



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS"**



**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSUMO DE ALCOHOL Y CONDUCTAS SEXUALES DE
RIESGO EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO,
CHACHAPOYAS - 2014.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA : Bach. Enf. YANIRA DEL PILAR AGUIRRE PAZ

ASESOR : Lic. Enf. WILFREDO AMARO CÁCERES

15 JUL 2015

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

2015





**UNIVERSIDAD NACIONAL
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS"**



**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSUMO DE ALCOHOL Y CONDUCTAS SEXUALES DE
RIESGO EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO,
CHACHAPOYAS-2014.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE: Licenciada en Enfermería

AUTORA : Bach. Enf. Yanira del Pilar Aguirre Paz.

ASESOR : Lic. Enf. Wilfredo Amaro Cáceres

15 JUL 2015



CHACHAPOYAS - AMAZONAS – PERÚ

2015



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS”**



**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSUMO DE ALCOHOL Y CONDUCTAS SEXUALES DE
RIESGO EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO,
CHACHAPOYAS-2014.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE: Licenciada en Enfermería

AUTORA : Bach. Enf. Yanira del Pilar Aguirre Paz.

ASESOR : Lic. Enf. Wilfredo Amaro Cáceres

CHACHAPOYAS - AMAZONAS – PERÚ

2015

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi carrera profesional.

A mis padres Heli Humberto Aguirre Zaquinaula y Nítida Paz Calle por su apoyo incondicional y ser el motor de mi desarrollo personal y profesional.

A mi tía Enma Ángela Aguirre Zaquinaula por guiarme en la vida y por enseñarme los valores del trabajo y la dedicación.

AGRADECIMIENTO

Al director de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo por su apoyo desinteresado y por abrir sus puertas para realizar el presente trabajo de investigación.

A los docentes y estudiantes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo por su apoyo desinteresado en la ejecución de la presente investigación.

Al asesor Lic. Enf. Wilfredo Amaro Cáceres quien con sus conocimientos, dedicación y tiempo activo hizo posible la realización del presente trabajo de tesis.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Ph. D. Jorge Luís Maicelo Quintana

Rector

Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres

Vicerrector Académico

Dra. María Nelly Iuján Espinoza

Vicerrectora de Investigación

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

MSc. María del Pilar Rodríguez Quezada

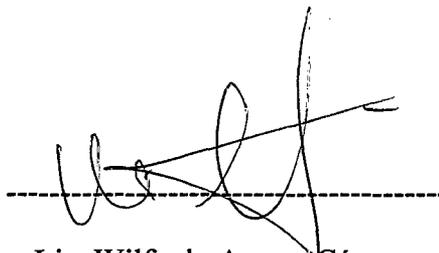
Directora de la Escuela Profesional de Enfermería

VISTO BUENO DEL ASESOR

Yo Wilfredo Amaro Cáceres, identificado con DNI N° 41983973 con domicilio legal en el Jr. Hermosura N° 1050, Docente Auxiliar a Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería, dejo constancia de estar asesorando a la Interna de Enfermería; AGUIRRE PAZ YANIRA DEL PILAR, en su proyecto de tesis titulado: “CONSUMO DE ALCOHOL Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES DEL QUINTO GRADO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO, CHACHAPOYAS - 2014”, así mismo dejo constancia que ha levantado las observaciones señaladas en el proceso inicial de asesoría.

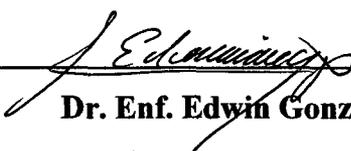
Por lo indicado doy fe y visto bueno.

Chachapoyas, 24 de marzo del 2015



Lic. Wilfredo Amaro Cáceres
DNI: 41983973

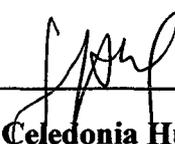
JURADO EVALUADOR DE TESIS
(Resolución Decanatural N° 136-2014-UNTRM-VRAC/F.E)



Dr. Enf. Edwin Gonzales Paco
Presidente



MsC. María del Pilar Rodríguez Quezada
Secretaria



Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez
Vocal

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS	iii
VISTO BUENO DEL ASESOR	iv
JURADO EVALUADOR DE TESIS	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
INDICE DE ANEXOS	ix
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. BASE TEÓRICA	5
III. MATERIAL Y MÉTODOS	18
3.1 Tipo y diseño de la investigación	18
3.2 Población	19
3.3 Método, técnica e instrumentos de recolección de datos	19
3.4 Análisis de datos	22
IV. RESULTADOS	23
V. DISCUSIÓN	27
VI. CONCLUSIONES	37
VII. RECOMENDACIONES	38
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	43

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 01: Nivel de consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014	23
TABLA 02: Conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014	24
TABLA 03: Nivel de consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014	25

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 01: Nivel de consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014	23
GRÁFICO 02: Conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014	25
GRÁFICO 03: Nivel de consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014	26

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 01: Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol AUDIT	44
ANEXO 02: Escala de conductas sexuales de riesgo	47
ANEXO 03: Prueba de Chi-Cuadrado	50
ANEXO 04: Validez del test de identificación de trastornos por consumo de alcohol AUDIT	51
ANEXO 05: Confiabilidad del test de identificación de trastornos por consumo de alcohol AUDIT	55
ANEXO 06: Validez de la escala de conductas sexuales de riesgo	57
ANEXO 07: Confiabilidad de la escala de conductas sexuales de riesgo	59
ANEXO 08: Nivel de consumo de alcohol según edad en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas - 2014	60
ANEXO 09: Nivel de consumo de alcohol según sexo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas - 2014	61
ANEXO 10: Nivel de consumo de alcohol según dimensiones en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014	62
ANEXO 11: Conductas sexuales de riesgo según edad en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas - 2014	63

ANEXO 12: Conductas sexuales de riesgo según sexo en adolescentes la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas - 2014	64
ANEXO 13: Conductas sexuales de riesgo según dimensiones en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas - -2014	65

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de enfoque cuantitativo; de nivel relacional; de tipo: observacional, prospectivo, transversal y analítica, se realizó con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014. La población estuvo conformada por 44 estudiantes del quinto grado de secundaria. Se utilizó como instrumentos: El test de AUDIT (validez: $VC=6,772 > VT=1.64$ y confiabilidad: 0,9401) y la escala de conductas sexuales de riesgo (validez: $VC=8.88178 > VT=1.64$ y confiabilidad: 0.855). Los resultados evidencian que el 68.2% de adolescentes presentó nivel de consumo de alcohol sin riesgo y conductas sexuales de bajo riesgo; el 18.2% tuvo nivel de consumo sin riesgo y conductas sexuales de mediano riesgo; ningún estudiante 0% presentó nivel de consumo de alcohol sin riesgo y conductas sexuales de alto riesgo; el 6.8% tuvo nivel de consumo de alcohol medio y conductas sexuales de bajo riesgo; el 4.5%, nivel de consumo de alcohol medio y conductas sexuales de mediano riesgo, ningún estudiante 0% presentó consumo de alcohol medio y conductas sexuales de alto riesgo, no se observan porcentajes en el nivel de consumo de alcohol moderado y conductas sexuales de riesgo; el 2.3% tuvo nivel de consumo de alcohol alto y conductas sexuales de alto riesgo. Los resultados de la prueba estadística Ji cuadrado ($X^2=44.909$; $gl= 4$; $p = .000 < 0.05$) indican que existe una relación significativa entre el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes en estudio. Conclusión: Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes en estudio, evidenciándose que la mayoría de estudiantes presentan un consumo de alcohol en un nivel sin riesgo y conductas sexuales de bajo riesgo.

Palabras claves: Consumo de alcohol, conductas sexuales, adolescente, institución educativa.

ABSTRACT

The present research work of quantitative approach; of relational level; of type: observacional, prospective, transversal and analytical, it was realized by the target to determine the relation that exists between the level of consumption of alcohol and the sexual conducts of risk in adolescents of the Educational Institution Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas-2014. The population was shaped by 44 students of the fifth grade of secondary. It was used like instruments: The AUDIT test (validity: $VC=6,772 > VT=1.64$ and reliability: 0,9401) and the scale of sexual conducts of risk (validity: $VC=8.88178 > VT=1.64$ and reliability: 0.855). The results demonstrate that 68.2 % of adolescents presented level of consumption of alcohol without risk and sexual conducts of low risk; 18.2 % had consumption level without risk and sexual conducts of medium risk; no student 0 % presented level of consumption of alcohol without risk and sexual conducts of high risk; 6.8 % had level of consumption of average alcohol and sexual conducts of low risk; 4.5 %, level of consumption of average alcohol and sexual conducts of medium risk, no student 0 % presented consumption of average alcohol and sexual conducts of high risk, percentages are not observed in the level of consumption of moderate alcohol and sexual conducts of risk; 2.3 % had level of consumption of high alcohol and sexual conducts of high risk. The results of the statistical test square Ji ($X^2=44.909$; $gl = 4$; $p = .000 < 0.05$) indicate that a significant relation exists between the consumption of alcohol and the sexual conducts of risk in the adolescents in study. Conclusions: A relation exists as per statistics significant between the level of consumption of alcohol and the sexual conducts of risk in the adolescents in the study, it being demonstrated that most of students present an alcohol consumption in a level without risk and sexual conducts of low risk.

