riesgo en la atención de la salud**

Riesgo implica la probabilidad que la presencia de una o más características o factores incrementa la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal o de otros (42).

El conocimiento del riesgo indica la medida de necesidad de atención sobre los factores que se toman en cuenta y aumenta la posibilidad de que la intervención sea adecuada. Sin embargo, no conduce a la certeza de que el daño se produzca, por ejemplo, el riesgo de tener un accidente es distinto para individuos y grupos dentro de una población determinada (42).

Las consecuencias destructivas del riesgo varían durante el ciclo vital en relación a los procesos de maduración, las condiciones de protección y los recursos personales para efectuar ajustes o integraciones transformadoras de la situación. Así, los daños biológicos o psicosociales que un individuo experimenta, pueden no hacerse evidentes en el momento mismo de las condiciones de riesgo (como situaciones de la niñez, recién afectarán aspectos que se presentan en la fase juvenil, o vulnerabilidades sufridas en el período adolescente pueden influir negativamente la fase adulta). De esta forma, aparecerán comportamientos juveniles que en la adultez se traducirán en drogadicción, alcoholismo, delincuencia, etc. (42).

### **2.2.6.2. Teoría del riesgo**

Teoría del riesgo se refiere a la posibilidad de daños futuros debido a decisiones particulares. Las decisiones que se toman en el presente condicionan lo que acontecerá en el futuro,

aunque no se sabe de qué modo. El riesgo está caracterizado por el hecho de que la posibilidad de consecuencias negativas. Conviene, de cualquier modo, decidir mejor de una manera que de otra.

En base a la evidencia reciente en neurociencia, se 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 involucre igualmente en dichas conductas (43).

### **2.2.6.3. Principales conductas de riesgo en la etapa de vida adolescente**

Durante la adolescencia, se pueden iniciar muchas conductas de riesgo que van a afectar su salud biopsicosocial, según la etapa en la que se encuentre el adolescente. Muchas veces, estas conductas continuaran en la adultez, contribuyendo a la morbilidad y mortalidad adulta precoz (44).

Las conductas de riesgo de mayor prevalencia en la etapa de vida adolescente, entre otras, son:

#### **Consumo de alcohol**

La conducta de consumo de alcohol en los adolescentes está determinada por el contexto interpersonal en el que se desenvuelven. El hecho de aceptar o rechazar el consumo de alcohol puede estar vinculado con otros factores que engloban no sólo al propio individuo y sus características personales, sino también a todo lo que acontece en cada uno de los

contextos en los que se desarrolla (45). Diversos autores han destacado la relación que el consumo de drogas en la adolescencia tiene con los tres principales ámbitos de la vida del adolescente: la familia, el grupo de iguales y la escuela(45)

El consumo nocivo de alcohol entre los adolescentes preocupa cada vez más a muchos países, ya que reduce el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales no protegidas o comportamientos peligrosos en la carretera. Es una de las principales causas de lesiones (incluidas las provocadas por accidentes de tránsito), violencia (especialmente por parte de la pareja) y muertes prematuras. Además, puede provocar problemas de salud en una etapa posterior de la vida e influir en la esperanza de vida.

Fijar una edad mínima para comprar y consumir alcohol y regular la forma en que se promocionan las bebidas alcohólicas para el mercado de los jóvenes son algunas de las estrategias que pueden ayudar a reducir el consumo nocivo de alcohol (45).

### **Desórdenes alimenticios**

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 del factor psicológico y 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 trastornos alimenticios 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 (43).

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 o 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 (43).

### **Consumo de sustancias psicoactivas**

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 (43).

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 (43,46).

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 (46).

### **Salud mental**

Los problemas de salud mental en adolescentes tienen una elevada incidencia no sólo en el Perú sino a nivel mundial, y a pesar de su magnitud, aún no es considerada como una prioridad de parte de los gobiernos, lo que dificulta el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y rehabilitación (47).

Se considera como problemas de salud mental a los trastornos mentales y a factores de riesgo para el desarrollo de los mismos, como violencia, abandono, explotación laboral o sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o problemas asociados con la emigración y los conflictos sociales (47).

La OMS (48) señala que, hasta un 20% de los adolescentes del mundo sufre alguna enfermedad discapacitante, el suicidio es un problema de salud mental presente en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte entre los adolescentes, el trastorno depresivo mayor se inicia frecuentemente durante la adolescencia y se asocia a una incapacidad psicosocial y a un alto riesgo de suicidio, y que los trastornos del comportamiento tienden a persistir hasta la adolescencia y la adultez, asociándose a menudo a delincuencia y comportamientos antisociales, así como problemas de pareja, desempleo y deficiente estado de salud física (48).

De igual manera muchos adolescentes que viven los estragos de la guerra o de los desastres naturales, pueden sufrir trastornos de estrés postraumático. El abuso de sustancias en este rango de edad, es otro problema de graves consecuencias para la sociedad (47).

Propiciar el desarrollo de aptitudes para la vida en los niños y adolescentes y ofrecerles apoyo psicosocial en la escuela y otros entornos de la comunidad son medidas que pueden ayudar a promover su salud mental. También desempeñan una función importante los programas que brindan apoyo para fortalecer los lazos entre los adolescentes y sus familiares. Si surgen problemas, deben ser detectados y manejados por trabajadores sanitarios competentes y con empatía (43,49).

## **Actividad física y nutrición**

La actividad física es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Asimismo, se menciona que en la población mundial hasta el año 2015, el 60% no realiza la suficiente cantidad de actividad física como para obtener beneficios para su salud. Esto se debe a la poca participación en programas o actividades físicas durante el tiempo de ocio, y a un aumento de los comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas (50).

En el caso de la población adolescente, los hábitos también se observan menos activos esto debido a un aumento del uso de recursos tecnológicos (celular, televisión, computadora), que contribuyen negativamente sobre los niveles basales de la actividad física generando, además, aumento de peso (50).

Desarrollar en la adolescencia unos buenos hábitos de alimentación sana y ejercicio físico es fundamental para gozar de una buena salud en la edad adulta. Asimismo, reducir la comercialización de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal, y ofrecer acceso a alimentos sanos y oportunidades de hacer ejercicio son medidas importantes para todos, pero en particular para los niños y los adolescentes.

Sin embargo, los datos de las encuestas disponibles indican que menos de uno de cada cuatro adolescentes sigue las directrices recomendadas sobre actividad física: 60 minutos diarios de actividad física moderada o intensa (43).

## **Conducta sexual arriesgada**

Los adolescentes consideran a su sexualidad dentro de tabúes e ideas erróneas que los expone a situaciones de riesgo para su salud física y mental, tales como considerar que tener relaciones sexuales “de vez en cuando” no los expone al riesgo de embarazo. Asimismo, un comportamiento muy arraigado en las adolescentes es el pensamiento de que si usan anticonceptivos y “otros lo saben” pensarán o las tacharán de “fáciles”, promiscuas. 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. 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 (43).

Sobre este tema se debe tener especial cuidado respecto de la información que se les entrega a los adolescentes, como en la forma de decirlo, ya que una cosa es que se percibe o se entiende que lo que ellos comprenden (43).

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 (51).

En general, la mujer tiene una sexualidad menos centrada en los aspectos genitales que el hombre, y valora más los aspectos de relación (10).

Por otro lado, la sexualidad, y el consumo de alcohol y drogas en los adolescentes, figuran en la actualidad como uno de los asuntos con mayor prioridad para la salud pública, la preocupación radica en reducir los riesgos de infecciones de transmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana y los embarazos tempranos no deseados (10).

Tener prácticas sexuales no protegidas, y el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, son dos de las mayores preocupaciones de la salud pública en la actualidad. En América Latina, la OPS (6) estima que la mitad de los nuevos casos por VIH se reportan en personas con edad inferior a 25 años, los cuales se han contaminado por vía sexual. En los Estados Unidos y Centroamérica, los mayores índices de contagio con el VIH están en los jóvenes con edades entre 17 y 19 años, en su mayoría varones (39).

## **Violencia**

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.

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 agresivo es antisocial o criminal, no todo comportamiento antisocial es violento, pero la violencia siempre es un comportamiento antisocial (52).

Es necesario caracterizar también al acoso escolar (bullying) ha sido objeto de creciente atención y alarma social en los últimos años, aunque se trata probablemente de un fenómeno que ha estado siempre presente en nuestra sociedad (53).

Entre los factores que refieren los adolescentes como causas asociadas al acoso escolar se encuentran el sexo masculino, tener entre 10 y 14 años, tener sobreprotección de los padres y el consumo de sustancias adictivas como tabaco, alcohol y otras drogas. Asimismo, se han descrito estudios que han asociado el hecho de sufrir acoso escolar con problemas psicopatológicos como depresión, ansiedad o trastornos alimentarios (53).

### **Conductas delictivas y pandillaje**

La conducta delictiva es un fenómeno de ámbito mundial (43). Algunos países lo definen en relación con el Código Penal (infracciones por menores de edad) y en otros por una variedad de actos añadidos y relacionados con las leyes de fondo, por lo que las cifras pueden ser muy diferentes. La delincuencia es un fenómeno estrechamente vinculado a cada tipo de sociedad y es un reflejo de las principales características de la misma.

Herrera (54) la define como: “el fenómeno social constituido por el conjunto de las infracciones, contra las normas fundamentales de convivencia, producidas en un tiempo

y lugar determinados”. 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. En el Perú, las primeras pandillas surgieron durante los años 1990, como consecuencia del descontento social que se manifestó durante la época del terrorismo (43).

### **Factores de protección**

Se definen de esta manera a las características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo y de conductas de riesgo, pudiendo, de este modo reducir la vulnerabilidad general o específica. Se plantea la existencia de dos tipos de factores protectores, los de amplio espectro (indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos) y los factores protectores específicos a ciertas conductas de riesgo (55).

Dentro de los factores de amplio espectro se encuentra la familia con buena comunicación interpersonal, alta autoestima, proyecto de vida elaborado, sentido de la vida elaborado, el permanecer al sistema educativo formal y tener un alto nivel de resiliencia.

Como factores protectores específicos se encuentra el uso de medidas de bioseguridad, educación vial, abstinencia sexual y uso de preservativo, evitar el consumo de alcohol y drogas, etc. (55).

Pueden incluirse entre los factores de protección a la asistencia escolar y la observación del apoyo social en la escuela por parte de los profesores o los pares, debido a que existen investigaciones que establecen la importancia y significancia de la escuela para los adolescentes, pues es el lugar más importante en sus vidas fuera de la familia. La inasistencia a clase está relacionada con la prevalencia de varios comportamientos de riesgo relativos a la salud, incluyendo violencia y comportamientos sexuales de riesgo. Es menos probable que aquellos adolescentes que tienen una relación positiva con los profesores y con la escuela inicien una actividad sexual temprana, que consuman sustancias y que experimenten depresiones (12).

Del mismo modo, es menos probable que los adolescentes que viven en un medio social que les aporta relaciones significativas, que fomenta que se expresen ellos mismos y que les ofrece una estructura y les impone límites, manejen de forma más asertiva la presión social por gustar y/o complacer al grupo, dado que esta situación, muchas veces es crucial en el desarrollo de la salud de los jóvenes, y aquellos que no están integrados socialmente corren más riesgos de experimentar dificultades en cuanto a su salud física y emocional (43). La marginación por parte de los compañeros durante la adolescencia puede conducir a un sentimiento de soledad y a experimentar síntomas psicológicos. La interacción con los amigos tiende a mejorar las habilidades sociales y a reforzar la habilidad de sobrellevar los acontecimientos estresantes (56).

## **2.3. Definición de términos básicos**

### **2.3.1. Adolescencia**

Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer, y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y, también, crecimiento y maduración. Esta etapa se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad, aspecto puramente orgánico, y termina alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial (57). La adolescencia comprende un periodo de tiempo impreciso, y su duración ha ido aumentando en los últimos años debido al comienzo más precoz de la pubertad y a la prolongación del periodo de formación escolar y profesional.

La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años y la Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia (SAHM), la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años) (5).

### **2.3.2. Factores sociodemográficos**

Son los datos que describen cómo los comportamientos de riesgo para la salud, varían en función a las características demográficas y sociales de las poblaciones y cómo pueden ayudar a programar y llevar a cabo diversas políticas y programas (58).

### **2.3.3. Riesgo**

forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente (1).

#### **2.4.4. Factores de riesgo**

Son aquellos elementos que tienen una gran posibilidad de originar o asociarse al desencadenamiento de un hecho indeseable, o de una mayor posibilidad de enfermar o morir, pueden ser la causa de un daño o actuar como moduladores del mismo si influyen en él, un ejemplo claro podría ser el alcohol y el uso de vehículos (43).

#### **2.3.5. Situación de riesgo**

Aquellas circunstancias que ofrecen un riesgo a toda la comunidad o grupo social. Por ejemplo, permisividad en el uso de drogas; las exigencias que se imponen a la práctica de determinados deportes, o excesivo culto a la imagen corporal (43).

#### **2.3.6. Conducta 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. El adolescente sin experiencia, o con ésta de forma muy limitada, se compromete en conductas destructivas, sin conocer los riesgos a corto y largo plazo (43).

Las conductas de riesgo son: uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, conducta sexual arriesgada, hábitos dietéticos alterados, sedentarismo, conductas de violencia e inseguridad que conducen a los accidentes y a la delincuencia (43).

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1.Ubicación geográfica**

La Institución Educativa N° 82040 “Virgen de la Natividad” se encuentra en el Jr. Atahualpa s/n en el distrito de Baños del Inca, provincia de Cajamarca. Tal Institución compete a la UGEL Cajamarca y esta última pertenece a la Dirección Regional de Educación (DRE) Cajamarca. La I.E. “Virgen de la Natividad” nivel secundario, aporta una educación de la más alta calidad en un entorno de didáctica seguro, en donde los estudiantes alcanzan su total crecimiento intelectual, moral, físico, espiritual, social y emocional.

#### **3.2. Diseño de la investigación**

La investigación tiene diseño descriptivo, correlacional y corte transversal (22). Este tipo de estudio permitió describir la relación y asociación de los factores sociodemográficos y las conductas de riesgo de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” Baños del Inca, del nivel secundario.

Es descriptivo porque estudia cómo son y cómo se manifiestan las correlaciones dentro del fenómeno o problema en estudio, es de corte transversal debido a que recoge y analiza datos en un momento y espacio determinado sin realizar seguimientos y es correlacional porque busca conocer cómo se comporta una variable o concepto, respecto al comportamiento de otras variables relacionadas. Esto significa analizar si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o disminución en la otra.

### 3.3. Población y muestra

#### 3.3.1. Población

Tomando como referencia la información de la matrícula del año 2019 de la I.E. participante, se incluyó a estudiantes de primero a tercer año, con una población de 146 adolescentes, distribuidos de la siguiente manera.

<b>GRADO</b>	<b>N° DE ALUMNOS</b>
PRIMERO	58
SEGUNDO	50
TERCERO	38
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>

#### 3.3.2. Muestra

Se incluyó a 73 adolescentes matriculados en la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” nivel Secundario - Baños del Inca, en el año 2019, considerando un factor de pérdida del 5% de los datos. La muestra se obtuvo de la siguiente manera.

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

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 154}{0.05^2 \cdot (146 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.2 \cdot 0.8}$$

$$n = 68 \text{ adolescentes.}$$

<b>GRADO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>MUESTRA POR ESTRATOS</b>
<b>PRIMERO</b>	58	27
<b>SEGUNDO</b>	50	23
<b>TERCERO</b>	38	18
<b>SUB TOTAL</b>		68
<b>TOTAL</b>		73

### **3.3.3. Muestreo**

Se aplicó un muestreo aleatorio estratificado, en función al número de alumnos matriculados en primero, segundo y tercer grado de secundaria en el año académico 2019 en la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad”- Baños del Inca, usando para ello un intervalo de confianza del 95%.

### **3.3.4. Unidad de Análisis**

Cada uno de los estudiantes de primer a tercer grado del nivel secundario de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” Baños del Inca.

## **3.4. Criterios de inclusión y exclusión**

### **3.4.1. Criterios de inclusión**

- Cada estudiante de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” Baños del Inca, seleccionado aleatoriamente para el estudio.
- Tener entre 11 y 16 años cumplidos
- Consentimiento informado del padre, madre o apoderado, para el llenado del cuestionario.
- Asentimiento informado del estudiante para participar en la investigación.

### **3.4.2. Criterios de exclusión**

- No tener las edades mínimas y máximas requeridas para el llenado de la encuesta.
- Alumnos con habilidades especiales.

## **3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **3.5.1. Técnicas**

La técnica empleada para la recolección de datos fue la encuesta, la cual da lugar a establecer contacto con las unidades de observación por medio de la aplicación de un cuestionario previamente establecidos.

### **3.5.2. Instrumento de recolección de datos:**

Se aplicó cuestionario anónimo, auto administrado, de fácil comprensión, que estuvo integrado por preguntas cerradas de opción múltiple, estructurado en ocho módulos, el cual fue previamente validado por juicio de expertos y del que se obtuvo índice de confiabilidad elevado.

Para su aplicación se coordinó previamente con la dirección de la I.E para informar a los alumnos en cada aula y haciéndoles llegar con anticipación las cartas de consentimiento y asentimiento informado, las que deberían llevar firmadas para proceder.

Se empleó la hora pedagógica del curso de tutoría y se reunió a los estudiantes seleccionados en dos aulas continuas. El cuestionario fue distribuido al mismo tiempo. Previamente se brindó explicación clara y precisa a los alumnos para su llenado. Durante el proceso de aplicación del instrumento, se aclararon todas dudas

que fueron surgiendo en los estudiantes. Al finalizar, cada estudiante entregó su cuestionario, el llenado duró media hora.

El cuestionario aplicado fue mixto, ya que en él se sintetizaron y combinaron ítems propuestos en la Guía para medir comportamientos de riesgo en adolescentes, propuesto por Vivo, Saric y cols. (59) y la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS), presentado por la OMS y modificado en 2017 (60), en función al contexto y realidad de los adolescentes estudiados.

Se evaluaron ocho módulos: consumo de alcohol, conductas alimentarias, consumo de sustancias cigarrillos y drogas, salud mental, actividad física, factores protectores, conductas sexuales, violencia y lesiones no intencionales. Se consideró, con base en el marco teórico elaborado, a los módulos de salud mental, comportamiento sexual de riesgo, consumo de sustancias y violencia, como de mayor riesgo registrado (60).