Keys Words: Consumption of alcohol, sexual conducts, adolescent, educational institution.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia por sus características propias es un período de inestabilidad, de búsqueda y de cambios; en esta etapa del desarrollo, prima una actitud cuestionadora que se opone a las normas, el adolescente en este momento de su vida está convencido de tener la razón en todo y que la realidad es tal y como él mismo la percibe. Los únicos que podrán influir sobre él, serán personas que le despierten admiración y los mismos se convertirán en modelos a seguir. Usualmente no eligen sólo una persona sino que van tomando rasgos que les agradan de diferentes personas y van construyendo su propia personalidad (Ortega, 2004).

En la adolescencia algunas estructuras cerebrales aún están en proceso de desarrollo, tal es caso de los lóbulos frontales, que son los encargados de que se pueda pensar antes de actuar, pensar en las consecuencias de los actos, planear el futuro, tener conciencia social, controlar el instinto agresivo y el sexual, ponerse en los zapatos del otro, y frenar la realización de cosas de las cuales uno se puede arrepentir como el consumo exagerado de alcohol y las conductas sexuales de riesgo (Ortega, 2004).

Las conductas sexuales de riesgo frecuentemente se ven asociados al consumo de alcohol en los adolescentes. En la actualidad el adolescente busca en el alcohol un medio de evitación, de escape, de refugio o de aceptación social principalmente ante sus amigos y grupo de pares, en muchos países es motivo de creciente preocupación el uso nocivo del alcohol entre los adolescentes, ya que disminuye el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo (Anderson, 2008).

En Latinoamérica el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes se ha convertido en el principal problema de salud, aproximadamente el 60% de los adolescentes consumen bebidas alcohólicas, este porcentaje está incrementado en aquellos países donde no existe una política adecuada para el desarrollo de los adolescentes y jóvenes, por otra parte este consumo de alcohol se asocia con la adquisición de conductas sexuales de riesgo por parte de los adolescentes como tener relaciones sexuales tempranas con múltiples parejas sexuales, no usar métodos de protección. Según la Organización Panamericana de la Salud, los adolescentes inician su primera relación

sexual aproximadamente a los 12 o 14 años, y se vuelven sexualmente activos (OPS, 2006).

En el Perú, según un estudio de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, el promedio de edad de inicio para el consumo de alcohol es de 13 años. Cuatro de cada 10 escolares (40.5%) ha probado alguna droga legal, ya sea alcohol o tabaco, alguna vez en su vida. El 23.3% lo ha hecho durante el último año y el 12.3% en los últimos 30 días. A su vez la prevalencia anual de consumo de alcohol según género en la población general de 13 a 17 años, en hombres es de 26,9 % y en mujeres es alrededor de los 22,1% (DEVIDA, 2012).

El consumo de alcohol en un gran sector de la población adolescente y joven de Lima se ha vuelto más intensivo en los últimos años, llegando a ser, en su mayoría, dos veces a la semana. Según detalla el estudio realizado por el Centro de Educación e Información para la Prevención del Abuso de drogas, el 30.3% de los pre adolescentes consultados confesó beber alcohol dos veces por semana, lo mismo que el 38.5% de los adolescentes y el 38.9% de jóvenes. En los dos últimos grupos mencionados, las mujeres consumen más esas bebidas (CEDRO, 2012).

Por otra parte la incidencia de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes peruanos se ha incrementado, estas conductas incluyen el inicio temprano de las relaciones sexuales, cambios frecuentes de parejas, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, unión premarital, consumo de bebidas alcohólicas, entre otros. Los factores que intervienen en este problema van desde el desconocimiento que presentan los adolescentes hasta sus múltiples problemas de salud (MINEDU, 2002).

Las mujeres adolescentes constituyen el 22,8% de la población en el Perú y están en riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual y el VIH debido a su desventaja de género, la precocidad sexual cada vez mayor, su tendencia a exponerse a riesgos, el bajo nivel socioeconómico, la falta de conocimientos sobre sexualidad, el escaso uso de condón y el desconocimiento de la actividad sexual de su pareja (Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 2003).

En la región Amazonas la población adolescente es de 36,119 personas, tomando como referencia este dato se debe mencionar que el consumo de bebidas alcohólicas en dicho grupo etéreo se está incrementando a un 35%, este porcentaje podría influir en la incidencia de embarazo precoz, teniendo en cuenta que el 21.4% de adolescentes se encuentra en proceso de embarazo, además este porcentaje es uno de los más altos a nivel nacional, llegando a cifras de más del 40% al interior de las provincias de la región (ENDES, 2011).

En la Institución Educativa “Santiago Antúnez de Mayolo”, especialmente en los adolescente que están cursando entre cuarto y quinto año de educación secundaria, se puede apreciar según referencias de los mismos adolescentes que los temas de conversación más frecuentes se refieren al consumo de bebidas alcohólicas y conductas sexuales de riesgo entre otras. Tomando en cuenta la problemática descrita líneas arriba se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la relación entre el nivel de consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas-2014?

Considerando que el consumo de alcohol se ha incrementado en los adolescentes en los últimos años a pesar de los esfuerzos realizados en el campo de la salud y la educación, así mismo se ha visto un incremento de inadecuadas conductas sexuales en el adolescente, tales como el inicio de las relaciones coitales tempranas, cambios frecuentes de parejas, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, unión premarital, entre otros.

Por tanto el presente estudio tuvo como objetivo general: determinar la relación que existe entre el nivel de consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014; y como objetivos específicos: Identificar el nivel de consumo de alcohol en los adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas-2014 e identificar las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes en los adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas-2014, así como caracterizar la población objeto de estudio.

En tal sentido los resultados presentados serán útiles para proporcionar información sobre el consumo de alcohol y su relación con el desarrollo de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes, lo que permitirá obtener un diagnóstico para los sectores que abordan esta problemática. El autor considera que el presente estudio tiene un valor teórico significativo, puesto que es uno de los pocos estudios en el ámbito de la región y por tanto será un referente para futuras investigaciones que guarden relación con el objeto de estudio.

Finalmente la hipótesis alterna formulada para el presente estudio fue la siguiente: existe relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas-2014; y la hipótesis nula: No existe relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas-2014. Dichas hipótesis fueron contrastadas en la presente investigación.

La tesis está organizada en capítulos referidos a introducción, base teórica, material y métodos, resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

II. BASE TEÓRICA

2.1. Adolescencia

Definida entre los 10 a 19 años, es una etapa de transición de una dependencia en la niñez a una relativa independencia social, psicológica y económica. Por tanto, la adolescencia es la etapa de la vida en que se producen procesos de maduración biológica, psicológica y social de una persona. En esta etapa se experimentan muchos cambios: el cuerpo se transforma y aparecen nuevas sensaciones, sentimientos y necesidades que hacen surgir dudas sobre lo que está sucediendo por lo tanto hablar de sus temores, curiosidades y de lo que está sintiendo (Whaley Wong, 1995).

Es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez e inicio de la presencia de la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia constituye un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación, para otros es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres y de sueños acerca del futuro (Cerruti, 2000).

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es un periodo de la vida que se inicia con los cambios biofisiológicos que experimentan las personas luego de finalizada la niñez y termina con la madurez sexual y reproductiva (OMS, 2011).

Según Ramón Florenzano Urzua; el comienzo de la adolescencia es biológico, ya que se produce por cambios endocrinos y sus consecuencias en el cuerpo, y que su fin es psicosocial, terminando cuando el joven es capaz de definir su elección de pareja y su vocación (Jonson, 2001).

Según Paula Peláez; la adolescencia deriva de la voz “Adoleceré”, que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez. Es una etapa de cambios que se inicia con los primeros signos de maduración de la glándula endocrina y continua hasta que se completa el desarrollo total (Rezza, 2000).