Los puntajes asignados a cada pregunta por módulo variaron en función a las opciones indicadas cada pregunta de opción múltiple, y según la presencia de respuestas positivas (4 y 5) y neutras (3), según escala de Likert, la cual se compone por dos valores negativos, un valor neutro y dos valores positivos: nunca (1), rara vez (2), algunas veces (3), casi siempre (4) y siempre (5).

Para las demás preguntas por módulo, que no están estructuradas según escala de Likert, se asignó categoría de riesgo a la presencia de dos o más respuestas positivas en cada pregunta, con excepción de los módulos de salud mental y conductas sexuales, en los que bastó una respuesta afirmativa para considerarse la categoría de riesgo.

Para procesar la información recolectada se utilizó análisis descriptivo, por medio de las tablas de frecuencias con ayuda de paquetes estadísticos. Se asignaron valores numéricos a las categorías, siendo 1 el valor de la categoría “riesgo” y 0 el valor para la categoría “no riesgo” y se trabajó de esta manera para todos los módulos.

En el módulo de “consumo de alcohol”, se mide la ingesta de alcohol actual, la cantidad ingerida, la frecuencia de consumo, forma de adquisición, episodios de embriaguez seria y problemas familiares y sociales asociados.

En el módulo de “comportamientos alimentarios”, se midió el estado nutricional, la frecuencia de veces que el estudiante quedó con hambre en casa y el consumo de frutas y verduras a la semana.

Respecto al “consumo de cigarrillos y drogas”, se midió la edad de inicio de consumo de estas sustancias, frecuencia del consumo actual y forma de adquisición.

En lo correspondiente al módulo de “salud mental”, se midió el sentimiento de soledad, la pérdida de sueño debido a preocupaciones, las ideas de suicidio y por último los intentos de suicidio.

Para evaluar el módulo de “actividad física”, se midió la frecuencia de actividades al aire libre, participación en comportamiento sedentario y formas de desplazamiento cotidiano.

El módulo de “factores de protección”, midió asistencia escolar, grado de apoyo social en la escuela, regulación, control y vínculo paterno filial.

En el módulo de comportamientos sexuales que contribuyen a la infección del VIH, de otras ITS y embarazos no deseados, se midió la prevalencia de relaciones sexuales actuales y anteriores, edad de la primera relación sexual, número de compañeros sexuales y utilización del condón.

Finalmente, en el módulo de “violencia y lesiones no intencionales”, se midió la frecuencia con la que los alumnos sufren ataques físicos, la participación en peleas físicas, las circunstancias en la que se producen las lesiones más serias y la naturaleza del abuso (54,60).

### **3.6. Validez y confiabilidad del instrumento**

Para obtener la validez y confiabilidad del instrumento, se aplicó juicio de expertos y prueba piloto.

- Juicio de expertos: se solicitó a tres expertos del área de la salud pública y vinculados con el desarrollo en la etapa de vida adolescente, que puntúen cada ítem del cuestionario en función a su experiencia y que brinden sugerencias para darle mayor calidad y especificidad. Tras la validación de los expertos se obtuvo una razón de validez de contenidos de Lawshe (CVR) de 0,800, lo cual indica que el instrumento posee concordancia y es válido (61). Ver anexo 4.
- Prueba Piloto: Se realizó prueba piloto, con 12 estudiantes de la I.E. “Abel Carbajal Pérez” de la provincia de Chota, de primero, segundo y tercer del nivel secundario, con características sociodemográficas similares a los de la población en estudio, pero sin pertenecer a esta. Para determinar la confiabilidad, se utilizó el coeficiente de alfa

de Cronbach, en la cual se obtuvo un resultado de 0,807, el que permitió estimar la fiabilidad del instrumento de medida, a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados índice de confiabilidad (61).

### **3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos**

Todos los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario fueron procesados para ser presentados en tablas en función a los objetivos planteados para el estudio y el marco teórico elaborado.

Se buscó establecer y verificar los criterios de normalidad para los datos a estudiar, para esto se emplearon criterios estadísticos descriptivos y se designaron las categorías para cada variable en estudio. Se colocarán códigos numéricos mutuamente excluyentes a los registros de datos considerando los indicadores y se anotaron las categorías a la que correspondan (0 y 1).

No se utilizaron caracteres especiales o espacios en blanco. Una vez establecidas las categorías de códigos se ingresarán los datos directamente para el procesamiento estadístico y tabulación, con el fin de obtener cifras de significancia estadística que permitan establecer conclusiones adecuadas. Se hizo uso de programas estadísticos Excel y SPSS V25, donde se realizó el análisis descriptivo, por medio de las tablas de frecuencias y la prueba de normalidad de Kolmorov Smirnov, según la cantidad de datos a trabajar.

A continuación, para evaluar la significación estadística de la tendencia en las distintas categorías de las variables, se realizaron cruces bivariantes entre las variables dependientes e independientes y se utilizó el estadístico chi cuadrado para datos no paramétricos, con valor de significancia estadística  $p < 0,05$ . Se buscó eliminar el error tipo alfa para la prueba de hipótesis (62).

Finalmente, para determinar el efecto o influencia de una variable en la ocurrencia de un factor de riesgo, se buscó identificar la asociación estadísticamente significativa de cada factor independiente de los demás, representada en intervalos de confianza del 95%. Para esto se utilizó el análisis de regresión logística, que es usado frecuentemente para estudiar la relación entre un factor de riesgo (representado por una variable dependiente cualitativa dicotómica) y una serie de variables independientes (cuya medición puede ser cualitativa o cuantitativa), consideradas a priori como posibles variables explicativas de la ocurrencia de ese suceso o resultado (62).

### **3.8. Aspectos éticos de la investigación**

La presente investigación se fundamenta en criterios dirigidos a asegurar la calidad y objetividad de la misma, como los siguientes:

- Autonomía: los alumnos encuestados tuvieron la oportunidad de emitir sus respuestas sin ser influenciados por terceras personas. Los alumnos y padres de familia fueron informados en forma clara acerca de la naturaleza de la investigación y emitieron su autorización firmando el documento de consentimiento y asentimiento informado. (anexo1).

- Confidencialidad: la información referida por los adolescentes no ha sido usada para otros fines que no sean esta investigación. Además, se respetó el anonimato de los encuestados, desde el inicio hasta el final de la investigación.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. factores sociales y demográficos

Tabla 1: Características sociodemográficas de los adolescentes de la I.E. N° 82040

“Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019

<b>FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b><math>\sigma</math></b>
<b>Edad</b>	[11 – 12>	31	42,5	0,523
	[13 – 15>	42	57,5	
<b>Género</b>	Femenino	41	56,2	0,500
	Masculino	32	43,8	
<b>Residencia</b>	Ciudad	58	79,5	0,407
	Campo	15	20,5	
<b>Grado de estudios</b>	Primero	28	38,4	0,164
	Segundo	25	34,2	
	Tercero	20	27,4	
<b>Rendimiento escolar</b>	Bueno	23	31,5	0,623
	Regular	42	57,5	
	Deficiente	8	11	
<b>Uso del tiempo libre</b>	Salir de fiesta	8	8,2	1,596
	Quedarme en casa	7	9,6	
	Hobbies	15	20,5	
	Videojuegos	9	12,3	
	Leer	9	12,3	
	Otro	17	23,3	
<b>Gastos a la semana</b>	1 a 5 soles	33	45,2	0,912
	Hasta 10 soles	28	38,4	
	Más de 15 soles	6	8,2	
	Más de 20 soles	6	8,2	
<b>TOTAL</b>		<b>73</b>	<b>100</b>	

**FUENTE:** Cuestionario elaborado por la autora. Base de datos “encuesta de conductas de riesgo en adolescentes”.

La muestra estudiada estuvo constituida por 73 adolescentes, estudiantes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca, de entre 11 y 15 años, encontrándose la mayor cantidad en el intervalo de edades de 13 a 15 años (57,5%). Del total de encuestados, 56,2% fueron mujeres y 43,8%, varones.

Respecto a la zona de residencia, 79,5% pertenecen a la ciudad (área urbana) y 20,5 al campo (área rural).

Un 38,4% de los adolescentes fueron de primer grado de secundaria, 34,2% de segundo grado y 27,4%, de tercer grado de secundaria.

Al evaluar su rendimiento escolar, la tabla permite analizar que, predominó el rendimiento académico regular con 57,5%., (que fue considerado en función a las notas obtenidas por el adolescente en el primer y segundo trimestre),

Respecto al uso del tiempo libre fuera de clases, 8,2% indicó que prefiere salir de fiesta con amigos, 9,6% prefiere quedarse en casa con amigos, 20,5% de los adolescentes refirió que prefiere invertir ese tiempo en actividades que desea realizar con anterioridad o proyectos personales. 12,3% prefiere jugar videojuegos y 26% se dedica a leer, siendo esto último mayoritariamente de las mujeres.

Referente a los gastos a la semana, 45% de los encuestados, gasta de 1 a 5 soles entre refrigerios y movilidad. Existiendo a su vez, un 8,2% de adolescentes que gasta más de 20 soles a la semana.

## 4.2. Principales conductas de riesgo

**TABLA 2: Presencia de conductas de riesgo en los adolescentes de la I.E. N° 82040**

**“Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019, según módulos.**

Módulo	No riesgo		Riesgo	
	n	%	n	%
Consumo de alcohol	54	74	19	26
Conductas alimentarias	49	67,1	24	32,9
Uso de cigarrillos y drogas	19	26	54	74
Salud mental	43	58,9	30	41,1
Factores protectores	19	26	54	74
Actividad física	14	19,2	59	80,8
Conductas sexuales	56	76,7	17	23,3
Violencia y lesiones no intencionales	39	53,4	34	46,6
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>50,7</b>	<b>36</b>	<b>49,3</b>

**FUENTE:** Cuestionario elaborado por la autora. Base de datos “encuesta de conductas de riesgo en adolescentes”.

En la tabla 2, se observan los resultados generales de la presencia de las categorías de riesgo o no riesgo en función a los módulos en que estuvo clasificado el instrumento.

Así, se tiene que para el módulo “Consumo de alcohol”, 74% de adolescentes presenta la categoría de no riesgo, mientras que el 26% se encuentra en riesgo.

Para los “Hábitos alimentarios” al 32,9% de los encuestados se lo puede identificar en nivel de riesgo; Así como un 74% para el módulo de “Uso de cigarrillos y drogas”.

Respecto a la “Salud mental”, se aprecia que 41,1% presenta riesgo. Cabe señalar que en este módulo la categoría riesgo se asignó con una respuesta afirmativa, debido a que toca temas sensibles para la población estudiada.

Respecto a la “Actividad física” y presencia de “Factores protectores”, se encontró que el 59% y 54% de los adolescentes se encuentra en situación de riesgo. Por otro lado, el módulo “Comportamientos sexuales, ITS/VIH y embarazos no planeados”, incluyó en situación de riesgo al 46,6% de la población de estudio.

### 4.3. Relación entre factores sociodemográficos y conductas de riesgo.

**TABLA 3: Consumo de alcohol según factores sociodemográficos de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.**

		NO RIESGO		RIESGO		TOTAL	p valor	RIESGO OR (95% IC)
		n	%	n	%			
<b>Edad</b>	[11 – 12>	24	32,6	7	9,6	31 (42,5)	0,767	5,76 (1,08 – 30,8)
	[13 – 15]	30	41,1	12	16,4	41 (57,5)		
<b>Género</b>	Femenino	36	49,3	5	6,8	41 (56,2)	0,004	7,40 (1,32 – 9,36)
	Masculino	18	24,7	14	19,2	32 (43,8)		
<b>Residencia</b>	Ciudad	43	58,9	15	20,5	58 /79,5)	0,004	2,65 (1,59 - 11,92)
	Campo	11	15,1	4	5,5	15 (20,5)		
<b>Grado de estudios</b>	Primero	19	26	9	12,3	28 (38,4)	1,858	0,63 (0,42 – 48,04)
	Segundo	18	24,7	7	9,6	25 (34,2)		
	Tercero	17	23,3	3	4,1	20 (27,4)		
<b>Rendimiento escolar</b>	Bueno	19	26	4	5,5	23 (31,5)	1,028	0,571 (0,73 – 0,23)
	Regular	31	42,5	11	15,1	40 (57,5)		
	Deficiente	4	5,5	4	5,5	8 (11)		
<b>Uso del tiempo libre</b>	Salir de fiesta	2	2,7	4	5,5	6 (8,2)	0,670	0,68 (1,92 – 2,72)
	Quedarme en casa	7	9,6	0	0	7 (9,6)		
	Hobbies	11	15,1	4	5,5	15 (20,5)		
	Videojuegos	5	6,8	4	5,5	9 (12,3)		
	Leer	16	21,9	3	4,1	19 (26)		
	Otro	13	17,8	4	5,5	17 (23,3)		
<b>Gastos a la semana</b>	1 a 5 soles	31	42,5	2	2,7	33 (45,2)	1,671	2,52 (1,37 – 4,64)
	Hasta 10 soles	19	26	9	12,3	28 (38,4)		
	Más de 15 soles	2	2,7	4	5,5	6 (8,2)		
	Más de 20 soles	2	2,7	4	5,5	6 (8,2)		
<b>TOTAL</b>		54	74	19	29	73 (100)		

FUENTE: Cuestionario elaborado por la autora. Base de datos “encuesta de conductas de riesgo en adolescentes”.

En la tabla 3 se muestran los resultados obtenidos según el riesgo al que están expuestos los alumnos de estudio, respecto al consumo de alcohol. Se puede identificar que en el factor edad, existe un mayor riesgo en el intervalo de edades de 13 a 15 años, con un 16,4%. Con un p valor no significativo para el estudio. Sin embargo, existe asociación estadística para las variables estudiadas, encontrando un OR: 5,76, lo que indica que los adolescentes presentan 5 veces mayor riesgo al consumir alcohol mientras más edad tienen.

El género masculino presenta un mayor porcentaje de riesgo que el femenino, con 24,7% frente a 6,8%. La zona de residencia muestra un p valor estadísticamente significativamente significativo de 0,004 ( $p < 0,05$ ). Presenta mayor riesgo la ciudad (20,5%) que el campo (5%) y entre estos factores se pudo calcular asociación significativa de variables y OR:7,40 y 2,65 respectivamente, siendo el género el que determina más riesgo según género.

Se encontró mayor cantidad de alumnos expuestos al riesgo de consumo de alcohol en el primer grado de secundaria (12,3%), con un rendimiento escolar promedio regular (15,1).

Respecto al uso del tiempo libre, los expuestos a menor riesgo son los que prefieren leer frente al desarrollo de otras actividades recreativas. Y, finalmente, según los gastos promedio a la semana, el mayor riesgo se encuentra para los adolescentes que gastan 10 soles (12,3%).

**TABLA 4: Conductas alimentarias según factores sociodemográficos de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.**

		NO RIESGO		RIESGO		TOTAL	p valor	RIESGO OR (95% IC)
		n	%	n	%			
<b>Edad</b>	[11 – 12>	23	31,5	8	11	31 (42,5)	0,299	0,25 (0,5 – 1,17)
	[13 – 15]	26	35,6	16	21,9	42 (57,5)		
<b>Género</b>	Femenino	26	35,6	15	20,5	41 (56,2)	0,583	0,74 (0,22 – 2,39)
	Masculino	23	31,5	9	12,3	32 (43,8)		
<b>Residencia</b>	Ciudad	40	54,8	18	24,7	58 (79,5)	0,434	0,76 (0,21 – 2,75)
	Campo	9	12,3	6	8,2	15 (20,5)		
<b>Grado de estudios</b>	Primero	18	24,7	10	13,7	28 (38,4)	0,775	2,46 (0,96 – 6,28)
	Segundo	16	21,9	9	12,4	25 (34,2)		
	Tercero	15	20,5	5	6,8	20 (27,4)		
<b>Rendimiento escolar</b>	Bueno	17	23,3	6	8,2	23 (31,5)	0,171	0,65 (0,27 – 1,78)
	Regular	27	37	15	20,5	42 (57,5)		
	Deficiente	5	6,8	3	4,1	8 (11)		
<b>Uso del tiempo libre</b>	Salir de fiesta	6	8,2	0	0	6 (6,2)	0,669	0,95 (0,66 – 1,34)
	Quedarme en casa	3	4,1	4	5,5	7 (9,6)		
	Hobbies	8	11	7	9,6	15 (20,5)		
	Videojuegos	7	9,6	2	2,7	9 (12,4)		
	Leer	12	16,4	6	8,2	19 (26)		
	Otro	12	16,4	6	6,8	17 (23,3)		
<b>Gastos a la semana</b>	1 a 5 soles	21	28,8	12	16,4	33 (45,2)	1,054	1,09 (0,05 – 1,17)
	Hasta 10 soles	20	27,4	8	11	28 (38,4)		
	Más de 15 soles	5	6,8	1	1,4	6 (8,2)		
	Más de 20 soles	3	4,1	3	4,1	6 (8,2)		
<b>TOTAL</b>		49	67,1	24	32,9	73 (100)		

**FUENTE:** Cuestionario elaborado por la autora. Base de datos “encuesta de conductas de riesgo en adolescentes”.

En la tabla 4 se muestran los resultados obtenidos en el módulo de hábitos alimentarios, según los factores sociodemográficos estudiados. De este modo, encontramos que el rango de edades que presenta mayor riesgo es el de 13 a 15 años, con 21,9%, seguido del intervalo de 11 a 13 años, con 11%.

Respecto al género y lugar de residencia, se tiene a la población femenina en mayor riesgo (20,5%) y a la ciudad como zona de residencia (79,5%). No se encuentra significancia estadística en estos factores.

Los adolescentes de segundo grado y con rendimiento escolar regular, presentan mayor riesgo respecto a sus conductas alimentarias, 38,4% y 57,5% respectivamente.

Respecto al uso del tiempo libre y gastos se encuentra el menor riesgo en adolescentes que prefieren leer a otras actividades y que gastan en promedio de 1 a 5 soles a la semana.