2.1.1. Etapas de la Adolescencia

La adolescencia está constituida por tres etapas bien definidas:

a. Adolescencia Temprana

Se mantiene aún una identidad infantil, pero baja del pedestal a sus padres, los cuestiona (edad: 10-13 años en mujeres y 12-14 años en varones). En el aspecto biológico la mujer sufre cambios hormonales que se acentúan alrededor de las primeras menstruaciones (menarquia). En el varón, se centra en el aumento de su masa muscular, la capacidad de eyacular, las poluciones nocturnas y las conductas masturbadoras. En el desarrollo cognitivo de acuerdo con las investigaciones realizadas por Piaget se avanza desde el pensamiento lógico concreto del inicio de edad escolar al pensamiento operatorio formal. En las relaciones interpersonales, comienzan los primeros entusiasmos por otros, a veces del mismo y generalmente del sexo opuesto; búsqueda de la independencia de los padres, aunque necesita de ellos para su sostenimiento económico y emocional (Cerruti, 2000).

b. Adolescencia Media

Tiempo para decidir, se meditan muchas opiniones y creencias, se rechazan en un momento y luego se revisan y aceptan, se siente inseguro sobre quién es (edad: 13-16 años en mujeres y 14-17 años en varones). Se da el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento a los grupos de amigos. El adolescente oscila entre la rebelión y el conformismo, para alcanzar mayor autonomía necesita demostrarse asimismo que es capaz de trazar su camino por la vida y no precisa de los juicios y directivas de los padres. Búsqueda de amistades de ambos sexos, de relaciones sexuales superficiales que son progresivamente más cercanas y explícitas y van desde el enamoramiento sentimental y romántico a las primeras aproximaciones físicas, búsqueda vocacional y de la primera ocupación para ganar el primer dinero (Cerruti, 2000).

c. Adolescencia Tardía

Logro de la identidad adulta, su conducta es el resultado de las elecciones hechas, permite que otros sean quienes son, acepta y aprecia las diferencias (edad: 16-19 años en mujeres y 17-19 años en varones). Búsqueda de la autosuficiencia económica, búsqueda de relaciones sexuales íntimas, independencia emocional y aceptación realista de los padres, establecimiento de una identidad adaptada a las normas sociales (Cerruti, 2000).

2.2. Consumo de alcohol en los adolescentes

Según la teoría de la desinhibición postula que el consumo de alcohol induce el riesgo de la conducta, sin considerar las circunstancias, asimismo señala que los efectos de la conducta son causados por el consumo de alcohol ya que hay un decremento en el funcionamiento de áreas del cerebro como el lóbulo frontal, que es responsable de acciones prudentes, el cual normalmente puede inhibir conductas inapropiadas (Cooper y Perry, 2002).

Uno de los factores asociados al consumo de alcohol es la maduración biológica temprana, en donde se asocia la pubertad temprana, con el inicio en el consumo de sustancias. La explicación a ello es que los adolescentes, cuando entran a la pubertad a temprana edad, consiguen amistades mayores que ellas y atraen al sexo opuesto, aumentando el riesgo de consumo de alcohol, ya que se enfrentan a nuevas situaciones en las que se facilita la ingestión de sustancias (Rocael, 2010).

El alcohol es la sustancia psicoactiva más comúnmente utilizada por adolescentes. Su consumo aumenta los riesgos de salud, causa daño físico y su efecto desinhibitorio incrementa los actos agresivos y delictivos, influyendo en el comportamiento sexual, genera menor productividad económica a futuro y les trae consecuencias negativas a nivel psicológico y social (Rocael, 2010).

Las bebidas alcohólicas son aquellas en cuya composición está presente el etanol en forma natural o adquirida, y cuya concentración sea igual o superior al 1 por

ciento de su volumen. Existen dos tipos de bebidas alcohólicas: las fermentadas y las destiladas: (Prince, 2004).

- **Las bebidas fermentadas:** Proceden de frutas o de cereales que por acción de levaduras, convierten el azúcar en alcohol. Las bebidas fermentadas más comunes son el vino, la cerveza y la sidra.

La cerveza se obtiene a partir de la malta, procedente de la transformación de la cebada y otros cereales. Para conseguir el sabor amargo se le añade lúpulo. Su contenido de alcohol suele oscilar entre los 4-6 grados.

La sidra, procede de las manzanas trituradas y fermentadas. Su contenido en alcohol suele oscilar alrededor de los 5 grados.

- **Las bebidas destiladas:** Se consiguen eliminando mediante calor, a través de la destilación, una parte del agua contenida en las bebidas fermentadas. El principio básico de esta acción reside en que el alcohol se evapora a 78 grados y el agua a 100 grados, por consiguiente tienen más alcohol que las bebidas fermentadas, entre 30-50 grados. Entre las más conocidas se encuentra:

- ◆ El coñac o brandy: Deriva de destilados del vino, que es envejecido al menos 6 meses en recipientes de roble. Su contenido en alcohol suele oscilar por los 40 grados.
- ◆ La ginebra: resulta de la destilación de macerados de bayas de enebro y otros cereales. Su graduación alcohólica varía entre 43 y 47 grados.
- ◆ El whisky: se obtiene por fermentación de un mosto de cereales (cebada, maíz, centeno) y posterior destilación. Este debe envejecer tres años en toneles de madera. Su contenido en alcohol suele oscilar entre los 40-43 grados.
- ◆ El ron: se obtiene de la destilación de la melaza fermentada de la caña de azúcar o de remolacha. Su contenido en alcohol suele oscilar entre los 37 – 43 grados.
- ◆ El vodka: se obtiene de varios cereales, generalmente centeno y también de la patata. Su contenido en alcohol suele oscilar entre los 37.5–42 grados.

La Organización Mundial de la Salud propuso los siguientes valores para las bebidas estándar: (OMS, 2011)

- 330 ml de cerveza al 5% (gramos en cien mililitros)
- 140 ml de vino al 12%
- 90 ml de vinos fortificados (por ejemplo jerez) al 18%
- 70 ml de licor o aperitivo al 25%
- 40 ml de bebidas espirituosas (aquellas bebidas con contenido alcohólico procedentes de la destilación de materias primas agrícolas como uva, cereales, frutos secos, remolacha, caña o fruta. Se trata, así, de productos como el brandy, el whisky, el ron, la ginebra, el vodka, o los licores.) al 40%.

2.2.1. Consumo de Alcohol

- a. Consumo riesgoso:** Se define como un nivel o patrón de consumo que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para la salud, si el hábito persiste (Baigorri, 2006).

No existe un acuerdo en cuanto a cuál es el nivel de consumo de alcohol que implica un consumo de riesgo. La Organización Mundial de la Salud lo define como consumo regular diario de 20 a 40g de alcohol en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres (OMS, 2006).

- b. Consumo perjudicial:** Se refiere a un patrón de consumo que afecta a las personas tanto en su salud física (por ejemplo cirrosis hepática) como en su salud mental (por ejemplo depresión como resultante del consumo) (Baigorri, 2006).

Basado en datos epidemiológicos, en lo que respecta a los daños causados por el alcohol, la Organización Mundial de la Salud define el consumo perjudicial como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol diarios en mujeres y de más de 60g diarios en hombres (OMS, 2006).

c. Dependencia del alcohol: Según el Manual de la Organización Mundial de la Salud para la clasificación de trastornos mentales y del comportamiento, define a la dependencia del alcohol como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Una característica central que se presenta es el deseo, poderoso y difícil de controlar, de consumir alcohol (OMS, 2006).

c.1. Características clínicas de la dependencia del alcohol:

- ✓ Deseo insaciable: Gran necesidad o deseo compulsivo de beber alcohol.
- ✓ Pérdida de control: Incapacidad de dejar de beber alcohol una vez que se haya comenzado.
- ✓ Dependencia física: Síndrome de abstinencia con síntomas tales como: náuseas, sudor, temblores y ansiedad, que ocurren cuando se deja de beber alcohol.
- ✓ Tolerancia: Necesidad de beber cada vez más cantidad de alcohol a fin de sentirse eufórico.

En los adolescentes podemos encontrar situaciones de abuso de alcohol y raramente jóvenes que cumplan criterios de dependencia, ya que se precisa de un tiempo de evolución hasta que se instaure la misma (Ministerio de sanidad y consumo, 2007).

El alcoholismo no connota un trastorno mental específico, pero se asocia con trastornos relacionados con el consumo de alcohol y que pueden dividirse en dos grupos: (García, 2009).

- ◆ **Trastornos relacionados por el comportamiento hacia el alcohol:**
 - Abuso o consumo perjudicial
 - Dependencia del alcohol

◆ **Trastornos relacionados con los efectos directos del alcohol sobre el cerebro**

- Intoxicación por el alcohol
- Abstinencia alcohólica
- Delirio por abstinencia
- Trastorno amnésico, síndrome de Wernicke-Korsakow y demencia
- Trastornos psicóticos, con delirios o alucinaciones
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad
- Disfunciones sexuales
- Trastornos del sueño

Los efectos según la cantidad de alcohol en sangre, según la clínica de la intoxicación etílica aguda la podemos dividir en cuatro fases (García, 2009).

Primer grado o menor: Consumo: 0,5 - 0,8 g/1000 (1 L de cerveza).

- ◆ Euforia, verborrea, sensación de omnipotencia.
- ◆ No sensación de fatiga o cansancio.
- ◆ Sensación subjetiva de aumento de reflejos.
- ◆ Incoordinación.

Segundo grado: Consumo: 0,8 - 1,5 g/1000 (1,5 L de cerveza).

- ◆ Reflejos alterados, torpeza motora, mayor irritabilidad.
- ◆ Disforia, verborrea, incoherencia, para respuestas.
- ◆ Desinhibición e impulsividad molesta y peligrosa.

Tercer grado: Consumo: 1,5 a 4 g/1000 (2-3 L de cerveza).

- ◆ Aumento de peligrosidad, disartria, ataxia.
- ◆ Frecuentes caídas, visión borrosa o doble.
- ◆ Conducta agresiva.

Cuarto grado: Consumo: más de 4 g/1000 (más de 3 L de cerveza).

- ◆ Depresión del SNC y a veces la muerte.

- ♦ El estado de coma suele sobrevenir entre los 4-5 g/l de alcoholemia, en que la depresión bulbar conducirá al paro cardiorrespiratorio.

2.3. Conductas sexuales de riesgo en los adolescentes

La adolescencia es un periodo crucial para la salud porque constituye una etapa donde existe un impulso natural a la experimentación de una gama amplia de nuevas actividades que pueden conducir a un alto riesgo para la salud. Se puede observar una tendencia a minimizar los posibles efectos negativos derivados de la práctica de actividades que representen riesgo para la salud. La percepción en esta fase es generalmente optimista, con la reducción del potencial de riesgo que ocasiona determinada conducta. Además, los adolescentes no demuestran sentirse más vulnerables que una persona adulta a los daños derivados de actividades que encierren riesgo (Schutt, 2003).

Las conductas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles (OPS, 2000).

La conducta sexual de riesgo es la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud sexual o de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el sida, o por embarazos no deseados y todo lo que esto conlleva (García, 2006).

En tal sentido las conductas sexuales de riesgo son todos aquellos comportamientos en los que el ser humano arriesga su salud mediante prácticas sexuales inseguras en donde no se eliminan los riesgos de transmisión de enfermedades. Entre ellas se puede destacar: tener relaciones sexuales con múltiples parejas (se trate de parejas estables u ocasionales) y no usar efectiva y consistentemente preservativo en todas y cada una de sus relaciones sexuales con penetración (Reuscher, 2003).

a. Inicio precoz de relaciones sexuales

El adolescente tiende a querer descubrir cosas nuevas y experimentarlas el iniciar precozmente relaciones sexuales pone en riesgo muchos aspectos de su crecimiento y desarrollo, el no estar preparado para este tipo de experiencias íntimas puede causar que la percepción frente a este hecho sea tanto negativa como positiva a esto se agrega el entorno que rodea al adolescente (García, 2006).

b. Más de una pareja sexual (promiscuidad)

Esto constituye un gran riesgo para la salud sexual del adolescente, ya que por la vulnerabilidad y variabilidad de sus emociones, tienen a probar diversas experiencias. Hoy en día los adolescentes consideran que tener mayor experiencia es mejor contrario a la mojigatería, cosas que según el grupo de pares es común y normal entre ellos (García, 2006).

c. Cambio frecuente de parejas

Ya que a esta edad el adolescente no posee madurez emocional y su propia personalidad cambiante hace que constantemente experimente ilusión por el sexo opuesto llegando así a enamorarse en un momento como olvidar de una manera rápida (García, 2006).

d. No uso de métodos anticonceptivos

Al practicar sexo inseguro, es decir el no utilizar métodos de protección (anticonceptivos hormonales y/o preservativo) contra ITS/VIH- Sida y/o embarazos no deseados ya sea por desconocimiento o por omisión, es una de las conductas sexuales riesgosas más comunes que podemos observar entre los adolescentes que instigados por la curiosidad de conocer pone en riesgo su salud (García, 2006).

e. Inadecuado uso de métodos anticonceptivos

Tener la información oportuna y verídica acerca de las diversas alternativas de anticoncepción y prevención de ITS es fundamental para los adolescentes, muchos de ellos cometen errores por una inadecuada información ya sea por vergüenza, temor no acuden por ayuda, en otros casos simplemente se observa la omisión (García, 2006).

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

Estas vías contienen un gran riesgo de infección generalmente son más susceptibles más mujeres que los varones, a ello se suma el desconocimiento que poseen sobre este riesgo, tienen prácticas sexuales por vías no naturales a fin de experimentar no solo ocasionando un posible daño físico sino también y daño psicológico al no sentir lo que esperan o ser un acto desagradable (García, 2006).

g. Relaciones fugaces

Este tipo de relaciones es muy comunes en adolescentes, ya que buscan conocer y experimentar, consiste en relaciones de corta duración, es decir ocasionales, una relación donde no se llegan a conocer lo suficiente como para poder construir algo más serio y conocerse más y lograr un respeto mutuo (García, 2006).

h. Enfermedades de Transmisión Sexual

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son aquellas enfermedades transmisibles de diversa etiología, cuya forma predominante de contagio ocurre a través de las relaciones sexuales. Son causa frecuente de enfermedad en todo el mundo, especialmente en la población adulta y adolescente. Por tanto, se puede establecer que al iniciar las relaciones sexuales más tarde, el adolescente tiene más habilidades en la toma de decisiones y posiblemente en las estrategias de auto cuidado. Este descubrir sexual ha generado en muchos adolescentes problemáticas relacionadas principalmente con los embarazos precoces, el asumir riesgos

en sus relaciones sexuales como las infecciones de transmisión sexual y últimamente, el incremento de casos de adolescentes diagnosticados de VIH/SIDA (UNICEF, 2002).

i. Juegos sexuales

Una nueva moda empieza difundirse entre los adolescentes y ponen en riesgo su salud física y mental (Benítez, 2011).

- ◆ **Ruleta sexual.** Consiste en que los jóvenes forman una rueda de baile donde, muy apretados y bajo los efectos del alcohol, empiezan a moverse frenéticamente hasta alcanzar un nivel alto de excitación. Durante el baile los chicos penetran a las chicas rápidamente, y el que eyacula pierde y sale del juego (Benítez, 2011).
- ◆ **Semáforo.** Es otra práctica sexual muy común en nuestro medio son las fiestas donde los jóvenes, además de beber grandes cantidades de alcohol, y al ritmo de la música, buscan pareja por el color de sus pulseras (rojo, amarillo y verde) (Benítez, 2011).
- ◆ **Tampax on the rocks.** En este caso, los jóvenes se emborrachan introduciéndose tampax (tampones), remojados en licor en los órganos genitales. En el caso de las mujeres, por la vagina; y los varones por el ano. De esta manera el alcohol llega rápidamente al cerebro y no hay forma de descubrir que hayan estado bebiendo, pues no hay evidencias de bebida alcohólica en el aliento. En casos extremos, mezclarían el licor con drogas (Benítez, 2011).

2.4. Teorías y Modelos

Doroty Johnson. “Modelo de Sistemas Conductuales”

El presente modelo está enfocado a la investigación porque considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados, modelo basado en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado.

Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales (meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta) y funcionales (protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación) para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento. Son siete: dependencia, alimentación, eliminación, sexual, agresividad, realización y afiliación. El individuo trata de mantener un sistema balanceado, pero la interacción ambiental puede ocasionar inestabilidad y problemas de salud (Cisneros, 2002).

Dentro de este modelo la enfermería es una fuerza externa reguladora e intermediadora que actúa en la relación del individuo y el medio ambiente, cuando el comportamiento constituye una amenaza para la salud biopsicosocial o enfermedad, para así restablecer y preservar la organización e integración adecuada del comportamiento del paciente en un óptimo nivel de equilibrio. Según este modelo los estudiantes adolescentes son un sistema abierto de comportamientos interrelacionados con el medio, que están buscando constantemente equilibrio estable mediante como se van adaptando a la sociedad (Cisneros, 2002).

Sigmud Freud. “Teoría psicosexual”

La presente teoría psicosexual de Sigmud Freud está enfocada a la investigación porque manifiesta que los cambios fisiológicos de la pubertad, hacen que la energía estimule la sexualidad en la adolescencia, por lo tanto existe un riesgo de que estos impulsos no sean dirigidos adecuadamente y el adolescente pueda asumir ciertas conductas que a la larga pueda afectar algunas esferas de su ser (Ortiz, 1997).

Freud, pensaba que los primeros años de vida son decisivos en la formación de la personalidad, a medida que los niños desarrollan conflictos entre sus impulsos biológicos innatos relacionados con la sexualidad y las restricciones de la sociedad. Estos conflictos se presentan en etapas invariables del desarrollo psicosexual (Ortiz, 1997).

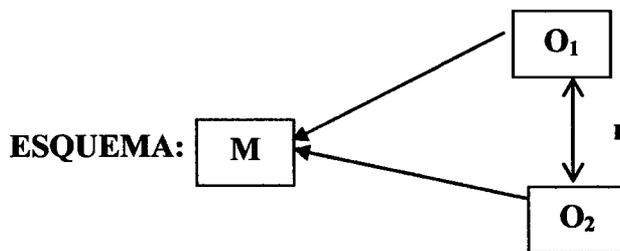
Etapas del desarrollo psicosexual:

- ✓ Etapa oral (De los 0 a los 12-18 meses). La principal fuente de placer del bebe se orienta hacia actividades de la boca como chupar y comer.
- ✓ Etapa anal (De los 12 -18 meses a los 3 años). La retención y expulsión de sus heces produce placer en el niño. La zona de gratificación es la anal.
- ✓ Etapa fálica (De los 6 a la pubertad). Época del romance familiar; se da el complejo de Edipo en los niños y complejo de Electra en las niñas.
- ✓ Etapa de latencia (de los 6 a la pubertad). Los jóvenes empiezan a adoptar los roles de género y desarrollan su superego. Pueden socializarse, desarrollar habilidades y aprenden de ellos mismos.
- ✓ Etapa genital (Adolescencia y edad adulta). Los cambios fisiológicos de la pubertad, hacen que la energía estimule la sexualidad. Es la última etapa, antes de entrar en la edad adulta.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo y diseño de la investigación

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo; de nivel relacional; tipo de investigación: según la manipulación de variable fue observacional, según la planificación de la toma de datos fue prospectivo, según el nivel de medición de la variable fue transversal y según el nivel de interés de las variables estadísticas fue analítica (Supo, 2011).