**TABLA N° 5: Índice de masa corporal de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019**

		<b>SEXO</b>				
		<b>MASCULINO</b>		<b>FEMENINO</b>		
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
<b>IMC</b>	Normal	29	39,7	40	54,8	69 (94,5)
	Sobrepeso	3	4,1	1	1,4	4 (5,5)
<b>TOTAL</b>		<b>32</b>	<b>43,8</b>	<b>41</b>	<b>56,2</b>	<b>73 (100)</b>

**FUENTE:** Cuestionario elaborado por la autora. Base de datos “encuesta de conductas de riesgo en adolescentes”.

Solo 5,5% de los adolescentes mostró sobrepeso, con ligero aumento de los varones. 94,5% se encontraron en un estado nutricional normal. Respecto a los pesos y tallas, estas mostraron distribución normal, siendo más frecuente encontrar adolescentes de alrededor de 50 kilos y 150 cm de talla.

La OMS(31) destaca que los niños y adolescentes con sobrepeso tienen muchas probabilidades de convertirse en adultos obesos y, en comparación con las personas sin sobrepeso, tienen más probabilidades de sufrir a edades más tempranas diabetes y enfermedades cardiovasculares, que a su vez se asocian a un aumento de la probabilidad de muerte prematura y discapacidad.

El 44% de los casos mundiales de diabetes, 23% de cardiopatía isquémica y 7–41% de determinados cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

**TABLA 6: Consumo de cigarrillos y drogas según factores sociodemográficos de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.**

		NO RIESGO		RIESGO		TOTAL	p valor	RIESGO OR (95% IC)
		n	%	n	%			
<b>Edad</b>	[11 – 12>	31	42,5	0	0	31 (42,5)	0,044	0,23 (1,05 – 3,36)
	[13 – 15]	32	43,9	10	13,7	42 (57,6)		
<b>Género</b>	Femenino	38	52,1	3	4,1	41 (56,2)	3,222	7,92 (0,91 – 32,87)
	Masculino	25	34,2	7	9,6	32 (43,8)		
<b>Residencia</b>	Ciudad	50	68,5	8	11	58 (79,5)	0,002	7,48 (1,86 – 30,09)
	Campo	13	17,8	2	2,7	15 (20,5)		
<b>Grado de estudios</b>	Primero	27	37	1	1,4	28 (38,4)	2,292	2,32 (0,32 – 16,66)
	Segundo	18	24,7	7	9,6	25 (34,2)		
	Tercero	18	24,7	2	2,7	20 (27,4)		
<b>Rendimiento escolar</b>	Bueno	21	28,8	2	2,7	23 (31,5)	1,363	3,54 (0,35 – 36,20)
	Regular	36	49,3	6	8,2	42 (57,5)		
	Deficiente	6	8,2	2	2,7	8 (11)		
<b>Uso del tiempo libre</b>	Salir de fiesta	3	4,1	3	4,1	6 (8,2)	2,275	2,7 (0,79 – 9,31)
	Quedarme en casa	6	8,2	1	1,4	7 (9,6)		
	Hobbies	14	19,2	1	1,4	15 (20,5)		
	Videojuegos	6	8,2	3	4,1	9 (12,3)		
	Leer	18	24,7	1	1,4	17 (23,3)		
	Otro	16	21,9	1	1,4	17 (23,3)		
<b>Gastos a la semana</b>	1 a 5 soles	32	43,8	1	1,4	33 (45,2)	6,593	0,48 (0,09 – 2,60)
	Hasta 10 soles	22	30,1	6	8,2	28 (38,4)		
	Más de 15 soles	5	6,8	1	1,4	6 (8,2)		
	Más de 20 soles	4	5,5	2	2,7	6 (8,2)		
<b>TOTAL</b>		63	86,3	10	13,7	73 (100)		

**FUENTE:** Cuestionario elaborado por la autora. Base de datos “encuesta de conductas de riesgo en adolescentes”.

En la tabla 6 se encuentran los resultados obtenidos en el módulo de uso de cigarrillos y drogas, respecto a los factores sociodemográficos de la población de estudio. Se identificó que el mayor riesgo se encuentra en adolescentes, con un rango de edades de 13 y 15 años. Siendo esta relación estadísticamente significativa para el estudio,  $p: 0,044$ . También se encontró asociación de variables, hallando un riesgo significativo OR: 0,23.

Asimismo, se encuentran en mayor riesgo los adolescentes del género femenino y zona de residencia en la ciudad (52,6% y 79,5% respectivamente). De igual manera, se encuentra mayor riesgo en alumnos de primer grado de secundaria (38,4%) con rendimiento escolar regular (57,5%).

Respecto al uso del tiempo libre y gastos a la semana, se encuentra un menor riesgo para adolescentes que se dedican a leer en su tiempo libre (24,7%) y gastan en promedio de 1 a 5 soles a la semana (43,8%).

**TABLA 7: Salud mental según factores sociodemográficos de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad”**

– Baños del Inca. Cajamarca 2019.

		NO RIESGO		RIESGO		TOTAL	p valor	RIESGO OR (95% IC)
		n	%	n	%			
<b>Edad</b>	[11 – 12>	19	26	12	16,4	31 (42,5)	0,009	6,50 (1,96 - 2,15)
	[13 – 15]	24	32,9	18	24,7	42 (57,5)		
<b>Género</b>	Femenino	24	32,9	17	23,3	41 (56,2)	0,005	4,45 (1,22 – 2,63)
	Masculino	19	26	13	17,8	32 (43,8)		
<b>Residencia</b>	Ciudad	34	46,6	24	32,9	58 (79,5)	0,009	1,20 (0,31 – 4,65)
	Campo	9	12,3	6	8,2	15 (20,5)		
<b>Grado de estudios</b>	Primero	15	20,5	13	17,8	28 (38,4)	2,962	3,18 (0,01 – 90,16)
	Segundo	13	17,8	12	16,4	25 (34,2)		
	Tercero	15	20,5	5	6,8	20 (27,4)		
<b>Rendimiento escolar</b>	Bueno	15	20,5	8	10,9	23 (31,5)	1,999	0,59 (0,20 – 1,70)
	Regular	25	34,2	17	23,3	42 (57,5)		
	Deficiente	3	4,1	5	6,8	8 (10,9)		
<b>Uso del tiempo libre</b>	Salir de fiesta	2	2,7	4	5,5	6 (8,2)	0,503	1,38 (0,95 – 2,01)
	Quedarme en casa	4	5,5	3	4,1	7 (9,6)		
	Hobbies	6	8,2	9	12,3	15 (20,5)		
	Videojuegos	4	5,5	5	6,8	9 (12,3)		
	Leer	14	19,2	5	6,8	19 (26)		
	Otro	13	17,8	4	5,5	17 (23,3)		
<b>Gastos a la semana</b>	1 a 5 soles	23	31,5	10	13,7	33 (45,2)	4,220	0,39 (0,18 – 0,86)
	Hasta 10 soles	17	23,3	11	15,1	28 (38,4)		
	Más de 15 soles	3	4,1	3	4,1	6 (8,2)		
	Más de 20 soles	0	0	6	8,2	6 (8,2)		
<b>TOTAL</b>		43	58,9	30	41,1	73 (100)		

**FUENTE:** Cuestionario elaborado por la autora. Base de datos “encuesta de conductas de riesgo en adolescentes”.

En la tabla 7 se muestran los resultados del riesgo calculado en el módulo de salud mental respecto a los factores sociodemográficos de la población de estudio. De este modo, encontramos que el mayor porcentaje de la población en situación de riesgo se encuentra en el intervalo de 13 a 15 años, con 24,7%. Predomina el riesgo en el género femenino con 23,3% y la ciudad como zona de residencia con (39,2%).

Se encontró, además, un valor estadísticamente significativo para los tres factores sociodemográficos mencionados ( $p < 0,05$ ), así mismo se identificó valor estadístico de asociación de variables con OR: 6,50, lo que indica que los adolescentes de 13 a 15 años, del género femenino que viven en la ciudad, tienen en promedio 6 veces más riesgo de tener alguna afectación en su salud mental.

Respecto al rendimiento escolar, el mayor riesgo está en adolescentes con desempeño regular. Por otro lado, el menor riesgo para la población se identifica en los que dedican mayor tiempo libre a leer (8,2%) y gastan en promedio de 1 a 5 soles a la semana (31,5).

**TABLA 8: Actividad física según factores sociodemográficos de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.**

		NO RIESGO		RIESGO		TOTAL	p valor	RIESGO OR (95% IC)
		n	%	n	%			
<b>Edad</b>	[11 – 12>	10	13,7	21	28,8	31 (42,5)	0,007	1,11 (1,99 – 6,18)
	[13 – 15]	4	5,5	38	52,1	42 (57,6)		
<b>Género</b>	Femenino	6	11	35	47,9	41 (56,2)	0,246	0,72 (0,15 – 3,39)
	Masculino	8	11	24	32,9	32 (43,8)		
<b>Residencia</b>	Ciudad	13	17,8	45	61,6	58 (79,5)	0,907	0,17 (0,01 – 1,86)
	Campo	1	1,4	14	19,2	15 (20,5)		
<b>Grado de estudios</b>	Primero	10	13,7	18	25,7	28 (38,4)	0,848	0,13 (0,02 – 0,86)
	Segundo	4	5,5	21	28,8	25 (34,2)		
	Tercero	0	0	20	27,4	20 (27,4)		
<b>Rendimiento escolar</b>	Bueno	5	6,8	18	24,7	23 (31,5)	0,443	1,41 (0,40 – 4,93)
	Regular	7	9,6	35	47,9	42 (57,5)		
	Deficiente	2	2,7	6	8,2	8 (11)		
<b>Uso del tiempo libre</b>	Salir de fiesta	3	4,1	3	4,1	6 (8,2)	2,630	0,91 (0,59 – 1,42)
	Quedarme en casa	1	1,4	6	8,2	7 (9,6)		
	Hobbies	1	1,4	14	19,2	15 (20,5)		
	Videojuegos	3	4,1	6	8,2	9 (12,3)		
	Leer	3	4,1	16	21,9	19 (26)		
	Otro	3	4,1	14	19,2	17 (23,3)		
<b>Gastos a la semana</b>	1 a 5 soles	5	6,8	28	38,4	33 (45,2)	0,387	0,60 (0,27 – 1,32)
	Hasta 10 soles	8	11	20	27,4	28 (38,4)		
	Más de 15 soles	0	0	6	8,2	6 (8,2)		
	Más de 20 soles	1	1,4	5	6,8	6 (8,2)		
<b>TOTAL</b>		14	19,2	59	80,8	73 (100)		

**FUENTE:** Cuestionario elaborado por la autora. Base de datos “encuesta de conductas de riesgo en adolescentes”.

En la tabla 8, se muestran los resultados obtenidos en el módulo de actividad física, según los factores sociodemográficos estudiados. De este modo encontramos que el rango de edades que presenta mayor riesgo es el de 13 a 15 años, con 52,1%; seguido del intervalo de 11 a 13 años, con 28,8%. Se encuentra un valor estadísticamente significativo para este factor ( $p < 0,05$ ). A su vez se encuentra un OR: 1,11, lo cual indica que existe asociación de riesgo mayor para el rango de edad que no realiza tanta actividad física.

Respecto al género y lugar de residencia, se tiene a población femenina en mayor riesgo (47,9%) y a la ciudad como zona de residencia (61,6%). No se encuentra significancia estadística en estos factores. Los adolescentes de primer grado y con rendimiento escolar regular, presentan mayor riesgo respecto a su actividad física con 25,7% y 47,9%, respectivamente. Por otro lado, en los adolescentes de mayor grado de estudios se le identifica esto como factor protector frente a los grados inferiores con OR: 0,13.

En el uso del tiempo libre y gastos a la semana, se identifica el menor riesgo en los que prefieren dedicar tiempo libre a hobbies o quedarse en casa, y que gastan en promedio de 1 a 5 soles a la semana.

**TABLA 9: Factores protectores según factores sociodemográficos de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.**

		NO RIESGO		RIESGO		TOTAL	p valor	RIESGO OR (95% IC)
		n	%	n	%			
<b>Edad</b>	[11 – 12>	13	17,8	18	24,7	31 (42,5)	1,191	1,01 (0,27 – 3,69)
	[13 – 15]	6	8,2	36	49,3	42 (57,5)		
<b>Género</b>	Femenino	8	11	33	45,2	41 (56,2)	0,062	0,47 (0,12 – 0,79)
	Masculino	11	15,1	21	28,8	32 (43,8)		
<b>Residencia</b>	Ciudad	16	21,9	42	57,5	58 (79,5)	0,356	0,69 (0,13 – 3,65)
	Campo	3	4,1	12	16,4	15 (20,5)		
<b>Grado de estudios</b>	Primero	9	12,3	19	26	28 (38,4)	0,975	1,38 (0,42 - \$,55)
	Segundo	5	8,2	19	26	25 (34,2)		
	Tercero	4	5,5	16	21,9	20 (27,4)		
<b>Rendimiento escolar</b>	Bueno	8	11	15	20,5	23 (31,5)	2,215	1,30 (0,44 – 3,84)
	Regular	7	9,6	35	47,9	42 (57,5)		
	Deficiente	4	5,5	4	5,5	8 (11)		
<b>Uso del tiempo libre</b>	Salir de fiesta	3	4,1	3	4,1	6 (8,2)	1,919	1,23 (0,82 – 1,84)
	Quedarme en casa	1	1,4	6	8,2	7 (9,6)		
	Hobbies	0	0	15	20,5	15 (20,5)		
	Videojuegos	1	1,4	8	11	9 (12,3)		
	Leer	8	11	11	15,1	19 (26)		
	Otro	6	8,2	11	15,1	17 (23,3)		
<b>Gastos a la semana</b>	1 a 5 soles	11	15,1	22	30,1	33 (45,2)	1,769	0,50 (0,22 – 1,14)
	Hasta 10 soles	6	8,2	22	30,1	28 (38,4)		
	Más de 15 soles	1	1,4	5	6,8	6 (8,2)		
	Más de 20 soles	1	1,4	5	6,8	6 (8,2)		
<b>TOTAL</b>		19	26	54	74	73 (100)		

**FUENTE:** Cuestionario elaborado por la autora. Base de datos “encuesta de conductas de riesgo en adolescentes”.

En la tabla 9, se muestran los resultados obtenidos según el riesgo al que están expuestos los adolescentes de estudio, respecto a la presencia de factores protectores. Donde se puede apreciar que el rango de edad con mayor concentración de población en riesgo está el intervalo de 13 a 15 años, con 49,3%.

El género femenino presenta un mayor porcentaje de riesgo que el masculino, con 45,2% frente a 28,8%. En lo referente a la zona de residencia, presenta mayor riesgo la ciudad (57,5%) que el campo (16,4%). Sin embargo, fue posible determinar también que, para el género femenino, se determina a los factores protectores con asociación significativa OR 0,47 y esto podría orientar a que el género femenino cuenta con mayores redes de apoyo y posee mayor capacidad de resolución de conflictos, respecto al género masculino.

Se encontró mayor cantidad de adolescentes expuestos al riesgo de no contar con factores protectores, se encuentran en primero de secundaria (34,4%) y tienen un rendimiento promedio regular (47,9%).

Respecto al uso del tiempo libre, los expuestos a menor riesgo son los que prefieren quedarse en casa y jugar videojuegos (1,4%), frente al desarrollo de otras actividades recreativas como salir de fiesta o realizar otros hobbies. Y, finalmente, según el promedio de gastos a la semana, el mayor riesgo se encuentra para los adolescentes que gastan alrededor de 1 a 10 soles (30,1% %).

**TABLA 10: Comportamientos sexuales de riesgo según factores sociodemográficos de los adolescentes de la I.E. N° 82040**

**“Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.**

		NO RIESGO		RIESGO		TOTAL	p valor	RIESGO OR (95% IC)
		n	%	n	%			
<b>Edad</b>	[11 – 12>	23	31,5	8	11	31 (42,5)	0,731	0,33 (0,92 – 1,21)
	[13 – 15]	33	45,2	9	12,4	42 (57,6)		
<b>Género</b>	Femenino	33	45,2	8	11	41 (56,2)	0,046	1,71 (0,45 – 6,48)
	Masculino	23	31,5	9	12,3	32 (43,8)		
<b>Residencia</b>	Ciudad	44	60,3	14	19,2	58 (79,5)	0,114	1,40 (0,28 – 6,90)
	Campo	12	16,4	3	4,1	15 (20,5)		
<b>Grado de estudios</b>	Primero	21	28,8	7	9,6	28 (38,4)	0,294	1,03 (0,34 – 3,15)
	Segundo	21	28,8	4	5,5	25 (34,2)		
	Tercero	14	19,2	6	8,2	20 (27,4)		
<b>Rendimiento escolar</b>	Bueno	20	27,4	3	4,1	23 (31,5)	0,201	0,53 (0,18 - 1,54)
	Regular	30	41,1	12	16,4	42 (57,5)		
	Deficiente	6	8,2	2	2,7	8 (11)		
<b>Uso del tiempo libre</b>	Salir de fiesta	5	6,8	1	1,4	6 (8,2)	2,176	1,05 (0,72 – 1,54)
	Quedarme en casa	6	8,2	1	1,4	7 (9,6)		
	Hobbies	10	13,7	5	6,8	15 (20,5)		
	Videojuegos	6	8,2	3	4,1	9 (12,3)		
	Leer	15	20,5	4	5,5	19 (26)		
	Otro	14	19,2	3	4,1	17 (23,3)		
<b>Gastos a la semana</b>	1 a 5 soles	25	34,2	8	11	33 (45,2)	0,557	1,21 (0,83 – 11,26)
	Hasta 10 soles	22	30,1	6	8,2	28 (38,4)		
	Más de 15 soles	4	5,5	2	2,7	6 (8,2)		
	Más de 20 soles	5	6,8	1	1,4	6 (8,2)		
<b>TOTAL</b>		56	76,7	17	23,3	73 (100)		

**FUENTE:** Cuestionario elaborado por la autora. Base de datos “encuesta de conductas de riesgo en adolescentes”.

En la tabla 10, se muestran los resultados obtenidos según el riesgo al que están expuestos los adolescentes en estudio, respecto a sus comportamientos sexuales. De este modo se puede identificar que en el factor edad, existe un mayor riesgo en el intervalo de edades de entre 13 a 15 años, con un 12,4% y con un p valor no significativo para el estudio, así mismo, tampoco pudo evaluarse asociación de riesgo entre los factores y la variable de estudio.

El género masculino presenta mayor porcentaje de riesgo que el femenino, con 12,3% frente a 11%. Este factor sociodemográfico muestra un p valor estadísticamente significativo de 0,046 ( $p < 0,05$ ) para la correlación; Sin embargo, no se demuestra asociación estadística al factor de riesgo.

Pudo identificarse mayor riesgo la ciudad como zona de residencia (19,2%) que el campo (4,1), y es posible señalar que hay mayor cantidad de adolescentes expuestos según conductas sexuales en tercer grado de secundaria (8,2%), con un rendimiento escolar promedio regular (16,4%).

Respecto al uso de tiempo libre, los expuestos a menor riesgo son los que prefieren leer frente a otras actividades recreativas. Y según los gastos promedio a la semana, el mayor riesgo se encuentra para los adolescentes que gastan 10 soles a la semana (12,3%).

**TABLA 11: Violencia y lesiones no intencionales según factores sociodemográficos de los adolescentes de la I.E. N° 82040**

“Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.

		NO RIESGO		RIESGO		TOTAL	p valor	RIESGO OR (95% IC)
		n	%	n	%			
<b>Edad</b>	[11 – 12>	12	16,4	19	26	31 (42,5)	0,001	3,91 (1,98 – 15, 47)
	[13 – 15]	27	37	15	20,5	42 (57,5)		
<b>Género</b>	Femenino	30	41,1	11	15,1	41 (56,2)	4,656	4,91 (1,46 – 16,50)
	Masculino	9	12,3	23	31,5	32 (43,8)		
<b>Residencia</b>	Ciudad	30	41,1	28	38,4	58 (79,5)	0,328	1,57 (0,36 – 6,87)
	Campo	9	12,3	6	8,2	15 (20,5)		
<b>Grado de estudios</b>	Primero	14	19,2	14	19,2	28 (38,4)	0,219	0,26 (0,07 – 0,87)
	Segundo	14	19,2	11	15,1	25 (24,2)		
	Tercero	11	15,1	9	12,3	20 (27,4)		
<b>Rendimiento escolar</b>	Bueno	16	21,9	7	9,6	23 (31,5)	0,735	1,02 (0,35 – 2,94)
	Regular	17	23,3	25	34,2	42 (57,5)		
	Deficiente	6	8,2	2	2,7	8 (11)		
<b>Uso del tiempo libre</b>	Salir de fiesta	1	1,4	5	6,8	6 (8,2)	0,994	0,99 (0,26 – 1,16)
	Quedarme en casa	4	5,5	3	4,1	7 (20,5)		
	Hobbies	11	15,1	4	5,5	15 (20,5)		
	Videojuegos	4	5,5	5	6,8	9 (12,3)		
	Leer	10	13,7	9	12,3	19 (26)		
	Otro	9	12,3	8	11	17 (23,3)		
<b>Gastos a la semana</b>	1 a 5 soles	24	32,9	9	12,3	33 (45,3)	4,730	0,55 (0,26 – 1,16)
	Hasta 10 soles	10	13,7	18	24,7	28 (38,4)		
	Más de 15 soles	2	2,7	4	5,5	6 (8,2)		
	Más de 20 soles	3	4,1	3	4,1	6 (8,2)		
<b>TOTAL</b>		39	53,4	34	46,6	73 (100)		

FUENTE: Cuestionario elaborado por la autora. Base de datos “encuesta de conductas de riesgo en adolescentes”.

En la tabla 11, se observan los resultados obtenidos del riesgo de violencia y lesiones no intencionales respecto a los factores sociodemográficos estudiados. Se puede observar que el mayor riesgo se encuentra en el intervalo de edades de 13 a 15 años con un 20,5% y con un p valor estadísticamente significativo para el estudio ( $p < 0,05$ ). Así mismo, existe un OR de 3,91 con IC al 95%, que confirma la asociación como factor de riesgo para el rango de edades señalada.

El género masculino presenta mayor riesgo que el femenino con 31,5%, así como la ciudad como zona de residencia (79,5%). Según el grado de estudios y rendimiento escolar, se encuentra el mayor riesgo en adolescentes de primer grado con rendimiento escolar regular (19,2% y 34,2%). Es posible identificar, además, que el factor grado de estudios se presenta como factor protector dada la asociación de variables y OR 0,26.

Según el uso del tiempo libre, existe un menor riesgo de violencia y lesiones no intencionadas en adolescentes que dedican más tiempo a realizar hobbies (15,1%) y que gastan en promedio hasta 10 soles a la semana (24,7%).

## CAPÍTULO V

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La presente investigación buscó encontrar la relación entre los factores sociodemográficos descritos para la población de estudio y las conductas de riesgo en adolescentes en una institución educativa, donde se encontró que la mayor densidad de población se encontraba entre los 13 y 15 años (57,5%), hubo un predominio del género femenino (56,2%), con zona de residencia urbana (79,5%), del primer grado de educación secundaria (38,45), con rendimiento escolar regular (57,5%), que realiza algún hobby en su tiempo libre (20,5%) y que gasta a la semana un promedio de 1 a 5 soles (45,2%).

La presencia de las conductas de riesgo en la población de estudio se manifestó en el 49,3% de los adolescentes, el cual fue evaluado teniendo en cuenta los ocho módulos que contempla el cuestionario utilizado: consumo de alcohol (26%), hábitos alimentarios (32,9%), uso de cigarrillos y drogas (74%), salud mental (41,1%), factores protectores (74%), actividad física (80,8%), conductas sexuales (23,3), violencia y lesiones no intencionales (46,6%).

Los encontrado en la investigación realizad, es compatibles con los hallazgos de Ferrel F y cols. (63), donde indican que existe un inicio precoz de conductas de riesgo en los adolescentes, que oscilan entre los 10 y 13 años. Sin embargo, el porcentaje de población catalogada como “en riesgo” (60%), es mayor a la encontrada en esta investigación en el contexto nacional (49,3%).

Diversos estudios coinciden en que el aumento del índice de aparición de conductas de riesgo en los adolescentes, se encuentra en los nuevos estilos de vida que asumen los adolescentes en plena etapa de desarrollo y formación de valores (63–65).

Se ha visto, además en la última década, un incremento en la aparición de problemáticas sociales y de salud entre las que se encuentra el consumo de alcohol y tabaco (que suele asociarse a violencia y a mortalidad por accidentes de tránsito), el consumo de sustancias psicoactivas (relacionado con delincuencia, deserción escolar y bajo rendimiento académico), enfermedades de transmisión sexual y embarazo adolescente, problemas de violencia (que en combinación con alcohol y drogas, afectan el autocontrol de la persona), todo esto asociado a falta de apoyo y comunicación en el hogar, falta de agentes de soporte emocional, seguridad y mala nutrición, incrementa los índices de morbilidad y mortalidad en los adolescentes en edades cada vez más tempranas y generan conductas que una vez instauradas y tendiendo a ser repetitivas, son difíciles de eliminar (63).

Los resultados presentados en esta investigación, fueron correlacionados y contrastados posteriormente con diversos autores y se encontraron discrepancias y similitudes consideradas relevantes para el estudio, las cuales han sido presentadas y clasificadas según cada dimensión evaluada.

### **Consumo de Alcohol**

Camacho I (66) establece que el egocentrismo adolescente es una de las características de personalidad que comúnmente le orilla al consumo de alcohol y luego, con el desarrollo del razonamiento formal sufre un proceso de descentramiento. En la transición de la adolescencia a la edad adulta joven, la búsqueda de gratificaciones y satisfacción inmediata es reevaluada

para dar paso al desarrollo de valores con implicaciones a largo plazo. Lázaro C (67) menciona que los adolescentes son susceptibles a los efectos de refuerzo de sus iguales, puesto que en dichos grupos el estatus, se alcanza en relación a la tolerancia de grandes cantidades de alcohol. Por tanto, la presión de los iguales juega en los adolescentes un papel especialmente importante en la actitud de éstos hacia la bebida y en el desarrollo de patrones desviados de la conducta de beber.

En los resultados obtenidos en su estudio en una población de adolescentes y jóvenes, la prevalencia del riesgo de consumo de alcohol se encontró en el 73,5% de la población estudiada, siendo la mayor proporción de varones (53,5%), mientras que en la presente investigación la incidencia de riesgo de consumo de alcohol se encontró en el 26% de la población, (19% varones), esto probablemente debido al rango menor de edades incluidas en la población y el tipo de sociedad predominantemente conservadora de la localidad cajamarquina. Coincidió en afirmar que los adolescentes provenientes del área urbana presentan mayor consumo de alcohol y sustancias respecto a los adolescentes del área rural (79,5%).

La OMS (68) indica que hasta el año 2019, el alcohol anualmente es responsable directo de 1,8 millones de muertes en adolescentes. En esta edad todavía se carece de las habilidades de criterio y resistencia para manejar el alcohol con prudencia y se tiene como resultado, mayor prevalencia de accidentes de tránsito, suicidio y homicidio, mayores probabilidades de ser sexualmente activos a edades más tempranas y con mayor frecuencia y de tener sexo sin protección (10,69).

Asimismo, se ha determinado que los estudiantes del nivel secundario que beben tienen más probabilidades de tener problemas de asistencia a la escuela, con las tareas y el comportamiento escolar y de desarrollar dependencia al alcohol que quién espera hasta la edad adulta para tomar bebidas alcohólicas (67) . Del mismo modo, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (69), describe que los adolescentes que sufren problemas familiares, violencia intrafamiliar, escolar y comunitaria, no pertenece a ningún grupo o pertenece a pandilla, come 1 o 2 veces al día, no tiene amigos/as (soledad), no tiene proyecto de vida, se clasifica como adolescente de alto riesgo psicosocial de violencia en el entorno más cercano.

En el Perú, el MINSA, publicó un documento técnico de la situación de salud de adolescentes y jóvenes (9) donde muestra que el abuso y dependencia alcohólica se ha convertido en un problema de salud pública, y epidemiológicamente estiman que el número de adictos a las bebidas alcohólicas pueden pasar del millón de personas (39). Los elevados indicadores de prevalencia de vida para esta sustancia obedecen a varios factores, entre los que destacan la tolerancia social, creencias, mitos, disponibilidad, la presión social y los mecanismos de inducción y sensibilización al consumo, particularmente en poblaciones especiales como son los adolescentes y jóvenes de ambos sexos (9). Es prioritario el desarrollo de programas integrales entre la institución educativa, la familia y la comunidad que permitan fortalecer los factores de protección en los estudiantes, promoviendo el desarrollo de habilidades sociales, incluyendo el mejoramiento de las relaciones de los compañeros, el autocontrol y la comunicación asertiva (13,14).

Los resultados de la encuesta aplicada en este estudio nos muestran que 8,2% de adolescentes probaron alcohol antes de cumplir los 12 años. Destaca el dato que 4,1% de los encuestados

responde haber presentado embriaguez y el 10,9% problemas con la familia o los amigos a causa de haber bebido alcohol, situación que debe ser tomada como alerta para manejarla adecuadamente y evitar problemas más complejos posteriormente.

### **Conductas alimentarias**

Los hallazgos obtenidos luego de aplicar el instrumento, corrobora lo presentado por Restrepo C y cols. (70) en su estudio de prevalencia de riesgo de trastornos alimenticios es población adolescente, el propone que 19.5% de los participantes en su estudio presentaron al menos una conducta alimentaria de riesgo, la más común fue la dieta sin supervisión, mientras que el vómito autoinducido fue muy poco común. No identificó que las características demográficas (sexo, edad, estado civil, nivel educativo) estuvieran asociadas a la presencia de conducta alimentaria de riesgo. El análisis de factores asociados permitió identificar a los trastornos afectivos (en los últimos 12 meses) como posible variable predictora de riesgo. Al comparar estas afirmaciones con los resultados obtenidos en este estudio, se encontró que el riesgo asociado a conductas alimentarias es 32,9% y tampoco se encontró significancia estadística de la relación con los factores sociodemográficos estudiados.

Pudo identificarse además que la mayor cantidad de adolescentes sí consume regularmente frutas y verduras a la semana (54,8%). Sin embargo, resulta relevante el elevado consumo diario de bebidas gaseosas (72,6% de los escolares consumen bebidas gaseosas una o más veces al día) y de comida rápido (27,5% de los estudiantes que consumen comida rápida tres días o más durante 1 semana). UNICEF, en su estudio de aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe a partir de evidencia cuantitativa

reciente (40) advierte que el aumento del consumo de alimentos muy ricos en calorías sin un aumento proporcional de la actividad física produce un aumento de peso. La disminución de la actividad física produce, igualmente, un desequilibrio energético que desemboca en el aumento de peso (67). El MINSA refiere que, los inadecuados hábitos de consumo alimentario unido a la baja actividad física de los escolares, continuarán incrementando los niveles de sobrepeso y obesidad en esta población, con sus negativas consecuencias para su salud. Entre otros factores que condicionan la baja actividad física, están la inadecuada infraestructura deportiva y recreacional, falta de personal educativo calificado, horarios inadecuados y la falta de incentivos para los escolares, así como el desconocimiento de los padres y escolares de los riesgos que la inadecuada alimentación y falta de actividad física tendrán sobre su salud en el futuro (9).

La OMS (31) establece, además, que la ingesta insuficiente de alimentos saludables, frutas y verduras, es uno de los diez factores principales de riesgo de mortalidad a escala mundial. Se calcula que causa 19% de los cánceres gastrointestinales, 31% de las cardiopatías isquémicas y 11% de los accidentes cerebro vasculares.

### **Uso de cigarrillos y drogas**

El consumo de tabaco y/o cigarrillos sigue ocupando el segundo lugar en el consumo de drogas en el Perú (1). Desde hace más de 50 años se reconoce su elevada toxicidad crónica y es la droga que causa el mayor número de casos de enfermedad severa y muerte; es así que su uso por largo tiempo está asociado a enfermedades cardiovasculares con secuelas que pueden llegar a nivel neurológico (infarto, accidentes cerebro vasculares, entre otras) (60).

Los resultados de la encuesta nos muestran que existe un riesgo asociado al uso de cigarrillos y drogas de 74%, (predominando el uso de cigarrillos). Esto se explicaría por los resultados publicados por Camacho I (66), donde indica que predecir el consumo de drogas legales e ilegales está en función de variables psicológicas (factores emocionales, conductuales y afectivos) partiendo del supuesto que el uso de drogas suele estar precedido por algún tipo de malestar emocional o se usa para aliviar problemas de tipo emocional aunque a largo plazo, como en el caso del alcohol, el consumo potencie los síntomas depresivos, en su estudio encontró 32% de uso de cigarrillos y drogas en la población.

El estudio publicado por Vásquez M y cols. (71), refieren que las cifras sobre consumo de cigarrillos y drogas que publican los organismos especializados de Naciones Unidas, indican que un número muy importante de la población, en gran parte jóvenes e incluso adolescentes se encuentran en riesgo. Muchos inician su consumo en la edad pediátrica. El consumo es especialmente perjudicial a edades tempranas en las que el organismo (en especial el cerebro) se está desarrollando y madurando, con riesgo importante para la salud física y psíquica(71).

La carga de enfermedad, sufrimiento y mortalidad que afecta no solo al que las consume, sino también a los que le rodean, es evidente, aunque el adolescente a veces no es consciente de las consecuencias (66,71) La familia constituye el principal entorno para el inicio del consumo de alcohol, para los escolares de secundaria, mientras que los amigos del barrio lo son para el tabaco y la marihuana, y los compañeros de estudio para el consumo de otras drogas ilegales(9).

Entre los resultados obtenidos en esta investigación, se identificó que de los adolescentes que consumieron drogas alguna vez, 5,1% lo hizo antes de los 12 años. En relación con la

frecuencia con la que fumaron, 6,8% lo hizo de dos días a más, siendo los adolescentes de sexo masculino en mayor proporción. De los estudiantes que fumaron marihuana o alguna otra droga en su vida (2,8%), no hubo resultado significativo en comparación según el sexo.

Estos resultados coinciden con los publicados por Vásquez M y cols.(71) donde establecen que la edad media de inicio del consumo de tabaco se situó entre los 13 y los 14 años. La edad de inicio a las drogas ilegales, entre los 15 y los 16 años. Con 12 años o menos encontramos que un 18,95% de los escolares había experimentado con tabaco, y un 1,78% con otras drogas.

### **Salud mental**

La OMS (31) ha definido a la salud mental como una nueva prioridad de salud pública, debido a que los problemas de salud mental se cobran un número especialmente elevado de víctimas, a nivel mundial, el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad durante la adolescencia, y la depresión es la primera causa de morbilidad y discapacidad. Hasta un 50% de todos los trastornos de salud mental se manifiestan por primera vez a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se reconocen ni se tratan, y tienen consecuencias graves para la salud mental durante toda la vida (31,72).

En los resultados obtenidos se puede apreciar que el riesgo en salud mental tiene 41,1%, teniendo mayor prevalencia en el género femenino (56,6%). Estos hallazgos son compatibles con lo presentado por Yap B (73) donde identificó sintomatología depresiva en 65,2% en adolescentes del 5to grado de secundaria y coinciden con lo publicado por López L y cols. (13) donde indican que el mayor riesgo se encontró en la población con conducta antisocial, con tendencia al aislamiento y depresión.

Los resultados obtenidos en el presente estudio son preocupantes, se encontró valores estadísticamente significativos para el módulo de salud mental y los factores edad, género y lugar de residencia ( $p < 0,05$ ). Se encontró, además, un elevado porcentaje de estudiantes que refieren haber tenido ideas suicidas (19,1% de los adolescentes refirieron haber intentado quitarse la vida), porcentaje que es mayor en las adolescentes mujeres, al igual que el haber hecho un plan para intentar suicidarse (20,5%).

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (73).

Entre los resultados también se identificó que las escolares mujeres presentan mayor prevalencia de sensación de soledad y de preocupación que les impidió dormir por la noche (23,2%), lo que permite definir a este grupo como de mayor riesgo para los problemas de salud mental. Esto coincide con lo publicado por Arrieta K. (74) donde identificó mayor número de mujeres con test positivo para síntomas de ansiedad y depresión (59,6%).

De igual manera, respalda lo publicado por Vásquez M y cols. (75) El sexo femenino y el aumento de edad durante la adolescencia han sido asociados al estado de ánimo negativo en diversos estudios, encontraron valores para las chicas en 21%, más altos que en otros estudios (16,9%), y similares para los chicos (en torno al 13%). Estos factores también se asocian a estados de ansiedad y depresión y a estados de mala salud mental.