Dónde:

M= Es la muestra en la que se realizó el estudio

r = Relación de las variables

O₁= Medición de la V₁: Consumo de alcohol

O₂= Medición de la V₂: Conductas sexuales de riesgo

3.2. Universo, población y muestra

3.2.1. Universo

Se consideró a todos los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa “Santiago Antúnez de Mayolo” Chachapoyas y está conformado por 266 estudiantes adolescentes del nivel secundario (Fuente: Secretaria de la Dirección-2014).

3.2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión:

- ◆ Estudiantes matriculados del 5º grado de secundaria de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo que asisten regularmente.
- ◆ Estudiantes que oscilen entre los 15 y 19 años.

Criterio de exclusión:

- ◆ Estudiantes matriculados del 1º al 4º grado de secundaria de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo.
- ◆ Estudiantes que no deseen participar en el estudio.

3.2.3. Población muestral

Se consideró a todos los estudiantes adolescentes del 5º grado de educación secundaria de la Institución Educativa “Santiago Antúnez de Mayolo” (I.E-S.A.M) de Chachapoyas, en tal sentido la muestra estuvo conformada por 23 alumnos del 5to grado A y 21 alumnos del 5to grado B, haciendo un total de 44 alumnos adolescentes (Fuente: Secretaria de Dirección-2014).

3.3. Método, técnica e instrumentos de recolección de datos:

3.3.1. Método: Encuesta (Canales, 1994).

3.3.2. Técnica: Cuestionario (Canales, 1994).

3.3.3. Instrumento: Formulario del cuestionario (Canales, 1994).

- a) Para la V1: Consumo de alcohol: Se utilizó el test de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT; OMS), el cual fue validado y utilizado por Crisólogo, L. (2012) en una investigación sobre consumo de alcohol en un contexto local, obteniendo un valor de 6,772 (Anexo 10), lo que indicó que el instrumento es adecuado y con respecto a la confiabilidad obtuvo un valor de 0,940 (Anexo 11) por Split Halves lo que significa que el instrumento tiene una alta confiabilidad.

La estructura consta de las siguientes partes: introducción, instrucciones, datos generales (edad, sexo, grado/sección) y un cuestionario de 10 ítems de contenido, el instrumento permitió recoger información sobre el consumo de alcohol en las siguientes dimensiones:

- ◆ Dimensión: Consumo de riesgo de alcohol
 - ✓ Nivel alto: 10-12 puntos
 - ✓ Nivel moderado: 07-09 puntos
 - ✓ Nivel medio: 04-06 puntos
 - ✓ Nivel sin riesgo: 00-03 puntos
- ◆ Dimensión: Síntomas de dependencia
 - ✓ Nivel alto: 10-12 puntos
 - ✓ Nivel moderado: 07-09 puntos
 - ✓ Nivel medio: 04-06 puntos
 - ✓ Nivel sin riesgo: 00-03 puntos
- ◆ Dimensión: Consumo perjudicial de alcohol
 - ✓ Nivel alto: 13-16 puntos
 - ✓ Nivel moderado: 09-12 puntos
 - ✓ Nivel medio: 05-08 puntos
 - ✓ Nivel sin riesgo: 00-04 puntos.

Para la variable consumo de alcohol

- ✓ Nivel alto: 31-40 puntos
- ✓ Nivel moderado: 21-30 puntos
- ✓ Nivel medio: 11-20 puntos
- ✓ Nivel sin riesgo: 01-10 puntos.

- b)** Para la V1: Conductas sexuales de riesgo: Se utilizó la “Escala de conductas sexuales de riesgo”, que fue validada por Analí Marilyn Mendoza Valqui en su trabajo de investigación sobre conductas sexuales, con una validez de 8.88178 (Anexo 12), lo que indica que es adecuado y una confiabilidad 0.855 (Anexo 13), que indicó una alta confiabilidad del instrumento. El instrumento consta de las siguientes partes: introducción, instrucciones, datos generales (edad, sexo, grado sección) y cuestionario de 18 ítems. El instrumento que

consto de 6 dimensiones: inicio precoz de las relaciones coitales, no uso de métodos anticonceptivos, más de una pareja sexual (promiscuidad), cambio frecuente de parejas, relaciones fugaces, prácticas de sexo oro-genital y génito-anal sin protección:

Para cada dimensión:

- Inicio precoz de las relaciones coitales.
Bajo (2 a 4 puntos)
Medio (5 a 6 puntos)
Alto (7 a 8 puntos)
- Uso de métodos anticonceptivos.
Bajo (4 a 8 puntos)
Medio (9 a 12 puntos)
Alto (13 a 16 puntos)
- Más de una pareja sexual (promiscuidad)
Bajo (4 a 8 puntos)
Medio (9 a 12 puntos)
Alto (13 a 16 puntos)
- Cambio frecuente de parejas.
Bajo (2 a 4 puntos)
Medio (5 a 6 puntos)
Alto (7 a 8 puntos)
- Relaciones fugaces.
Bajo (2 a 4 puntos)
Medio (5 a 6 puntos)
Alto (7 a 8 puntos)
- Prácticas de sexo oro-genital y génito-anal sin protección
Bajo (4 a 8 puntos)
Medio (9 a 12 puntos)
Alto (13 a 16 puntos)

Para la variable Conductas sexuales de riesgo:

- ✓ Conductas sexuales de alto riesgo: De 72 a 55 puntos
- ✓ Conductas sexuales de mediano riesgo: De 54 a 36 puntos
- ✓ Conductas sexuales de bajo riesgo: De 35 a 18 puntos

3.3.4. Procedimiento de la recolección de datos:

- Se cursó un documento a la decana de la Facultad de Enfermería con la finalidad de solicitar la realización del trámite de permiso a la Institución Educativa “Santiago Antúnez de para la ejecución del trabajo de investigación
- Se coordinó con el Director de la Institución Educativa “Santiago Antúnez de Mayolo” de Chachapoyas con el propósito de acordar las fechas y horas para la aplicación del instrumento, así mismo se coordinó con los profesores de aula, algunas especificaciones.
- Se aplicó el instrumento de investigación de manera masiva, en las aulas de los estudiantes, para lo cual se les informó previamente sobre la investigación, y se les recalco sobre las indicaciones y tiempo de llenado del instrumento.
- Culminado la recolección de datos, se agradeció a los estudiantes, profesores y el director de la institución educativa.
- Como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

La información recolectada fue codificada y procesada utilizando el formato del software estadístico SPSS v.20 y del programa Excel v. 2010; para el análisis independiente de cada variable se utilizó la estadística descriptiva con distribuciones absolutas y porcentuales y para el análisis de relación de las variables (V_1 = Consumo de Alcohol y V_2 = Conductas Sexuales de Riesgo) se utilizó la prueba estadística no paramétrica Ji cuadrado con un 95% de confianza y 5% de margen de error. Los resultados se muestran en tablas simples y de contingencia, así como gráficos de barra.



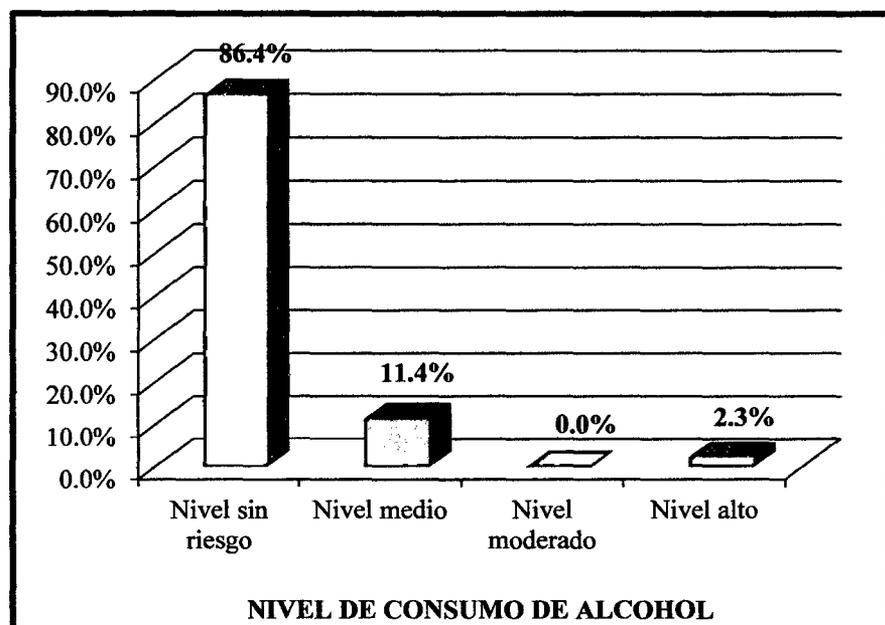
IV. RESULTADOS

TABLA 01: Nivel de consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014

Nivel de consumo de alcohol	fi	%
Sin riesgo	38	86.4
Medio	5	11.4
Moderado	0	0.0
Alto	1	2.3
Total	44	100.0

Fuente: Test AUDIT aplicado

GRÁFICO 01: Nivel de consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014.



Fuente: Tabla 01

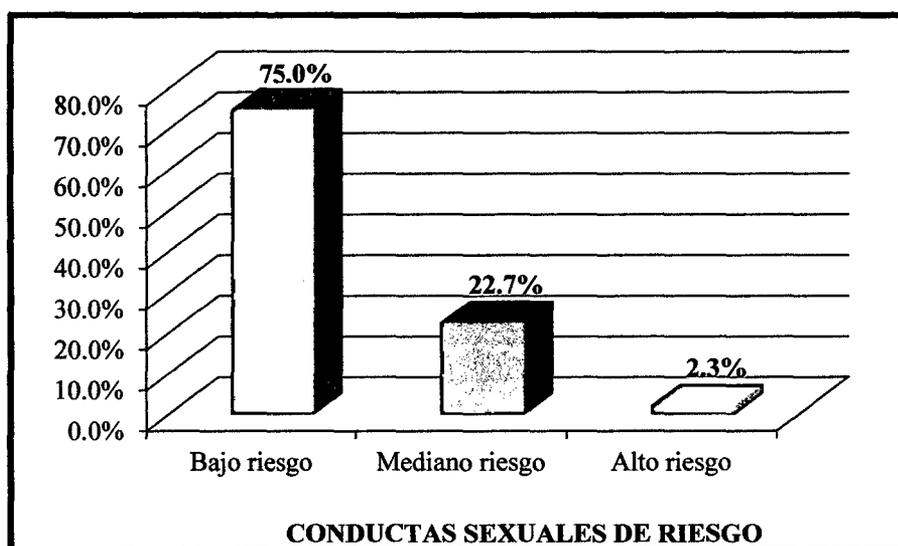
En la tabla y gráfico 01, se observa que del 100% (44) de los adolescentes evaluados con el test de AUDIT, el 86.4% (38) presentaron consumo de alcohol en un nivel sin riesgo, el 11.4% (05) presentaron consumo de alcohol en un nivel medio, el 2.3% (01) presenta un nivel alto, no se observa porcentajes de nivel moderado.

TABLA 02: Conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014

Conductas sexuales de riesgo	fi	%
Conductas sexuales de bajo riesgo	33	75.0
Conductas sexuales de mediano riesgo	10	22.7
Conductas sexuales de alto riesgo	1	2.3
Total	44	100.0

Fuente: Escala de conductas sexuales de riesgo aplicado

GRÁFICO 02: Conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014



Fuente: Tabla 02

En la tabla y gráfico 02, se observa que del 100% (44) de los adolescentes evaluados, el 75.0% (33) tiene conductas sexuales de bajo riesgo, el 22.7% (10) tiene conductas sexuales de mediano riesgo y el 2.3% (01) presentó conductas de alto riesgo.

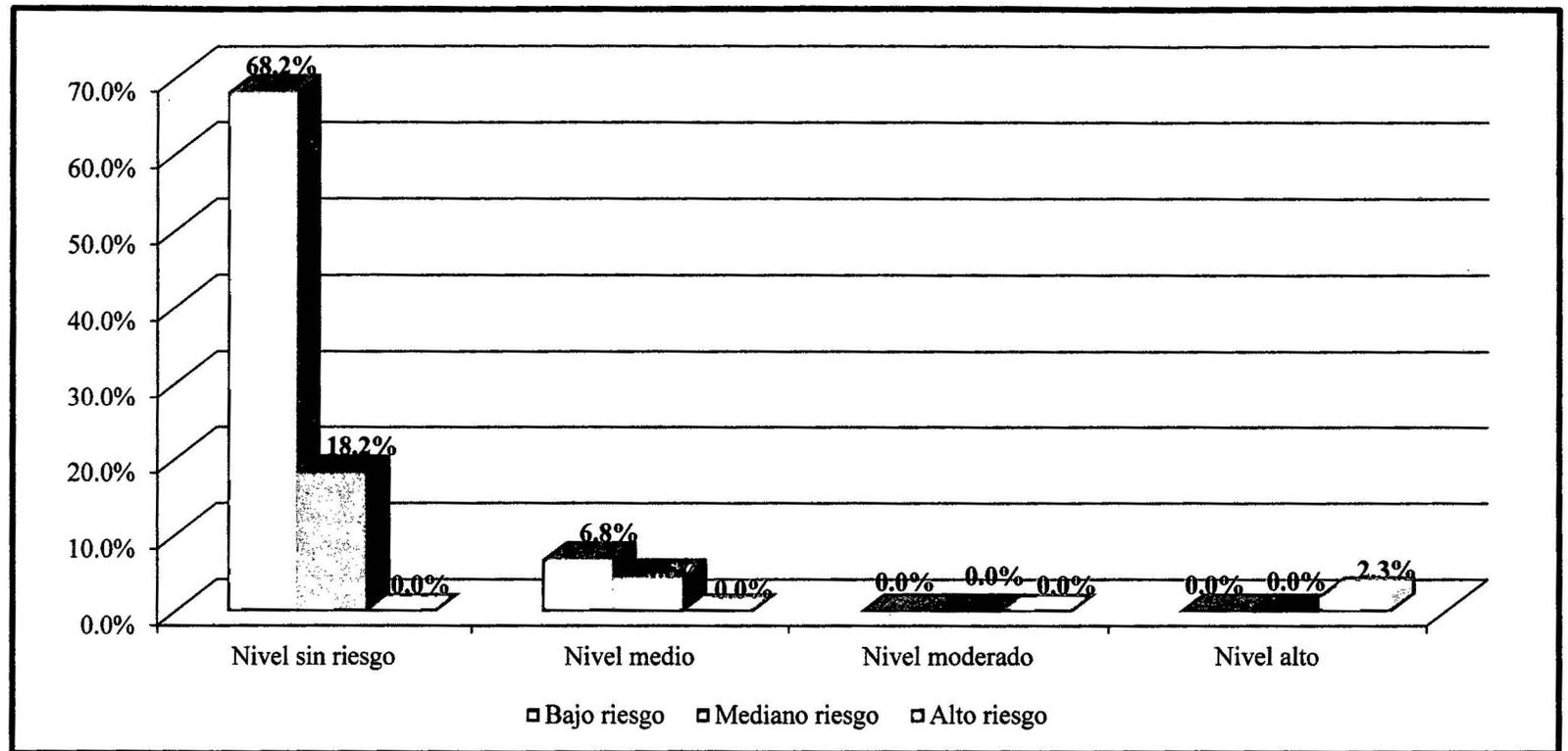
TABLA 03: Nivel de consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014

Nivel de consumo de alcohol	Conductas sexuales de riesgo							
	Bajo riesgo		Mediano riesgo		Alto riesgo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin riesgo	30	68.2	8	18.2	0	0.0	38	86.4
Medio	3	6.8	2	4.5	0	0.0	5	11.4
Moderado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Alto	0	0.0	0	0.0	1	2.3	1	2.3
Total	33	75.0	10	22.7	1	2.3	44	100.0

Fuente: Test de AUDIT y Escala de conductas sexuales de riesgo aplicado

$\chi^2 = 44.909$ gl = 4 p = .000 < 0.05 (si hay relación)

GRÁFICO 03: Nivel de consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014



Fuente: Tabla 03

En la tabla y gráfico .03, se observa que del 100% de los adolescentes evaluados, el 68.2% tiene nivel de consumo de alcohol sin riesgo y conductas sexuales de bajo riesgo, el 18.2% tiene nivel de consumo sin riesgo y conductas sexuales de mediano riesgo, ninguno de los estudiantes que tuvo nivel de consumo de alcohol sin riesgo presentó conductas sexuales de alto riesgo; el 6.8% tiene nivel de consumo de alcohol medio y conductas sexuales de bajo riesgo, el 4.5% tiene nivel de consumo de alcohol medio y conductas sexuales de mediano riesgo, ningún estudiante que tuvo nivel de consumo de alcohol medio presentó conductas sexuales de alto riesgo; no se observa porcentajes en el nivel de consumo de alcohol moderado y conductas sexuales de riesgo; el 2.3% tuvo nivel de consumo de alcohol alto y conductas sexuales de alto riesgo, no se observa adolescentes con mediano riesgo y con bajo riesgo.