Sin embargo, esto no es una evidencia de diagnóstico formal de ansiedad y depresión, pero sí sugiere que un nivel significativo de estudiantes muestra niveles patológicos o distrés

psicológico (74). Se ha encontrado asociación entre el intento de suicidio y otras condiciones exploradas en el estudio, como haber sido intimidado o humillado, haber sufrido agresión física, no recibir amabilidad de los demás estudiantes y que los padres casi nunca comprendan sus problemas o preocupaciones.

Es necesario reconocer que, muchos problemas de salud mental surgen al término de la infancia y principios de la adolescencia. El hecho de promover la sociabilidad, la capacidad para resolver problemas y la confianza en uno mismo, ayuda a prevenir problemas de salud mental como los trastornos del comportamiento, problemas de desempeño académico y social, la ansiedad, depresión, un mayor riesgo de abuso de sustancias y suicidio, así como trastornos ligados a la alimentación y otras conductas de riesgo asociadas a la vida sexual y actitudes violentas (76).

Es muy probable que las personas experimenten variaciones del estado de ánimo a lo largo del tiempo, en especial los adolescentes, que experimentan cambios emocionales bruscos y extremos. Pese a ello, la escala Lickert donde se incluyen los ítems “nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “a menudo” y “siempre”, intenta diferenciar el estado ocasional de la experiencia más duradera (75).

### **Actividad física**

Altos niveles de obesidad, sedentarismo y aumento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) asociados con escasa actividad física, inadecuada alimentación y presencia de estrés representan un problema de salud pública en el mundo (39). La promoción de estilos de vida saludables, como la práctica de actividad física, contribuyen a modificar estos problemas, y sus beneficios son mayores si se inicia en etapas tempranas de la vida. El

modelo escolar es clave para lograr una buena salud física desde el preescolar hasta la universidad, donde niños y jóvenes invierten en su educación en promedio unas 360 horas al año, 8 horas/día (77)

Se estima que, en el mundo, menos de la tercera parte de los adolescentes son lo suficientemente activos como para producir beneficios a su salud presente y futura, situación preocupante considerando que la realización de actividad física correcta y sistemáticamente, junto con el desarrollo de un peso adecuado, son las vías más efectivas para prevenir muchas de las enfermedades no transmisibles en la adultez (39).

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que solo 2 de cada 10 estudiantes realizan actividad física cinco días o más durante la semana (24,6%), y que 3 de cada 10 realizan actividades sedentarias (ver televisión, jugar en la computadora, conversar con amigos en redes sociales y otra actividad que les demande permanecer sentados o quietos) tres o más horas diarias (21,8%). Estos hallazgos coinciden por lo presentado por Montoya A y cols. (50) realizado en dos instituciones educativas cuyo objetivo era determinar el nivel de actividad física en escolares de secundaria de edades entre los 14 -17 años, encontró que el 21.4% de los escolares tenía una actividad física moderada y solo 18,2% realiza actividades sedentarias. Un mayor porcentaje de hombres realizaban actividades físicas moderadas o intensas, 33.8% de los hombres y el 16.2% de las mujeres.

Estas cifras demandan la urgente necesidad de promocionar la actividad física en este grupo etario, teniendo en cuenta que este comportamiento saludable si es que se adquiere durante la niñez y la adolescencia se mantendrá probablemente durante el resto de la vida, además de que genera un bienestar psicológico reduciendo los síntomas de ansiedad y depresión y a su vez, mejorando el rendimiento académico (60). Además, se encontró que existe correlación

estadística entre el riesgo y la edad de los adolescentes. Asimismo, la actividad física puede contribuir al desarrollo social de los jóvenes, dándoles la oportunidad de expresarse y fomentando la autoconfianza, interacción social y la integración (68).

### **Comportamiento y actividad sexual**

En la adolescencia el ciclo vital del desarrollo humano es caracterizado por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo, por lo que cada etapa desde el inicio y el final marca la capacidad biológica y social de reproducirse. Siendo así, que la educación sexual debe ir dirigida no solo como un deber, sino como un derecho para garantizar la prevención de embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual (78). Educar sobre sexualidad no solo ayuda a prevenir infecciones de transmisión sexual, sino también embarazos no deseados a edades muy tempranas, sin madurez física y psicológica, que no solo implica la vida de la persona, sino que también interviene la escuela, familia y sobre todo el grupo de pares (23).

En los resultados obtenidos se encontró que existe un porcentaje elevado de conocimientos sobre el VIH/ SIDA y as infecciones de transmisión sexual (78,1%) esta información corrobora lo presentado por Gaspar G. (78) que afirma que nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en el adolescente fue medio (88,1%) y el conocimiento de prevención (88,1%).

Del total de estudiantes, 5,6% de los estudiantes refieren haber iniciado su actividad sexual. Siendo igual el porcentaje de varones y de mujeres. Es necesario recalcar que entre los escolares que han iniciado su actividad sexual, el 75% declara haber iniciado relaciones sexuales antes de los 14 años. Por otro lado, entre los escolares que tuvieron relaciones

sexuales, el 75% de ellos utilizó algún método anticonceptivo en su última relación sexual, condición que puede resultar determinante para la prevención de un embarazo en esta etapa de la vida o el desarrollo de enfermedades de transmisión sexual. Estos resultados se asemejan a lo hallado por Fernández J. y Rojas S. (79) donde el 27.8% de adolescentes estudiados, iniciaron con las relaciones sexuales y el 72.2% no iniciaron.

En el balance general de procesamiento estadístico, se encontró significancia evaluando el género y este factor de riesgo, lo cual insta a la apuesta por el desarrollo de programas de salud sexual exitosos que estén determinados por la necesidad de incluir y potenciar las habilidades sociales como conductas necesarias en los adolescentes para interactuar en forma efectiva y mutuamente satisfactoria, con sus pares y no focalizando la intervención solamente al acceso de métodos anticonceptivos (10,51). Esto se asemeja parcialmente a lo descrito por Fernández J. y Rojas S. que encontraron significancia estadística ( $p < 0.05$ ) con el género masculino, convivencia familiar y consumo de bebidas alcohólicas. Así como con Gaspar G. (78) quien encontró asociación entre la edad, género, tipo de relaciones familiares y la estructura familiar con el nivel de conocimiento en los adolescentes.

### **Violencia y lesiones no intencionales**

La conducta antisocial y delictiva hace parte de los comportamientos que mayor impacto tienen sobre los seres humanos, en especial, si la conducta es manifestada por adolescentes y menores de edad. Esto obedece a las consecuencias negativas para el joven y para el entorno en el que se desarrolla (18).

De los estudiantes encuestados, 16,6% manifestaron haber sido víctima de agresión física. Estos datos muestran que el problema de violencia es alarmante y que genera daños físicos y

psicológicos que se constituyen en factores negativos para el aprendizaje de los estudiantes. Asimismo, los resultados muestran que existen diferencias en los porcentajes de estudiantes que han sido víctimas de violencia física y traumatismos no intencionales según sexo. Así, la frecuencia de agresiones físicas, peleas, lesiones graves se presentan en porcentajes superiores entre los varones. Se encontró valores estadísticamente significativos entre la edad del adolescente y el riesgo de sufrir violencia y lesiones. Existe evidencia de que exposición prolongada a violencia puede provocar mayor predisposición a sufrir limitaciones sociales, emocionales y cognitivas, y a la adopción de comportamientos de riesgo para la salud, como el uso de sustancias adictivas, tener relaciones sexuales precoces y al consumo de tabaco (22,39).

Por otro lado, los resultados de la encuesta también nos muestran que el porcentaje de estudiantes que fueron agredidos físicamente una o más veces en el último año, es superior entre los adolescentes que refieren haberse sentido solos, lo que pone en evidencia la relación existente entre la violencia y la salud mental. García X y cols. (53) establece que el acoso escolar se da en niños y adolescentes durante la etapa escolar, y ha sido definido como abuso de poder que se produce de forma repetitiva y con intención de hacer daño. Este fenómeno puede presentarse de diferentes formas: maltrato físico (pegar, robar, empujar), maltrato verbal (insultar, despreciar), exclusión social (ignorar, marginar) o abuso sexual. Recientemente también se ha empezado a considerar una nueva forma de acoso denominada ciberacoso la cual se desarrolla a través de las nuevas tecnologías (53).

## CONCLUSIONES

Luego de determinar y analizar la relación existente entre los factores sociodemográficos con las conductas de riesgo en los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019, se llegó a las siguientes conclusiones:

- Los factores sociodemográficos tales como tener entre 13 y 15 años, ser del sexo femenino, provenir de la ciudad, encontrarse en primer grado de nivel secundario, con rendimiento escolar regular, preferir los hobbies y gastar de 1 a 5 soles semanales determinan las condiciones de vida y desarrollo de los adolescentes del estudio, debido a que existió mayor concentración de población con estas características.
- Las principales conductas de riesgo de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” Baños del Inca, incluyen la falta de actividad física, el uso de cigarrillos y drogas, y la violencia y lesiones no intencionales, porque representaron mayor incidencia. Sin embargo, no se debe disminuir la atención a las otras conductas de riesgo estudiadas, ya que podrían encontrarse en etapas iniciales antes de manifestarse como riesgo propiamente dicho; de este modo es necesario vigilar prioritariamente la salud mental y las conductas sexuales, tomando como referencia los antecedentes teóricos y marcos de referencia.
- Se encontró significancia estadística en prueba de hipóstasis ( $p < 0,05$ ) así como asociación significativa de variables con I.C. de 95%, en las relaciones factor sociodemográfico – factor de riesgo: zona de residencia - consumo de alcohol ( $p = 0,004$ ); edad - consumo de cigarrillos y drogas ( $p = 0,044$ ), zona de residencia – consumo de

cigarrillos y drogas ( $p=0,002$ ); edad – salud mental ( $p=0,009$ ), género - salud mental ( $0,005$ ), lugar de residencia – salud mental ( $0,009$ ) y actividad física – edad ( $p=0,007$ ).

## RECOMENDACIONES

- A los directivos, personal docente y administrativo de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca, en mejorar los mecanismos de respuesta ante situaciones de riesgo en los adolescentes, permitiendo mayor comprensión y apertura de los docentes y directivos para el manejo adecuado de estas situaciones. Asimismo, se insta a la institución a gestionar la contratación de psicólogos titulados con experiencia en trato con adolescentes.
- A las autoridades de la municipalidad distrital de Baños del Inca, para que mejoren la seguridad del distrito y fiscalicen de mejor manera la venta de alcohol a menores de edad, así como la obtención de drogas por comerciantes informales. Del mismo modo, deberían implementarse redes de apoyo en las Instituciones Educativas, para identificar tempranamente casos de acoso, abuso y violencia dentro del entorno social de los adolescentes.
- A los trabajadores de la Red de Salud Cajamarca y C.S. Baños del Inca, encargados del consultorio diferenciado para atención integral del adolescente, se les recomienda ampliar en las metas y cobertura de atención a esta población, ya que es una de las más descuidadas. Del mismo modo, es necesario optimizar el trabajo articulado interinstitucional con los colegios, municipalidades y demás puestos y centros de salud adscritos a la jurisdicción de Baños del Inca, para mejorar la educación sexual y la prevención de enfermedades físicas y mentales en los adolescentes.
-

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saldarriaga V, Cueto S, Muñoz I. Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal. In: Salud, interculturalidad y comportamiento de riesgo [Internet]. I. Lima - Perú: GRADE; 2014. p. 119–66. Disponible en: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/grade/20120223052104/30\\_cueto\\_saldarriaga\\_muñoz.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/grade/20120223052104/30_cueto_saldarriaga_muñoz.pdf)
2. Comisión económica para América Latina y el Caribe. Juventud Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet]. CEPAL. 2019 [citado 2021 May 5]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/juventud>
3. INEI. Perú tiene una población de 9 millones 652 mil niñas, niños y adolescentes al primer semestre del presente año [Internet]. Instituto Nacional de Estadística e informática. 2019 [citado 2021 May 5]. p. 1-undefined. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/peru-tiene-una-poblacion-de-9-millones-652>
4. Güemes - Hidalgo M, Gonzalo - Fierro M, Hidalgo Vicario M. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Medicina integral [Internet]. 2017 [citado 2021 May 5];XXI(4):223–44. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/desarrollo-durante-la-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>
5. Vicario M. Tema actual Adolescencia. Perspectivas asistenciales. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. 2014 May; II (2).

6. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS | Salud del Adolescente - Servicios de Salud [Internet]. Columbia. 2015 [citado 2021 Abr 27]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3184:sa](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3184:sa)
7. Todas las mujeres. Todos los niños. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2016; 1:118. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf)
8. OMS. Violencia juvenil [Internet]. Ginebra. 2020 [citado 2021 May 6]. p. 1-undefined. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence>
9. Gonzales F. Documento técnico: Situación de salud de los adolescentes y jóvenes del Perú. MINSA. 2017.
10. Gallardo Bravo F. Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en los adolescentes de Juigalpa, bajo los efectos de alcohol y otras drogas,. Revista Científica de medio ambiente, tecnología y desarrollo humano. 2014; 3:71–7.
11. Adjuntía para la niñez y adolescencia de la Defensoría del Pueblo. Principales resultados de la supervisión a la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia en los módulos de atención al maltrato infantil y del adolescente en salud. MAMIS [Internet]. Cajamarca; 2019 Dic [citado 2021 May 6]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/01/reporte-mamis-2019.pdf>
12. Aguja E. Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes Mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. Acta Colombiana de Psicología [revista en Internet] 2012 [acceso 10 de setiembre de 2018]; 15(2): 53-64.

2012;15(2):53–64. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v15n2/v15n2a06.pdf>

13. López Larrosa S, Luis J, Palomo R-A. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles Risk and protective factors for drug use and antisocial behavior in Spanish adolescents and young people. *International Journal of Psychological Research* ISSN impresa [Internet]. 2012;5(1):25–33.
14. Martínez I, Fuentes María, García F, Madrid Ignacio. El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles. Vol. 25. 2013. p. 230–8.
15. Gutiérrez-Saldaña P, Camacho-Calderón N, Martínez-Martínez ML. Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. *Atención Primaria* [Internet]. 2014;39(11):597–601.
16. Nares M. Influencia de la dinámica familiar en la presencia de conductas de riesgo en adolescentes del Instituto Manuel C. Silva en Villa de Álvarez, Colima. Vol. 1, Universidad de Colima, Facultad de Psicología. Universidad de Colima; 2013.
17. Guerrero Andrade J. desempeño profesional de los graduados de la carrera de Enfermería 2000 de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad técnica del norte facultad ciencias de la salud carrera de enfermería. Universidad Técnica del Norte; 2017.
18. Sanabria A, Uribe A. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. *Diversitas: Perspectiva en Psicología* [Internet]. 2010 Dic [citado 2021 Abr 27];6(2):257–74. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67915140005>

19. Rivera Renzo, Cahuana M. Influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes de Arequipa-Perú. *Actualidades en Psicología*. 2016;30(120):85–97.
20. Zavaleta Jorge. Factores de riesgo asociados con trastorno depresivo en estudiantes adolescentes de la I.E. Manuel González Prada de Ate en el 2015. [Lima]; 2015.
21. Yalán B. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes del Colegio Fe Y Alegría N°41 La Era - Ñaña. Universidad Ricardo Palma. 2016;1–38.
22. Diaz F. “Nivel de agresividad en adolescentes entre 14 y 16 años, en zona rural y urbana del distrito de Jaén- Cajamarca” [Internet]. 2017. Disponible en: [http://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/12377/Díaz Vigo Fiorella.pdf?](http://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/12377/Díaz_Vigo_Fiorella.pdf?)
23. Bringas Arimana M. Conocimientos sobre salud sexual y conductas de riesgo en adolescentes de educación secundaria. Institución Educativa Juan XXIII Cajamarca [Internet]. 2017. Disponible en: [http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1393/T016\\_73973019\\_Tempastado.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1393/T016_73973019_Tempastado.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
24. Organización Mundial de la Salud. OMS Género. WHO [Internet]. 2016 [citado 2021 May 6]; Disponible en: <http://www.who.int/topics/gender/es/>
25. Komblit A, Camarotti A, di leo P. Prevención del consumo problemático de drogas [Internet]. Buenos Aires; 2010 [citado 2021 May 6]. Disponible en: [http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu\\_ModulosESI.pdf](http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf)
26. Anderson J. Invertir en la familia [Internet]. Lima; 2007 [citado 2021 May 9]. Disponible en: [http://white.lim.ilo.org/ipecc/documentos/invertir\\_familia.pdf](http://white.lim.ilo.org/ipecc/documentos/invertir_familia.pdf)
27. Benites A. “Factores protectores y de riesgo social en relación al consumo de sustancias en adolescentes rurales y urbanos” [Internet]. [Mendoza]; 2010 [cited 2021 May 9]. Disponible en: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores %20protectores%20y%20de%20riesgo%20social%20en%20relaci%C3%B3n%20al](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20protectores%20y%20de%20riesgo%20social%20en%20relaci%C3%B3n%20al)

28. Bernal Y, Rodríguez C. Factores que Inciden en el Rendimiento Escolar de los Estudiantes de la Educación Básica Secundaria [Internet]. [Bucaramanga]; 2017 [citado 2021 May 9]. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/3369/1/proyecto%20fact>
29. Tunki K. Causas y consecuencias de la drogadicción y rendimiento académico de los estudiantes de la unidad educativa del Milenio. 2018 - 2019 [Internet]. [Cuenca]; 2018 [citado 2021 May 9]. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/17936/1/UPS-CT008503.pdf>
30. Samperi M. Ocio y uso del tiempo libre en adolescentes mendocinos [Internet]. [Mendoza]; 2019 [citado 2021 May 9]. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9486/1/ocio-uso-tiempo-libre-adolescentes.pdf>
31. Organización de la Salud - OMS. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. 2015. p. 8. [citado 2021 May 9]. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
32. Pérez Milena A. Guía de Atención al Adolescente. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. 2015. p. 315
33. de Mendoza A. Protección y adolescencia | UNICEF [Internet]. UNICEF, para cada niño. 2019 [citado 2021 May 6]. p. 1–3. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/historias/protecci%C3%B3n-y-adolescencia>
34. Solano C, Alfaro J, Rigioni M, Vega M. Precisiones Teórico-Conceptuales para el fortalecimiento de conductas protectoras y la prevención de conductas de riesgo en la adolescencia [Internet]. Vol. 1, Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social. BINASS. Costa Rica: Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social; 2010 [citado

- 2021 May 6]. p. 17–24. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/adolescencia/todas/Precisiones%20teorico-conceptuales.pdf>
35. Premios Injuve para tesis doctorales. Los adolescentes como personas [Internet]. 2012 [citado 2021 Abr 27]. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/2%20-%20los%20adolescentes%20como%20personas.pdf>
  36. Cabana Flores I. Influencia de la dinámica familiar en el rendimiento escolar de los adolescentes del quinto año de educación secundaria de la I.E. Manuel Muñoz Najar. Universidad Nacional de San Agustín; 2012.
  37. Santillano I. La adolescencia: añejos debates y contemporáneas realidades. Última década [Internet]. 2009 Dic [citado 2021 May 6];31(2009):55–71. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/udecada/v17n31/art04.pdf>
  38. Krauskopf D. El desarrollo en la adolescencia: Las transformaciones psicosociales y los derechos en una época de cambios [Internet]. 2012 [citado 2021 May 6]. Disponible en: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Desarrollo%20adolescente%20Congreso%20psiquiatria\\_0.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Desarrollo%20adolescente%20Congreso%20psiquiatria_0.pdf)
  39. OPS. OMS. Estado Actual de la Salud de los Adolescentes y Jóvenes en la Región de las Américas - La Salud de los Adolescentes y Jóvenes en la Región de las Américas [Internet]. PAHO. 2018.
  40. Born D, Minujín A, Lombardía ML. Una exploración sobre la situación de las y los adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente. 2015; 50.
  41. Gómez E, Cobos EG. Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. Revista intercontinental de psicología y educación. 2008;10(2):105–22.