Finalmente los resultados de la prueba estadística no paramétrica de Ji cuadrado ($X^2 = 44.909$; $G1 = 4$; $p = 0.000 < 0.05$) aplicada a esta tabla de contingencia indican que existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo, deduciendo, según los porcentajes de la tabla, que a menor nivel de consumo de alcohol se presentan conductas sexuales de bajo riesgo en los adolescentes de la institución educativa en estudio.

V. DISCUSIÓN

En la tabla y gráfico 01; se presentan los resultados de la aplicación del Test de AUDIT sobre consumo de alcohol, se observa que del 100% de los adolescentes encuestados, el 86.4% presentaron consumo de alcohol en un nivel sin riesgo, esto indica que no consumen con frecuencia bebidas alcohólicas y los tragos que beben los adolescentes son en mínima cantidad, el 11.4% presentaron consumo de alcohol en un nivel medio, el 2.3% presenta un nivel alto, no se observa porcentajes de nivel moderado.

Por otra parte se observa que el mayor porcentaje de consumo de alcohol sin riesgo en adolescentes se da en las edades de 16 -17 años con un 72.7%, sin embargo un porcentaje considerable de 6.8% de adolescentes en este mismo grupo etareo consume alcohol en un nivel medio (Anexo 08). En cuanto al consumo según sexo el 40.9% son mujeres y consumen alcohol en un nivel sin riesgo y el 45.5% son varones y consumen alcohol en un nivel sin riesgo, finalmente se observa que el 2.3% de estudiantes son de sexo masculino y tienen un consumo de alcohol de nivel de alto, no presentándose consumo de alcohol de nivel alto en las mujeres (Anexo 09).

Al respecto Crisólogo (2012), en su estudio: cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de 3ro al 5to de secundaria de la Institución Educativa San Juan de la Libertad realizado en la ciudad de Chachapoyas, demuestran que el 44,6% presentan consumo de alcohol en nivel medio, el 30,4% presentan consumo de alcohol en nivel alto, 16,1% presentan consumo de alcohol en nivel moderado y solo un 8,9% presentan consumo de alcohol en nivel sin riesgo. Esto demuestra mayor incidencia en el nivel medio.

Al comparar con la investigación se puede apreciar que los resultados del presente estudio difieren con la investigación Crisólogo (2012), en el estudio de Crisólogo se observa mayor consumo de alcohol en el nivel medio, esto podría deberse a que los estudios en mención fueron realizados en muestras con diferentes características y contextos.

En los adolescentes se puede encontrar situaciones de abuso de alcohol y raramente jóvenes que cumplan criterios de dependencia, ya que se precisa de un tiempo de evolución hasta que se instaure la misma (Ministerio de sanidad y consumo, 2007).

El alcohol es la sustancia psicoactiva más comúnmente utilizada por adolescentes. Su consumo aumenta los riesgos de salud, causa daño físico y su efecto desinhibitorio incrementa los actos agresivos y delictivos, influyendo en el comportamiento sexual, genera menor productividad económica a futuro y les trae consecuencias negativas a nivel psicológico y social (Rocael, 2010).

Con los resultados encontrados se aprecia que los adolescentes consumen bebidas alcohólicas en menor frecuencia esto puede estar dado en que los adolescentes practican hábitos saludables que los hace enfocarse en otras actividades productivas y asertivas para su desarrollo biofísicosocial también por la influencia positiva de su entorno social y familiar, esto estaría determinado por las condiciones socioeconómicas, ambientales y culturales donde se desarrolla el adolescente.

Asimismo se observa que del 100% de los adolescentes evaluados, muestran una distribución según dimensiones siguientes, la mayor incidencia en la primera dimensión consumo de riesgo de alcohol; está en el nivel sin riesgo que presentó el 61.4% y el nivel alto 2.3%, en la segunda dimensión síntomas de dependencia; la mayor incidencia está en el nivel sin riesgo con el 95.5% y el nivel alto 2.3% y en la tercera dimensión consumo perjudicial de alcohol la mayor incidencia está en el nivel sin riesgo con el 86.4% y el nivel alto presentó el 2.3% (Anexo 10).

De los resultados, se observa que en la primera dimensión: consumo de riesgo de alcohol, la mayor incidencia está en el nivel sin riesgo 61.4% entendiéndose que los adolescentes consumen alcohol sin frecuencia alta o continua, esto se entiende que los adolescentes no han experimentado consecuencias perjudiciales para su salud, debido a que la ingesta de alcohol no es alta. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo no haya experimentado ninguna consecuencia en su salud.

Respecto a la segunda dimensión: síntomas de dependencia, la incidencia se presenta en el nivel sin riesgo con el 95.5% esto se entiende que los adolescentes no han experimentado un patrón de trastornos mentales y del comportamiento, como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetitivo de alcohol.

Estos fenómenos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Una característica central que se presenta es el deseo, poderoso y difícil de controlar, de consumir alcohol.

Respecto a la tercera dimensión: consumo perjudicial de alcohol, se observa que la mayor incidencia está en el nivel sin riesgo 86.4% esto se entiende que los adolescentes no han experimentado un patrón de consumo que afecta a las personas tanto en su salud física como en su salud mental, aunque algunos también incluyen en las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol. La muestra de adolescentes estudiados, muestran prudencia en su actuar respecto al consumo de alcohol por el temor de daños a la salud.

Por otra parte la organización mundial de la salud define a la dependencia del alcohol como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Una característica central que se presenta es el deseo, poderoso y difícil de controlar, de consumir alcohol (OMS, 2006).

En la tabla y gráfico 02, se observa que del 100% de los adolescentes evaluados, el 75.0% tuvo conductas sexuales de bajo riesgo, esto se debe a que los adolescentes optan por conductas sexuales seguras sin comprometer su salud sexual o de la otra persona, el 22.7% tuvo conductas sexuales de mediano riesgo y el 2.3% presentó conductas de alto riesgo.

Por otra parte se observa que el mayor porcentaje de conductas sexuales de riesgo en adolescentes entre edades de 16-17 años es de 72.7%, sin embargo un porcentaje considerable de 54.5% en este mismo grupo etareo tiene conductas sexuales de bajo riesgo (Anexo 11). En cuanto a las conductas sexuales de riesgo según sexo el 45.5% son mujeres y presentan conductas sexuales de bajo riesgo y el 54.5% son varones y presentan conductas sexuales de bajo riesgo, finalmente se observa que el 2.3% de estudiantes de sexo masculino tienen conductas sexuales de alto riesgo, no presentándose conductas sexuales de alto riesgo en mujeres (Anexo 12).

Al respecto Mendoza (2013) en su estudio sobre relación entre el funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza realizado en la ciudad de Chachapoyas obtuvo que del 100% de los estudiantes adolescentes de la Facultad de enfermería, el 52.2% tienen conductas sexuales de bajo riesgo, el 43.5% tiene conductas sexuales de mediano riesgo y solamente el 4.3% conductas sexuales de alto riesgo.

Contrastando con el estudio presente se puede apreciar que los resultados del estudio son similares con la investigación Mendoza (2013), en el estudio de Mendoza se observa mayores conductas sexuales de bajo riesgo, lo que indica que el desarrollo de las conductas sexuales de riesgo; muchas de ellas se originan o se pierden durante la adolescencia y son fruto de una experimentación de diferentes conductas realizadas por ellos y su entorno.

La adolescencia es un periodo crucial para la salud porque constituye una etapa donde existe un impulso natural a la experimentación de una gama amplia de nuevas actividades que pueden conducir a un alto riesgo para la salud. Se puede observar una tendencia a minimizar los posibles efectos negativos derivados de la práctica de actividades que representen riesgo para la salud. La percepción en esta fase es generalmente optimista, con la reducción del potencial de riesgo que ocasiona determinada conducta. Además, los adolescentes no demuestran sentirse más vulnerables que una persona adulta a los daños derivados de actividades que encierran riesgo (Schutt, 2003).

Por tanto las conductas sexuales de riesgo son la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud sexual o de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el sida, o por embarazos no deseados y todo lo que esto conlleva (García, 2006).

Con los resultados encontrados se puede apreciar que las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes son menos frecuentes o están en bajo riesgo esto se debe a que los adolescentes portan conductas saludables. Estas conductas pueden ser fomentadas o

reforzadas por sus familiares y la sociedad, transformándose de esta manera en parte de la vida diaria del adolescente.

Asimismo, se observa que del 100% de adolescentes evaluados, se muestra una distribución según las dimensiones siguientes, la mayor incidencia en la primera dimensión inicio precoz de las relaciones coitales; está en las conductas sexuales de mediano riesgo que presentó el 59.1%, en la segunda dimensión no uso de métodos anticonceptivos; está en las conductas sexuales de mediano riesgo con el 43.2%, en la tercera dimensión más de una sola pareja (promiscuidad); la incidencia está en las conductas sexuales de bajo riesgo con 86.4%, en la cuarta dimensión cambio frecuente de parejas; está en las conductas sexuales de mediano riesgo con 52.3%, en la quinta dimensión relaciones fugaces; está en las conductas sexuales de bajo riesgo con el 93.2%, en la sexta dimensión prácticas de sexo oro-genital y génito-anal sin protección; está en las conductas sexuales de bajo riesgo con 86.4% (Anexo 13).