42. Krauskopf D. La evolución del Concepto de Salud y el Enfoque de Riesgo [Internet]. Proyecto Interamericano de Estudios Superiores. Fundación Universitaria Luis Amigó; 2005. p. 20. [citado 2021 May 5]. Available from: <https://docplayer.es/1941399-Las-conductas-de-riesgo-en-la-fase-juvenil-dina-krauskopf.html>
43. Orbegoso-Delgado BI. Conductas de riesgo convencionales. Cedro. 2011; 1:23.
44. Corchado Castillo A. Conductas de riesgo en las adolescencias. Universidad Complutense de Madrid. 2013.
45. Ana C, Barriga S, José L. Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes [Internet]. Vol. 9, Enseñanza e Investigación en Psicología. 2004. [citado 2021 May 5]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29290201.pdf>
46. Cruz F, Rosell AB, Gutierrez E. Conductas y factores de riesgo en la adolescencia. Manual de Prácticas Clínicas para la atención en la adolescencia. 2011;120–44.
47. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Anales de Salud Mental. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. 2013; XXIX:269.
48. OMS | Trastornos mentales en niños y adolescentes. WHO. 2013;
49. OMS. Adolescentes y salud mental [Internet]. Oms. 2016. p. 1. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/mental\\_health/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/)
50. Montoya Trujillano A, Pinto Rebatta D, Taza Mendoza A, Meléndez Olivari E, Alfaro Fernández P. Nivel de actividad física según el cuestionario PAQ-A en escolares de secundaria en dos colegios de San Martín de Porres – Lima. Revista Herediana de Rehabilitación. 2016 Ago 29;1(1):21.

51. Câmara SG, Sarriera JC, Carlotto MS. Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*. 2017;41(2):161–6.
52. Gallardo F. Conductas de Riesgo en adolescentes de tres colegios de Juigalpa, Chontales, 2012. Universidad Nacional Autonomo de Nicaragua; 2013.
53. García Continente X, Pérez Gimenez A, Nebot M. Factores relacionados con el acoso escolar (bullying) en los adolescentes de Barcelona. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2010 Mar [citado 2021 May 5]; 24(2). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112010000200002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000200002)
54. Herrera Santi P. Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*. 2009;71(1):39–42.
55. Páramo M. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica* [Internet]. 2011;29(1):85–95. [citado 2021 May 5]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/785/78518428010.pdf>
56. Centro de control y prevención de enfermedades (CDC)., Organización Mundial de la Salud - OMS. Parte 12: Explicación del Módulo principal Presentación general [Internet]. 2009. p. 1–20.
57. Güemes-Hidalgo M, Ceñal González-Fierro M, Hidalgo Vicario M. Pubertad y adolescencia.
58. Ochoa V. Metodologías para estimar indicadores sociodemográficos en áreas menores. *Centro De Investigación Y Desarrollo*. 2002; 1:148.
59. Vivo S, Saric D, Muñoz R, McCoy S, López Pena P, Bautista Arredondo S. Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes. Banco Interamericano de Desarrollo. 2013. 162.

60. Centro de control y prevención de enfermedades (CDC)., Organización Mundial de la Salud - OMS. Encuesta mundial de salud escolar (GSHS) módulos del cuestionario básico [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2014 [citado 2019 Mar 11]. p. 13. Disponible en: [https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS\\_Core\\_Modules\\_2013\\_Spanish.pdf](https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS_Core_Modules_2013_Spanish.pdf)
61. Frías-Navarro D. Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida. Análisis de la consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida. Universidad de Valencia España [Internet]. 2020 [citado 2021 May 8];1:1–13. Disponible en: <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
62. López-Roldán P, Fachelli S. Metodología de la investigación social cuantitativa [Internet]. 1°. Vol. 1. Barcelona: Bellaterra (Cerdanyola del Valles); 2015 [citado 2021 May 9]. 35–40. Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163570/metinvsocua\\_a2016\\_cap3-10.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163570/metinvsocua_a2016_cap3-10.pdf)
63. Robert F, Ortega F, Liliana A, Gonzales O, Paola L, Ortega F, et al. Estilos de vida y factores sociodemográficos asociados en adolescentes escolarizados del distrito de Santa Marta, Colombia. 2014;
64. Galloso M. Factores sociodemográficos y acciones de prevención y promoción asociado al comportamiento de la salud. [Chimbote]; 2019.
65. de Medicina F, Julia P, García C, Regidor E, Vicente P, Rojas D. Universidad Complutense De Madrid. 2002.
66. Camacho I. Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. Acta Colombiana de Psicología [Internet]. 2005 Mar [citado 2021 Abr 27];8(1):1–5. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-9155](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-9155)

67. Lázaro Martínez C. Universidad de Murcia hábito de consumo de alcohol y su relación con la condición física saludable en adolescentes de la región de Murcia. [Murcia]; 2011.
68. OMS. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [Internet]. 2018. [citado 2021 May 5]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
69. Dirección General de Programas de Salud. Manejo Integral de Adolescentes con Enfoque de Derechos. Asunción. p.158
70. Gomez-Restrepo C, Rincón CJ, Castro-Diaz S. Prevalence of risky eating behaviors and associated factors in indigenous population in Colombia. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios [Internet]. 2017 [citado 2021 Abr 27]; 8:113–22. Disponible en: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/ARTÍCULO>
71. Vásquez Fernández M, Muñoz Moreno M, Fierro Urturi A, Alfaro Gonzales M, Rodriguez Carbajo M, Rodriguez Molinero M. Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. Revista de Pediatría de Atención Primaria [Internet]. 2014 Jun;16(62).
72. OMS | Desarrollo en la adolescencia. WHO [Internet]. 2015 [citado 2021 Abr 27]; Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
73. Yap Collantes B, Valeria M, Guillén PE, San G, Bautista J. Factores sociodemográficos asociados a los trastornos de depresión en los estudiantes del 5° grado de secundaria de una I.E. [Maynas]; 2018.

74. Arrieta Vergara KM, Díaz Cárdenas Farith González Martínez S. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. Vol. 7. 2014.
75. Vázquez Fernández ME, Muñoz Moreno MF, Fierro Urturi A, Alfaro González M, Rodríguez Molinero L, Bustamante Marcos Pediatra Arturo Eyries Valladolid España PC, et al. Original Estado de ánimo de los adolescentes y su relación con conductas de riesgo y otras variables. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*. 2013; 15:75–84.
76. Ministerio de Salud Perú. Módulo de Atención Integral en Salud Mental. Primera. Vol. 1, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú: Dirección General de Promoción de la Salud; 2005. 16.
77. Díaz S, Gonzales F, Arrieta K. Niveles de actividad física asociados a factores sociodemográficos, antropométricos y conductuales en universitarios de Cartagena (Colombia). *Rev. Salud Uninorte [Internet]*. 2014 Sep [citado 2021 May 5]; 30(3). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522014000300014](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522014000300014)
78. Universidad AA la, Palma R, Fabiola G, Yachas G. Escuela de enfermería padre Luis Tezza Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. 2013.
79. Fernández J, Rojas S. Factores sociodemográficos asociados al inicio de relaciones sexuales en adolescentes. Hospital de apoyo de San Francisco. Ayacucho. [Ayacucho]; 2015.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO A PADRES DE FAMILIA**

La Institución Educativa N° 82040 “Virgen de la Natividad” invita su hijo(a) a participar en un estudio que tiene como objetivo conocer la manera que tiene su hijo(a) de relacionarse con sus compañeros de escuela, familia y amigos.

Si usted acepta que su hijo(a) participe en el estudio ocurrirá lo siguiente:

Su hijo (a) responderá preguntas de un cuestionario, en el que se le solicitará información sobre su edad, ocupación, características de su vivienda, su experiencia y forma de relacionarse con su familia, amigos y su pareja(a): El cuestionario incluye además preguntas sobre su sexualidad y estado de ánimo.

El cuestionario será aplicado en el salón y dentro de su horario de clases. Esto tomará aproximadamente una hora. Cuando su hijo conteste el cuestionario habrá una persona que forma parte del grupo de investigación para apoyarlo en caso de que tenga dudas sobre las preguntas.

**Beneficios:** Si acepta que su hijo (a) participe en el estudio, no recibirán ningún beneficio directo, pero con la información que nos proporcione su hijo estará colaborando con la Institución Educativa “Virgen de la Natividad” para mejorar los programas sobre las relaciones interpersonales entre los (as) adolescentes. Además, adjunto a esta carta le estamos enviando un folleto con consejos sobre cómo mejorar la relación entre padres e hijos

**Costos y compensación:** Si usted y su hijo (a) aceptan participar, no recibirán ningún pago y tampoco se le solicitará pago alguno.

**Confidencialidad:** La información que su hijo(a) nos proporcione será completamente confidencial y anónima, por lo que no podrá ser identificado por su nombre, dirección u alguna otra información personal. La información recabada no será compartida con los padres ni con el personal de la escuela. Sólo los investigadores de la Institución Educativa “Virgen

de la Natividad” tendrán acceso a la información. Los resultados del estudio que sean publicados con intenciones científicas estarán escritos de forma que no sea posible reconocer a su hijo.

Participación voluntaria/Retirada: La participación de su hijo(a) en este estudio es completamente voluntaria y tendrá libertad absoluta de no responder las preguntas que le incomoden e incluso de suspender la entrevista en el momento en que él así lo decida. Si usted o su hijo (a) deciden no participar, esta decisión no afectará de ninguna manera las actividades académicas o las calificaciones de su hijo(a).

Datos de contacto: Para cualquier aclaración, comentario o queja sobre el proyecto comuníquese con: Srta.: Fernanda Huaccha Chávez Tel: 915351957. Lunes a viernes de 8am a 4pm.

## ANEXO 2. CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO A ADOLESCENTES

Mi nombre es \_\_\_\_\_, soy estudiante del \_\_\_\_\_ grado de secundaria de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. La obstetra Fernanda Huaccha Chávez, me ha invitado a participar de un proyecto que se llama **“Factores sociodemográficos relacionados con conductas de riesgo y rendimiento escolar en adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad”- Baños del Inca. Cajamarca 2019”**.

Acepto participar en la actividad a la que me ha invitado, y además quisiera decir que:

1. He leído lo anterior, o me lo han leído, y he entendido toda la información.
2. Cuando no entendí algo, pude preguntar, y me han contestado a todas mis preguntas.
3. Sé que puedo decidir no participar, y nada malo ocurrirá por ello. Si tengo alguna duda en cualquier momento de la actividad, puedo preguntar todas las veces que necesite.
4. Sé que puedo elegir participar, pero después puedo cambiar de opinión en cualquier momento, y nadie me retará por ello.
5. Sé que la información que entregue en esta actividad sólo la sabrán los profesores del proyecto y la usarán sólo para su investigación. Si mis respuestas llegasen a ser publicadas, no estarán relacionadas con mi nombre, así que nadie sabrá cuales fueron mis decisiones o respuestas.
6. De tener alguna pregunta sobre la actividad, después podré llamar o escribir a un profesor que podrá responder todas mis preguntas y comentarios.
7. Si acepto participar en la actividad debo firmar este papel, y me entregarán una copia para guardarla y tenerla en mi poder si tengo cualquier duda después.

---

Firma del participante

---

Investigadora Responsable

### **ANEXO 3. ENCUESTA SOBRE CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES**

Esta encuesta va dirigida a conocer algunos aspectos que pueden afectar tu salud. Esto no es un examen o prueba. Las respuestas que tú nos brindes serán utilizadas para mejorar la salud de los adolescentes en Cajamarca.

#### **NO ESCRIBAS TU NOMBRE EN ESTA ENCUESTA.**

Las respuestas tuyas serán privadas y no se darán a conocer a nadie a menos que tú lo hagas. Tus respuestas no tienen nada que ver con tus notas de las clases o con pasar el año o no. Te pedimos que seas muy sincero cuando contestes las preguntas. Responde todo acerca de lo que tú realmente haces. Contesta todas las preguntas haciendo un círculo sobre la letra que corresponda a tu respuesta elegida.

#### **MARCA UNA SOLA RESPUESTA.**

Si tienes alguna pregunta la puedes hacer a los encargados de la encuesta.

**Muchas Gracias por tu ayuda.**

### Módulo de información sociodemográfica

- ¿Qué edad tienes?
  - 11 años
  - 12 años
  - 13 años
  - 14 años
  - 15 años
- ¿Cuál es tu sexo?
  - Masculino
  - Femenino
- ¿Dónde vives?
  - Ciudad
  - Campo
- ¿Vives con tus padres?
  - Si
  - No
- ¿En qué grado, clase o nivel estás?
  - Primero
  - Segundo
  - Tercero
- Tu rendimiento escolar el año anterior fue:
  - Bueno
  - Regular
  - Deficiente
- ¿Qué sueles hacer en tu tiempo libre?
  - Salir con los amigos de fiesta.
  - Quedarme en casa con mis amigos.
  - Dedicar ese tiempo a algo que llevo mucho tiempo queriendo hacer.
  - Jugar videojuegos
  - Leer
  - Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto dinero gastas a la semana en ti?
  - No gasto mucho (1 – 5 soles)
  - Lo normal (10)
  - Más de lo normal (más de 15)
  - Bastante (más de 20)
  - Otro (Por favor especifique)

### Módulo sobre uso de alcohol

Las próximas 6 preguntas se refieren al consumo de bebidas alcohólicas. Esto incluye tomar vino, cerveza, vodka, whisky, ron, caña, tequila, u otros. El consumo de alcohol no incluye tomar unos pocos sorbos de vino en actividades religiosas. Una bebida estándar es un vaso de vino (40 ml), una botella o lata de cerveza (330 ml), un vaso destilado (40 ml).

- ¿Qué edad tenías cuando tomaste tu primer trago de alcohol, algo más que unos pocos sorbos?
  - Nunca he bebido alcohol aparte de unos pocos sorbos
  - 7 años o menos
  - 8 o 9 años
  - 10 o 11 años
  - 12 o 13 años
  - 14 o 15 años
  - 16 años o más
- Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días tomaste al menos una bebida que contenía alcohol?
  - 0 días
  - 1 o 2 días
  - 3 a 5 días

- D. 6 a 9 días
- E. 10 a 19 días
- F. 20 a 29 días
- G. Los 30 días

3. Durante los últimos 30 días, en los días en que tomaste alcohol, ¿cuántos tragos tomaste normalmente por día?

- A. No tomé alcohol durante los últimos 30 días
- B. Menos de un trago
- C. 1 trago
- D. 2 tragos
- E. 3 tragos
- F. 4 tragos
- G. 5 tragos o más

4. Durante los últimos 30 días, ¿cómo conseguiste normalmente el alcohol que tomaste?  
SELECCIONA SÓLO UNA RESPUESTA.

- A. No tomé alcohol durante los últimos 30 días
- B. Lo compré en una tienda, un mercado o en la calle
- C. Le di dinero a otra persona para que lo comprara por mi
- D. Lo conseguí de mis amigos
- E. Lo conseguí en mi casa
- F. Lo robé
- H. Lo conseguí de otra manera

**Tambalearse cuando uno camina, no ser capaz de hablar correctamente y vomitar son algunos signos de tener una borrachera.**

5. Durante tu vida, ¿cuántas veces tomaste tanto alcohol que llegaste a emborracharte?

- A. 0 veces
- B. 1 o 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 o más veces

6. Durante tu vida, ¿cuántas veces has tenido problemas con tu familia o amigos, has faltado a la escuela o te has metido en peleas como resultado de tomar alcohol?

- A. 0 veces
- B. 1 o 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 o más veces

#### **Módulo sobre conductas alimentarias**

**Las próximas 3 preguntas se refieren a tu estatura, peso y acerca de pasar hambre.**

1. ¿Cuál es tu estatura, sin zapatos? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuánto pesas, sin zapatos? \_\_\_\_\_

3. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te quedaste con hambre porque no había suficiente comida en tu hogar?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Algunas veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

**Las siguientes 4 preguntas son acerca de lo que comes y bebes.**

4. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día comiste habitualmente frutas?

- A. No comí frutas en los últimos 30 días
- B. Menos de una vez al día
- C. 1 vez al día
- D. 2 veces al día
- E. 3 veces al día
- F. 4 veces al día
- G. 5 o más veces al día

5. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día comiste habitualmente verduras y hortalizas como lechuga, tomate, zanahoria, otras verduras u hortalizas?

- A. No comí verduras ni hortalizas durante los últimos 30 días
- B. Menos de una vez al día
- C. 1 vez al día
- D. 2 veces al día
- E. 3 veces al día
- F. 4 veces al día
- G. 5 o más veces al día

6. Durante los últimos 30 días ¿cuántas veces al día tomaste gaseosas o bebidas como Coca Cola, Fanta, Pepsi, Sprite, frugos, Pulp, u otra gaseosa?

- A. No tomé gaseosas en los últimos 30 días
- B. Menos de una vez al día
- C. 1 vez al día
- D. 2 veces al día
- E. 3 veces al día
- F. 4 veces al día
- G. 5 o más veces al día

7. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días comiste en un restaurante de comida rápida como McDonalds, Bambos, o una hamburguesería, o pizzería?

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días
- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días

- G. 6 días
- H. 7 días

### **Módulo sobre uso de cigarrillos y drogas**

**Las siguientes preguntas se refieren al uso de drogas. Esto Incluye el uso de marihuana, anfetaminas, cocaína, terokal.**

1. ¿Qué edad tenías cuando probaste un cigarrillo por primera vez?

- A. Nunca he probado cigarrillos
- B. 7 años de edad o menos
- C. 8 o 9 años
- D. 10 u 11 años
- E. 12 o 13 años
- F. 14 o 15 años
- G. 16 años o más.

2. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumaste cigarrillos?

- A. 0 días
- B. 1 o 2 días
- C. 3 a 5 días
- D. 6 a 9 días
- E. 10 a 19 días
- F. 20 a 29 días
- G. Los 30 días

3. ¿Qué edad tenías cuando usaste drogas por primera vez?

- A. Nunca usé drogas
- B. 7 años o menos
- C. 8 o 9 años
- D. 10 o 11 años
- E. 12 o 13 años
- F. 14 o 15 años
- G. 16 años o más

4. Durante tu vida, ¿cuántas veces has usado marihuana o alguna otra droga?

- A. 0 veces
- B. 1 o 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 a 19 veces
- E. 20 veces o más

### **Módulo sobre salud mental**

**Las próximas 5 preguntas se refieren a tus sentimientos y amistades.**

1. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia te has sentido solo o sola?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Algunas veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

2. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has estado tan preocupado por algo que no podías dormir por la noche?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Algunas veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

3. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez consideraste seriamente la posibilidad de suicidarte?

- A. Sí
- B. No

4. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces intentaste realmente suicidarte?

- A. 0 veces
- B. 1 vez
- C. 2 o 3 veces
- D. 4 o 5 veces
- E. 6 o más veces

5. ¿Cuántos amigos o amigas muy cercanos tienes?

- A. 0
- B. 1
- C. 2
- D. 3 o más

### Módulo sobre actividad física

**Las próximas 3 preguntas se refieren a tu actividad física. Actividad física es cualquier actividad que acelera los latidos del corazón y te deja sin aliento algunas veces. Se hace actividad física en los deportes, jugando con amigos o caminando a la escuela. Algunos ejemplos de actividad física son correr, caminar rápido, andar en bicicleta, bailar, jugar fútbol.**

1. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días practicaste una actividad física por un total de al menos 60 minutos al día? SUMA TODO EL TIEMPO QUE PASAS HACIENDO ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA CADA DÍA.

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días

- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días
- G. 6 días
- H. 7 días

2. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días fuiste de la casa a la escuela o regresaste caminando o en bicicleta?

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días
- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días
- G. 6 días
- H. 7 días

3. En este curso académico, ¿cuántos días a la semana fuiste a clase de educación física en la escuela?

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días
- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días o más

**La próxima pregunta se refiere al tiempo que pasas generalmente sentado cuando no estás en la escuela o haciendo tus tareas escolares.**

4. Durante un día típico o normal, ¿cuánto tiempo, pasas sentado viendo televisión, jugando juegos en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado?

- A. Menos de 1 hora al día
- B. 1 a 2 horas al día
- C. 3 a 4 horas al día
- D. 5 a 6 horas al día
- E. 7 a 8 horas al día
- F. Más de 8 horas al día

### **Módulo sobre factores protectores**

**Las próximas 6 preguntas se refieren a tus experiencias personales en la escuela y la casa.**

1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días faltaste a clases o a la escuela sin permiso?

- A. 0 días
- B. 1 o 2 días
- C. 3 a 5 días
- D. 6 a 9 días
- E. 10 días o más

2. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia la mayoría de los estudiantes en tu escuela fueron amables contigo y te prestaron ayuda?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Algunas veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

3. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia verificaron tus padres o cuidadores que hacías la tarea?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Algunas veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

4. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia entendieron tus padres o cuidadores tus problemas y preocupaciones?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Algunas veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

5. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tus padres o cuidadores realmente sabían lo que estabas haciendo en tu tiempo libre?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Algunas veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

6. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tus padres o cuidadores buscaron entre tus cosas sin tu permiso?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Algunas veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

**Módulo sobre comportamientos sexuales que contribuyen a la infección por VIH, otras ITS y Embarazos no deseados**

**Las próximas 5 preguntas se refieren a las relaciones sexuales.**

1. ¿Has oído alguna vez hablar de la infección por VIH o de una enfermedad llamada SIDA?

- A. Sí
- B. No

2. En este curso académico, ¿te han enseñado en alguna de tus clases cómo evitar la infección por VIH o el SIDA?

- A. Sí
- B. No
- C. No sé

3. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?

- A. Sí
- B. No

4. ¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?

- A. Nunca he tenido relaciones sexuales
- B. 11 años o menos
- C. 12 años
- D. 13 años
- E. 14 años
- F. 15 años o más

5. Durante tu vida, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?

- A. Nunca he tenido relaciones sexuales
- B. 1 persona
- C. 2 personas
- D. 3 personas
- E. 4 personas
- F. 5 personas
- G. 6 o más personas

6. La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿usaste tu o tu pareja un condón o preservativo?

- A. Nunca he tenido relaciones sexuales
- B. Sí
- C. No

7. La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿usaste tu o tu pareja algún otro método de control de natalidad como la retirada, método del ritmo (período seguro), pastillas anticonceptivas o cualquier otro método de control de embarazo?

- A. Nunca he tenido relaciones sexuales
- B. Sí
- C. No
- D. No sé

## Módulo sobre violencia y lesiones no intencionales

**La siguiente pregunta se refiere a agresiones físicas. Se produce una agresión física cuando una o varias personas golpean a alguien, o cuando una o varias personas hieren a otra persona con un arma (como un palo, un cuchillo o un arma de fuego). No hay una agresión física cuando dos estudiantes de aproximadamente la misma fuerza o capacidad deciden pelear entre ellos.**

1. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has sido víctima de una agresión física?

- A. Ninguna
- B. 1 vez
- C. 2 o 3 veces
- D. 4 o 5 veces
- E. 6 o 7 veces
- F. 8 o 9 veces
- G. 10 u 11 veces
- H. 12 o más veces

**La próxima pregunta se refiere a riñas. Se produce una pelea física cuando dos o más estudiantes de aproximadamente la misma fuerza o capacidad deciden luchar entre ellos.**

2. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces participaste en una pelea física?

- A. Ninguna
- B. 1 vez
- C. 2 o 3 veces
- D. 4 o 5 veces
- E. 6 o 7 veces
- F. 8 o 9 veces
- G. 10 u 11 veces
- H. 12 o más veces

**Las siguientes 3 preguntas se refieren a lesiones serias que hayas sufrido. Una lesión es seria cuando te hace perder al menos un día completo de actividades normales (como la escuela, deportes o el trabajo) o requiere atención por un médico o enfermera.**

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces tuviste una lesión seria?

- A. Ninguna
- B. 1 vez
- C. 2 o 3 veces
- D. 4 o 5 veces
- E. 6 o 7 veces
- F. 8 o 9 veces
- G. 10 u 11 veces
- H. 12 o más veces

4. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál fue la lesión más seria que tuviste?

- A. No tuve ninguna lesión seria en los últimos 12 meses

- B. Tuve un hueso roto o una articulación dislocada
- C. Recibí un corte, una punzada o puñalada
- D. Sufrí un golpe u otra lesión en la cabeza o el cuello, me desmayé o no podía respirar
- E. Recibí una herida con arma de fuego
- F. Sufrí una quemadura grave
- G. Perdí todo o parte de un pie, pierna, mano o brazo
- H. Me sucedió otra cosa

5. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál fue la causa principal de la lesión más seria que sufriste?

- A. No sufrí ninguna lesión seria durante los últimos 12 meses
- B. Tuve un accidente automovilístico o me atropelló un vehículo a motor
- C. Me caí
- D. Algo me cayó encima o me golpeó
- E. Estaba peleando con alguien
- F. Fui agredido(a), asaltado(a) o abusado(a) por alguien
- G. Estuve en un incendio o muy cerca de una llama o algo caliente
- H. Algo distinto causó mi lesión

**Las próximas 2 preguntas se refieren a la intimidación. La intimidación ocurre cuando un estudiante o grupo de estudiantes dice o hace algo malo o desagradable a otro estudiante. También se produce intimidación cuando un estudiante es objeto de bromas desagradables o se lo excluye a propósito. No existe intimidación cuando dos estudiantes de aproximadamente la misma fuerza o capacidad discuten o luchan, o cuando se hacen bromas de manera amistosa y divertida.**

6. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fuiste intimidado?

- A. 0 días
- B. 1 o 2 días
- C. 3 a 5 días
- D. 6 a 9 días
- E. 10 a 19 días
- F. 20 a 29 días
- G. Los 30 días

7. Durante los últimos 30 días, ¿en qué forma te intimidaron más frecuentemente?

- A. No fui intimidado en los últimos 30 días
- B. Fui golpeado, pateado, empujado o encerrado
- C. Se burlaron de mí debido a mi raza o color
- D. Se burlaron de mí debido a mi religión
- E. Se burlaron de mí con chistes, comentarios o gestos de índole sexual
- F. Me excluyeron de las actividades a propósito o me ignoraron
- G. Se burlaron de mí debido al aspecto de mi cuerpo o mi cara
- H. Fui intimidado de otra manera

## ANEXO 4. INFORME DE VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

### 1.1. Validación.

Consolidado de opinión de expertos

Valoración

0=Debe mejorarse

1=Poco Adecuado

2= Adecuado

Crterios	Indicadores	H3	P2	E1	CVR´
<b>Claridad</b>	Es formulado con lenguaje claro y coherente. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto en estudio	2	1	2	0.667
<b>Objetividad</b>	Está expresado en preguntas precisas y claras.	1	2	2	0.667
<b>Organización</b>	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara	1	2	2	0.667
<b>Consistencia</b>	Responde a los objetivos, a las variables objeto de estudio, marco teórico	2	2	2	1.00
<b>Coherencia</b>	Coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2	2	2	1.00
	Total	8	9	10	
	CVI				0.800

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

### LEYENDA:

**H3:** Mg. Wilfredo Moisés Minchán Tello

**P2:** Mg. Juan Carlos Delgado Rojas

**E1:** Mg. Maribel Cusma Livaque

Para una validez facial se ha obtenido una calificación promedio aceptable de 9.00

Todos los CVR´ son mayores a 0.5823, por tanto, cada criterio es válido.

El CVI es 0.800 mayor 0.5823, el instrumento de acuerdo a los tres expertos tiene concordancia y es válido.

Donde:

CVR= razón de validez de contenido de los ítems aceptables

N=número de jueces

$n_e$ = número de jueces que tienen acuerdo en la categoría esencial

CVI = índice de validez de contenido

M = Total de ítems aceptables en el instrumento

Razón de Validez de contenido de Lawshe con modificación de Florián CVR'

Índice de Validez de contenido

$$CVR' = \frac{CVR + 1}{2} = \frac{n_e}{N}$$
$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR'_i}{M}$$

## 1.2.Confiabilidad

Para la confiabilidad de los instrumentos de Medición se tomó una muestra de tamaño 8

Para las dimensiones con ítems de escala de Likert se aplicó Alfa de Cronbach y para ítems con escala dicótoma KR-20 de Richardson.

El alfa de Cronbach obtenido fue de: 0,807.

**CUESTIONARIO:** “Factores sociodemográficos relacionados con conductas de riesgo y rendimiento escolar en adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad”- Baños del Inca. Cajamarca 2019”

## INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

**1. DATOS GENERALES**

Apellidos y Nombres: Cusma Livaque Maribel  
 Cargo de la Institución donde labora: Consultora Maternal en el H.S.C. Chota

**2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los estudiantes. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
<b>RESULTADO DE VALIDACIÓN</b>		<b>10</b>

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

**3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

CAJAMARCA, 21 DE AGOSTO DEL 2019

  
Maribel Cusma Livaque  
 C.O.P. 28797  
 OBSTETRA  
 Firma del revisor

## INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

**1. DATOS GENERALES**

Apellidos y Nombres: *Minchón Bello Wilfredo Jorge*

Cargo de la Institución donde labora: *Jefe del Área de Gestión Institucional*

**2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los estudiantes. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	1
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
<b>RESULTADO DE VALIDACIÓN</b>		<b>8</b>

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

**3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

CAJAMARCA, 21 DE AGOSTO DEL 2019

  
**Wilfredo Minchón Tello**  
 JEFE DEL ÁREA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL

## INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

**1. DATOS GENERALES**

Apellidos y Nombres: Delgado Rojas Juan Pablo  
 Cargo de la Institución donde labora: Responsable del Area Niño y Adolescente

**2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Cap II - Nota. ESSALUD.

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los estudiantes. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	1
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
<b>RESULTADO DE VALIDACIÓN</b>		9

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

**3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

CAJAMARCA, 21 DE AGOSTO DEL 2019

  
**Juan Carlos Delgado Rojas**  
 LICENCIADO EN ENFERMERIA  
 C.E. 47819  
 CENTRO DE INVESTIGACIONES Y  
 PROMOCIÓN DE SALUD  
 ESSALUD

## RESULTADOS OBTENIDOS POR PREGUNTA SEGÚN FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO

### ANEXO 5: Módulo sobre consumo de alcohol según género y lugar de residencia de los adolescentes de la I.E. N° 82040

#### “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.

	GÉNERO					RESIDENCIA				
	MASCULIN		FEMENIN		TOTA	CIUDA		CAMP		TOTA
	O		O		L	D	O	O	L	
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Estudiantes que bebieron alcohol por primera vez antes de los 12 años.	4	5,5	2	2,7	6 (8,2)	2	2,7	0	0	2 (2,7)
Ingesta de alcohol en más de 2 días en el último mes.	2	2,7	0	0	2 (2,7)	2	2,7	0	0	2 (2,7)
Cantidad de alcohol ingerido en los últimos 30 días (más de 5 tragos).	2	2,7	0	0	2 (2,7)	1	1,4	1	1,4	2 (2,7)
Formas de acceso a bebidas alcohólicas (solo tienda, amigos y casa)	4	5,5	2	2,7	6 (8,2)	6	8,2	0	0	6 (8,2)
Estudiantes que estuvieron en estado de ebriedad más de 2 veces en el último mes.	3	4,1	0	0	3 (4,1)	1	1,4	2	2,7	3 (4,1)
Estudiantes que han tenido problemas con familia o amistades, han faltado a clases, o han participado en peleas como resultado de ingerir alcohol.	6	8,2	2	2,7	8 (10,9)	5	6,8	3	4,1	8 (10,9)

**FUENTE:** Elaboración propia. Base de datos Encuesta de conductas de riesgo en adolescentes.

El 74% de la población estudiada manifestó que nunca ha ingerido alcohol ninguna vez en su vida; Sin embargo, 26% si lo hizo y 2,7% ingirió bebidas alcohólicas más de 5 veces en el último mes.

El 8,2% de los encuestados manifestó que ingirió su primera bebida alcohólica antes de los 14 años, a pesar de existir en el país, leyes que regulan el consumo, venta y distribución de alcohol y tabaco a menores de edad. Existió predominio de los hombres sobre las mujeres, 8,2% de la población accedió a las bebidas alcohólicas en una tienda, con sus amigos y dentro de su propia casa; 4.1% se encontró en estado de ebriedad más de dos veces en el mes previo al estudio, con ligero predominio en los hombres y se observa tendencia a incrementar a medida avanzan en edad.

10,9% de los estudiantes reportó haber tenido problemas con la familia o amigos, o que faltó a la escuela debido al alcohol, proporción mayor en los varones.

**ANEXO 6: Módulo sobre conductas alimentarias según género y rendimiento escolar de los adolescentes de la I.E. N° 82040  
“Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.**

	GÉNERO					RENDIMIENTO ESCOLAR						
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL
	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Estudiantes que quedaron con hambre la mayoría de veces o siempre debido a que no había suficiente comida en su casa durante los últimos 30 días	10	13,7	13	17,8	23 (31,5)	7	9,6	14	19,2	2	2,7	23 (31,5)
Estudiantes que usualmente comieron frutas dos o más veces al día durante los últimos 30 días.	27	37	30	41,1	57 (78,1)	19	26,1	31	42,5	7	9,6	57 (78,1)
Estudiantes que usualmente comieron vegetales dos o más veces al día durante los últimos 30 días.	20	27,4	20	27,4	40 (54,8)	12	16,4	24	32,9	4	5,5	40 (54,8)
Estudiantes que tomaron gaseosas una o más veces al día durante los últimos 30 días.	24	32,8	29	39,8	53 (72,6)	15	20,6	32	43,8	6	8,2	53 (72,6)
Porcentaje de estudiantes que comieron en restaurantes de comida rápida dos o más días en la semana previa al estudio.	11	15,1	9	12,3	20 (27,4)	6	8,2	12	16,5	2	2,7	20 (27,4)

**FUENTE:** Elaboración propia. Base de datos Encuesta de conductas de riesgo en adolescentes.

Se identificó un 31,5% de estudiantes que quedó de hambre la mayoría de las veces o siempre debido a que no tenía suficiente alimento en su casa en el mes previo a la encuesta, sin diferencia entre los sexos.

78,1% de los estudiantes come fruta 2 o más veces al día, con ligero predominio en las mujeres. Es un poco menor la proporción que ingiere verduras con la misma frecuencia, observando que 54,8% ingiere dos o más veces al día, sin diferencia significativa entre los dos sexos.

La OMS(31) refiere que la ingesta insuficiente de frutas y verduras es uno de los 10 factores principales de riesgo de mortalidad a escala mundial. Se calcula que la ingesta insuficiente de frutas y verduras causa en todo el mundo aproximadamente un 19% de los cánceres gastrointestinales, un 31% de las cardiopatías isquémicas y un 11% de los accidentes vasculares cerebrales.

72,6% de la población bebe gaseosas una o más veces al día, predominando ligeramente en las mujeres. 27,5% de la población de los estudiantes acudió durante la última semana a restaurantes de comida rápida.

La OMS advierte que el aumento del consumo de alimentos muy ricos en calorías sin un aumento proporcional de la actividad física produce un aumento de peso. La disminución de la actividad física produce igualmente un desequilibrio energético que desemboca en el aumento de peso (31).

**ANEXO 7: Módulo sobre uso de cigarrillos y drogas, según género y edad de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.**

	GÉNERO					EDAD						
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	[11-13>		[13-15>		15 +		TOTAL
	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Estudiantes que fumaron por primera vez antes de los 12 años	3	5,1	0	0	3 (5,1)	3	5,1	0	0	0	0	3 (5,1)
Estudiantes que fumaron 2 días o más en el último mes.	4	5,5	1	1,4	5 (6,8)	0	0	5	6,8	0	0	5 (6,8)
Estudiantes que empezaron a usar drogas de 13 años a más.	1	1,4	1	1,4	2 (2,7)	0	0	1	1,4	0	0	1 (1,4)
Usaron marihuana o alguna otra droga al menos una vez en su vida.	1	1,4	1	1,4	2 (2,7)	0	0	2	2,7	0	0	2 (2,7)

**FUENTE:** Elaboración propia. Base de datos Encuesta de conductas de riesgo en adolescentes.

Los resultados de la encuesta nos muestran que entre los estudiantes que consumieron drogas alguna vez, 5,1 % lo hizo antes de los 12 años. En relación con la frecuencia que fumaron, 6,8% lo hizo de dos días a más, siendo del sexo masculino en mayor proporción.

De los estudiantes que fumaron marihuana o alguna otra droga en su vida (2,7%), no hubo resultado significativo en comparación según el sexo.

**ANEXO 8: Módulo sobre salud mental según género, edad y residencia de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.**

	GÉNERO				TOTAL	EDAD						RESIDENCIA					
	MASCULINO		FEMENINO			[11-13>	[13-15>		15 +		TOTAL	CIUDAD		CAMPO		TOTAL	
	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Estudiantes que casi siempre o siempre se sintieron solos durante los últimos 12 meses.	3	4,1	8	11	11 (15,1)	3	4,1	8	11	0	0	11 (15,1)	9	12,3	2	2,7	11 (15,1)
Estudiantes quienes la mayoría del tiempo o siempre estuvieron tan preocupados por algo que no les permitió dormir alguna noche durante los últimos 12 meses.	9	12,4	17	23,2	26 (35,6)	7	9,5	18	24,6	1	1,4	26 (35,6)	21	28,7	5	6,9	26 (35,6)
Estudiantes quienes han considerado seriamente el suicidio durante los últimos 12 meses	3	4,1	12	16,4	15 (20,5)	6	8,2	9	12,3	0	0	15 (20,5)	11	15,1	4	5,5	15 (20,6)
Estudiantes quienes realmente intentaron suicidarse durante los últimos 12 meses.	4	5,5	10	13,7	14 (19,2)	5	6,9	9	12,3	0	0	14 (19,1)	10	13,7	4	5,5	14 (19,2)
Porcentaje de estudiantes quienes no tienen amistades cercanas	3	4,1	1	1,4	4 (5,5)	1	1,4	3	4,1	0	0	4 (5,5)	4	5,5	0	0	4 (5,5)

**FUENTE:** Elaboración propia. Base de datos Encuesta de conductas de riesgo en adolescentes.

Un 15,1% de los estudiantes reportó que se han sentido solos muchas veces o siempre durante los últimos 12 meses. Con mayor frecuencia significativa en el grupo de mujeres. Haberse sentido rara vez solo, fue reportado por 28,8% de las personas participantes, un 24,7% reportó haberse sentido solo algunas veces igualmente con mayor frecuencia en las mujeres y un 9,6% reportó sentirse siempre solo.

Un 35,6% del total de estudiantes manifestó haber estado tan preocupados acerca de alguna situación que no les permitió dormir durante los últimos 12 meses; también se encontró que 21,9% reportó algunas veces y 5,5% siempre.

Sobre el suicidio, 20,5% de todos los entrevistados respondió que han considerado seriamente el suicidio durante los últimos 12 meses. Con mayor frecuencia en el grupo de mujeres. De los hombres lo intentó 4,1% y en las mujeres, 16,4%, con igual proporción por grado o edad.

Un 19,1% del total de estudiantes han hecho un plan para cometer suicidio. 5,5% de los hombres y 13,7% de las mujeres respondió que si habían hecho un plan para suicidarse. El grupo de estudiantes mujeres son quienes más han planificado tal situación.

En el año previo, 15,1% de toda la población entrevistada, respondió que había intentado suicidarse 1 vez, 2,7% de los hombres y 12,3% de las mujeres.

El porcentaje de estudiantes que no tienen amistades cercanas fue de 5,5%, con mayor frecuencia en el grupo de hombres, 4,1%, en relación al 1,4% de mujeres.

**ANEXO 9: Módulo sobre actividad física según género de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019.**

	GÉNERO					EDAD						
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	[11-13>		[13-15>		15 +		TOTAL
	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Estudiantes que han sido físicamente activos por al menos 60 minutos al día, cinco o más días durante la semana, durante la última semana.	10	13,6	8	11	18 (24,6)	12	16,4	6	8,2	0	0	18 (24,6)
Estudiantes que no han caminado o usado bicicleta para ir o volver del centro escolar, durante los últimos 7 días.	8	11	12	16,4	20 (27,4)	7	9,6	13	17,8	0	0	20 (27,4)
Estudiantes que fueron a clase educación física, 2 o más días cada semana durante el año escolar.	31	42,5	44	56,2	72 (98,7)	30	41,1	41	56,2	1	1,4	72 (98,7)
Estudiantes que pasaron 3 o más horas al día, en un día típico, haciendo actividades sedentarias.	8	11	8	11	16 (22)	10	12,3	6	8,2	0	0	16 (21,8)

**FUENTE:** Elaboración propia. Base de datos Encuesta de conductas de riesgo en adolescentes.

Un 24,6% de los encuestados han sido físicamente activos en la semana previa a la aplicación del instrumento, siendo 13,6% hombres y 16,4%, mujeres. Un 27,4% manifiesta que no ha caminado ni usado bicicleta para ir o volver del centro educativo en la semana previa a la realización de la prueba.

El porcentaje de alumnos que recibió clase de educación física dos o más días durante la semana en el año escolar que se pasó la encuesta fue de 98,7%, con menor proporción en las mujeres que fue el 56,2%. De todos los alumnos, 11% reportó realizar actividades sedentarias, el porcentaje se mantiene igual para las mujeres.

La OMS advierte que el desarrollo socioeconómico y las políticas agrícolas, de transporte, de planificación urbana, medioambientales, educativas, y de procesamiento, distribución y comercialización de los alimentos influyen en los hábitos y las preferencias dietéticas de los niños, así como en su actividad física. Estas influencias están fomentando cada vez más un aumento de peso que está provocando un aumento continuo de la prevalencia de la obesidad infantil. Además, enfatiza que la realización de actividades físicas de intensidad moderada durante 30 minutos al día la mayoría de los días de la semana reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer de colon y mama (68).

**ANEXO 10: Módulo sobre factores protectores, según género de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019**

	GÉNERO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	n	%	n	%	
Estudiantes que no asistieron a clases sin permiso, una o más veces en los últimos 30 días.	8	11	10	13,6	18 (24,6)
Estudiantes quienes reportaron que la mayoría de los estudiantes en su centro escolar son amables y les apoyan a veces o siempre, durante los últimos 30 días.	15	20,6	20	27,4	35 (48)
Estudiantes cuyos sus padres o responsables comprenden y se preocupan por sus problemas, la mayoría del tiempo o siempre, durante los últimos 30 días.	11	15,1	15	20,5	26 (35,6)
Estudiantes cuyos padres o responsables realmente conocen lo que hacen sus hijos en el tiempo libre, la mayoría de veces o siempre, durante los últimos 30 días.	12	16,4	11	15,1	23 (31,5)
Estudiantes cuyos padres o responsables nunca o raras veces revisaron sus cosas sin permiso, durante los últimos 30 días.	30	41,1	37	50,7	67 (91,8)

El módulo de factores de protección incluye varias condiciones vinculadas a la relación de los estudiantes con su entorno, el control y vínculo personal, así como percepción de apoyo entre sus pares. En la tabla anterior, se muestran los hallazgos de este módulo, 24,6% de los estudiantes faltó a clase sin permiso una o más veces en el último mes, 48% respondió que los compañeros de su escuela eran amables y les prestaban ayuda casi siempre o siempre.

Asimismo, 35,6% respondió que sus padres o tutores comprenden siempre o casi siempre sus problemas y preocupaciones; 31,5% respondió que sus padres o tutores siempre o casi siempre saben lo que ellos hacen en su tiempo libre; 91,8% respondió que sus padres o tutores nunca o casi nunca registraron sus cosas sin permiso.

**ANEXO 11: Módulo sobre comportamientos sexuales que contribuyen a la infección por VIH, otras ITS y embarazos no planeados, según género de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019**

	GÉNERO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	n	%	n	%	
Porcentaje de estudiantes quienes han escuchado sobre el VIH o Sida.	23	31,5	34	46,6	57 (78,1)
Porcentaje de estudiantes quienes no les enseñaron información sobre VIH/Sida en alguna de sus clases durante el año escolar.	6	8,2	10	13,7	16 (21,9)
Porcentaje de estudiantes quienes han tenido relaciones sexuales.	2	2,8	2	2,8	4 (5,6)
Entre estudiantes que han tenido relaciones sexuales, porcentaje que tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años.	1	1,4	2	2,8	3 (4,2)
Porcentaje de estudiantes que han tenido relaciones sexuales con dos o más personas durante su vida	0	0	2	2,8	2 (2,8)
Entre estudiantes quienes han tenido relaciones sexuales, el porcentaje quienes utilizaron condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales.	2	2,8	1	1,4	3 (4,2)
Entre estudiantes quienes han tenido relaciones sexuales, el porcentaje que ha utilizado otro método anticonceptivo la última vez que tuvieron relaciones sexuales.	0	0	1	1,4	1 (1,4)

**FUENTE:** Elaboración propia. Base de datos Encuesta de conductas de riesgo en adolescentes.

Un 78,1 % de los y las estudiantes ha escuchado sobre el VIH/Sida. un 46,6% correspondió a mujeres y 31,5% a hombres.

El porcentaje de estudiantes que no recibió la información en su escuela en el año escolar corresponde al 21,9%; 13,7% correspondió a mujeres y 8,2% a hombres; no mostrando diferencia significativa entre ambos sexos.

Un 5,6% de todos los estudiantes reportaron haber tenido relaciones sexuales, siendo igual porcentaje para hombres y mujeres. 3 de los 4 estudiantes que tuvieron relaciones sexuales alguna vez en su vida (75%), las tuvieron antes de los 14 años y 2 de ellos manifestaron tener 2 o más parejas sexuales, siendo estudiantes mujeres en ambos casos. Un 75% del total de estudiantes que ya ha tenido relaciones sexuales, manifestó que usó preservativo y 25% restante utilizó otro método de planificación familiar.

**ANEXO 12: Módulo sobre violencia y lesiones no intencionales según género y edad de los adolescentes de la I.E. N° 82040  
“Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca 2019**

	GÉNERO					EDAD						
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	[11-13>		[13-15>		15 +		TOTAL
	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Estudiantes que han sido físicamente agredidos una o más veces durante los últimos 12 meses.	10	13,7	2	2,7	12 (16,4)	4	5,5	8	11	0	0	12 (16,4)
Estudiantes que han participado en peleas, una o más veces durante los últimos 12 meses.	14	19,2	0	0	14 (19,2)	8	11	6	8,2	0	0	16 (19,2)
Estudiantes que fueron seriamente lesionados, una o más veces durante los últimos 12 meses.	21	28,8	13	17,8	34 (46,6)	17	23,2	17	23,2	0	0	34 (46,6)
Estudiantes que fueron seriamente lesionados durante los pasados 12 meses, aquellos quienes la lesión fue una fractura o dislocación.	3	4,1	1	1,4	4 (5,4)	3	4,1	1	1,4	0	0	4 (5,5)
Entre estudiantes que fueron seriamente lesionados durante los pasados 12 meses, aquellos quienes la lesión fue causada por un accidente de automóvil o fueron golpeados por un vehículo en movimiento.	1	1,4	1	1,4	2 (2,8)	1	1,4	1	1,4	0	0	2 (2,7)
Estudiantes que fueron víctimas de buylling una o más veces durante los últimos 30 días.	5	6,9	3	4,2	8 (11)	7	9,6	1	1,4	0	0	8 (11)

**FUENTE:** Elaboración propia. Base de datos Encuesta de conductas de riesgo en adolescentes.

En relación con los resultados en el módulo de violencia y traumatismos no intencionales, 16,6% de los estudiantes refirieron haber sido agredidos físicamente al menos una vez en el último año. Asimismo, 15,2% estuvieron involucrados en una pelea física una o más veces, mientras que el 46,6% sufrió al menos una lesión seria o grave (definida como aquella que hace perder al estudiante un día completo de sus actividades habituales o requiere tratamiento en un centro de salud). Es importante mencionar que entre los estudiantes que fueron heridos seriamente, 5,5% sufrieron una fractura o dislocación, mientras que 2,8% tuvo como causa de lesión grave un accidente en un vehículo motorizado. También es posible apreciar que, 11% de los estudiantes reportó haberse sentido intimidado o humillado uno o más días. En aquellos estudiantes que fueron intimidados, 1,4% refiere que fueron víctimas de golpes, patadas o empujones.

### 3.8. Matriz de consistencia metodológica

Título: Factores sociodemográficos relacionados con conductas de riesgo en adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad”- Baños del Inca. Cajamarca 2019								
Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumento de recolección de datos	Metodología	Población y muestra
¿Cuáles son los factores sociodemográficos relacionados con conductas de riesgo en los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” de Baños del Inca Cajamarca 2019?	<b>Objetivo general:</b> Determinar y analizar la relación que existe entre los factores sociodemográficos con las conductas de riesgo en los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad”- Baños del Inca. Cajamarca 2019.	Los factores sociodemográficos tales como género y grado de estudios, se relacionan con las de conductas de riesgo en adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” – Baños del Inca. Cajamarca, 2019.	Factores sociodemográficos presentes en la etapa de vida adolescente.	Edad	Se tomarán datos numéricos de edades de entre 11 a 15 años	Cuestionario mixto donde se han sintetizado y combinado ítems propuestos en la Guía para medir comportamientos de riesgo en adolescentes, propuesto por Vivo, Saric y cols. (28) y la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS), presentado por la OMS y modificado en 2017 (31).	Se realizará un estudio descriptivo de corte transversal, en el que participarán los estudiantes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad”, con el fin de medir las prevalencias de las conductas que ponen en riesgo la salud de estos jóvenes y a relación entre las variables de estudio.	<b>Población</b> Tomando como referencia la información de la matrícula del año 2019 de la I.E. participante, se incluyó a estudiantes de primero a tercer año, con una población de 146 adolescentes.
				Género	Femenino Masculino			
				Procedencia	Urbana Rural			
				Vive con los padres	SI No			
				Grado de estudios	Primero Segundo Tercero			
				Rendimiento escolar	Bueno Regular Deficiente			
				Disponibilidad de tiempo libre	Salir con amigos Quedarse en casa Tiempo a activ. favorita Videojuegos Leer			
	Disponibilidad de dinero a la semana	1 – 5 soles 10 soles 15 soles 20 soles o más						
<b>Objetivos específicos</b> - Conocer los factores sociales y demográficos a los adolescentes del estudio. - Identificar las principales conductas de riesgo de los adolescentes de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” Baños del Inca.			Dimensiones de las conductas de riesgo a las que son expuestas los adolescentes.	Consumo de alcohol	Edad de inicio de consumo de alcohol Consumo de alcohol en los últimos 30 días (días y cantidad ingerida) Acceso a bebidas alcohólicas Consumo de alcohol hasta estado de ebriedad Problemas familiares o escolares a causa de consumo de alcohol	Cuestionario mixto donde se han sintetizado y combinado ítems propuestos en la Guía para medir comportamientos de riesgo en adolescentes, propuesto por Vivo, Saric y cols. (28) y la Encuesta Mundial de Salud a Escolares		<b>Muestra</b> La investigación se realizará con la participación de alumnos de la I.E. N° 82040 “Virgen de la Natividad” secundaria. Baños del Inca, seleccionados aleatoriamente en función al cálculo de
				Conductas alimentarias	Estatura (cm) Peso (kg) Frecuencia de sensación de hambre Consumo de frutas en ultimo 30 días			

					Consumo de verduras en último 30 días Consumo de refrescos o bebidas gaseosas en últimos 30 días Consumo de comida rápida últimos 30 días	(GSHS), presentado por la OMS y modificado en 2017 (31).  Categorías de Ausencia o presencia de la Conducta de riesgo.	muestreo estratificado obtenido.
			Uso de cigarrillos y drogas	Edad de inicio de consumo de tabaco Frecuencia mensual de consumo de tabaco Edad de inicio de uso de drogas Cantidad de droga consumida en toda su vida			
			Salud mental	Frecuencia de sentimiento de soledad en el último año Frecuencia de preocupación o insomnio en el último año Posibilidad de suicidio (12 meses) Intento de suicidio (12 meses) Número de amigos cercanos			
			Actividad física	Nro de días de práctica de actividades físicas Uso de bicicletas o desplazamiento a pie Días de clase de educación física Actividades de ocio			
			Medidas de protección	(medido en función a frecuencias en últimos 30 días) Inasistencias al colegio Gestos de amabilidad de compañeros de clase Los padres o cuidadores verifican que se realicen tareas domiciliarias Padres o cuidadores empatizan con problemas y preocupaciones cotidianos Padres o cuidadores conocen en que se utiliza el tiempo libre del adolescente			

					Padres o cuidadores revisan sin permiso artículos personales.			
				Conductas sexuales de riesgo (ETS, VIH, embarazo)	Haz iodo hablar de VIH y SIDA Enseñanza en el colegio de infección por VIH Edad de inicio de relaciones sexuales Número de parejas sexuales Uso de preservativo Uso de métodos de planificación familiar			
				Violencia y lesiones no intencionales	(medido en frecuencia en los últimos 12 meses) Víctima de agresión física Participación en peleas físicas Lesiones serias Descripción de la lesión más seria Causa de la lesión más seria Frecuencia de intimidación en últimos 30 días Forma de intimidación en últimos 30 días			