De los resultados se observa en la primera dimensión: inicio precoz de las relaciones coitales, la mayor incidencia está en las conductas sexuales de mediano riesgo con 59.1%, esto significa que inician sus relaciones coitales a temprana edad. El iniciar precozmente relaciones sexuales pone en riesgo muchos aspectos de su crecimiento y desarrollo, el no estar preparado para este tipo de experiencias íntimas puede causar que la percepción frente a este hecho sea tanto negativa como positiva a esto se agrega el entorno que rodea al adolescente.

Respecto a la segunda dimensión: no uso de métodos anticonceptivos, la mayor incidencia está en las conductas sexuales de mediano riesgo con 43.2%, esto se entiende que los adolescentes al practicar sexo inseguro, es decir el no utilizar métodos de protección (anticonceptivos hormonales y/o preservativo) contra ITS/VIH- Sida y/o embarazos no deseados ya sea por desconocimiento o por omisión, es una de las conductas sexuales riesgosas más comunes que podemos observar entre los adolescentes que instigados por la curiosidad de conocer pone en riesgo su salud.

Respecto a la tercera dimensión: más de una sola pareja (promiscuidad), la mayor incidencia está en las conductas sexuales de bajo riesgo con 86.4%, esto indica que los adolescentes optan por tener mínimas parejas sexuales y tienen conciencia sobre los riesgos de adoptar actitudes y/o conductas sexuales no saludables y predisponerlos a

embarazo precoz y adquirir infecciones de transmisión sexual entre otras enfermedades, que constituye un gran riesgo para la salud sexual del adolescente.

Respecto a la cuarta dimensión: cambio frecuente de parejas, la mayor incidencia está en las conductas sexuales de mediano riesgo con 52.3%, esto indica que el adolescente no posee madurez emocional y su propia personalidad cambiante hace que constantemente experimente ilusión por el sexo opuesto llegando así a enamorarse en un momento y olvidar de una manera rápidamente y es así que se relaciona con diferentes parejas que lo conlleva a consecuencias que ponen en riesgo su salud.

Respecto a la quinta dimensión: relaciones fugaces, la mayor incidencia está en las conductas sexuales de bajo riesgo con 93.2%, entendiéndose que este tipo de relaciones es muy comunes en adolescentes, ya que buscan conocer y experimentar, consiste en relaciones de corta duración, es decir ocasionales, una relación donde no se llegan a conocer lo suficiente como para poder construir algo más serio y conocerse más y lograr un respeto mutuo.

Respecto a la sexta y última dimensión: prácticas de sexo oro-genital y génito-anal sin protección, la mayor incidencia está en las conductas sexuales de bajo riesgo con 86.4%, esto indica que no se exponen a riesgos en su salud sexual, ya que estas prácticas contienen un gran riesgo de infección generalmente son más susceptibles más mujeres que los varones, a ello se suma el desconocimiento que poseen sobre los riesgos que conlleva tener estas prácticas sexuales de riesgo.

Al respecto Baxin y Torres (2007), realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer las conductas de riesgo en adolescentes, los resultados obtenidos fue que la tercera parte de los adolescentes son sexualmente activos, más de la mitad no utilizó preservativo en su primera relación sexual. El número de parejas sexuales para ambos sexos es de una persona y la fuente de información referida principalmente son los amigos. Se encontró que las conductas sexuales de riesgo predominantes en la población estudiada corresponden a inicio de actividad sexual a edad temprana y que un porcentaje considerable no utiliza preservativo durante las relaciones sexuales.

Contrastando con el estudio presente se puede apreciar que los resultados del estudio son similares con la investigación de Baxin y Torres (2013), en el estudio se observa

conductas sexuales de riesgo predominantes en las dimensiones inicio de actividad sexual a edad temprana y no uso de preservativo durante las relaciones sexuales.

En tal sentido las conductas sexuales de riesgo son todos aquellos comportamientos en los que el ser humano arriesga su salud mediante prácticas sexuales inseguras en donde no se eliminan los riesgos de transmisión de enfermedades. Entre ellas se puede destacar: tener relaciones sexuales con múltiples parejas (se trate de parejas estables u ocasionales) y no usar efectiva y consistentemente preservativo en todas y cada una de sus relaciones sexuales con penetración (Reuscher, 2003).

La teoría psicosexual de Sigmud Freud manifiesta que los cambios fisiológicos de la pubertad, hacen que la energía estimule la sexualidad en la adolescencia, por lo tanto existe un riesgo de que estos impulsos no sean dirigidos adecuadamente y el adolescente pueda asumir ciertas conductas que a la larga pueda afectar algunas esferas de su ser (Ortiz, 1997).

Con los resultados encontrados se evidencia que los adolescentes practican conductas sexuales donde experimentan sentimientos, emociones, acciones y responsabilidades que la sociedad les concede. Asimismo la influencia positiva de la familia y su entorno social influyen que los adolescentes opten conductas sexuales saludables para su salud reproductiva y sexual, conllevándolos a tener conciencia sobre los problemas más comunes de la adolescencia como son los embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual, entre otros.

En la tabla y gráfico 03, se observa que del 100% de los adolescentes evaluados, el 68.2% tiene nivel de consumo de alcohol sin riesgo y conductas sexuales de bajo riesgo, el 18.2% tiene nivel de consumo sin riesgo y conductas sexuales de mediano riesgo, ninguno de los estudiantes que tuvo nivel de consumo de alcohol sin riesgo presentó conductas sexuales de alto riesgo; el 6.8% tiene nivel de consumo de alcohol medio y conductas sexuales de bajo riesgo, el 4.5% tiene nivel de consumo de alcohol medio y conductas sexuales de mediano riesgo, ningún estudiante que tuvo nivel de consumo de alcohol medio presentó conductas sexuales de alto riesgo; no se observa porcentajes en el nivel de consumo de alcohol moderado y conductas sexuales de riesgo; el 2.3% tuvo nivel de consumo de alcohol alto y conductas sexuales de alto riesgo, no se observa adolescentes con mediano riesgo y con bajo riesgo.

Finalmente los resultados de la prueba estadística no paramétrica de Ji cuadrado ($X^2 = 44.909$; $G1 = 4$; $p = 0.000 < 0.05$) aplicada a esta tabla de contingencia indican que existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo, deduciendo, según los porcentajes de la tabla, que a menor nivel de consumo de alcohol se presentan conductas sexuales de bajo riesgo en los adolescentes de la institución educativa en estudio.

En México, el estudio realizado por Palacios D. Jorge, Bravo F, Mónica y colaboradores (2007), cuyo objetivo fue conocer las diferencias en la conducta sexual de adolescentes que han y no han consumido alcohol y determinar la asociación del consumo de alcohol y la conducta sexual de riesgo, presenta como resultados que la edad de la primera relación sexual se asoció positivamente con la edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas inversamente con la frecuencia del consumo de alcohol y el consumo excesivo). La frecuencia de las relaciones sexuales se relacionó con la frecuencia del consumo de alcohol, la cantidad del consumo de alcohol y con el consumo excesivo del mismo. El número de parejas sexuales mostró asociarse con la frecuencia del consumo de alcohol, la cantidad del consumo de alcohol y con el consumo excesivo. Concluye que existe relación entre el consumo de alcohol con las conductas de riesgo.

De la misma forma Fina. A, Antón, Espada P, José (2009) en España, realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar las conductas sexuales de riesgo en jóvenes universitarios en su relación con el consumo de sustancias. Los resultados indican que la mitad de la muestra 50% ha estado alguna vez en esta situación de riesgo bajo los efectos del alcohol. Un 16.2% ha practicado sexo bajo los efectos de esta sustancia alguna vez. Por otra parte, un 6.7% de la muestra ha reconocido practicar sexo bajo los efectos de otras drogas. Concluye que, como se ha comprobado, persisten en los jóvenes como el mantenimiento de relaciones sexuales sin preservativo, especialmente en el sexo oral y anal, y la combinación de drogas y sexo que lleva a los jóvenes universitarios a aumentar el riesgo de exponerse a la transmisión del VIH.

Por otra parte Mamani y Silva (2012) en Lima, realizaron un estudio sobre consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Nacional N°72 San Martín de Porres. Los resultados indican que los estudiantes que reportaron relaciones coitales se encontró que el consumo de

bebidas alcohólicas se asoció significativamente con las relaciones coitales ($\chi^2=24.336$, $p=0.000005$) y la edad de inicio de las relaciones coitales ($\chi^2=12.875$, $p=0.002$). A su vez se encontró asociación significativa entre el consumo de alcohol con la edad de inicio de la relaciones coitales en los varones ($\chi^2=11.83$, $p=0.003$). Llegando a la siguiente conclusión: Se encontró asociación significativa entre el consumo de alcohol con las relaciones coitales y la edad de inicio de las relaciones coitales.

Se puede apreciar en los estudios mencionados, el estudio Palacios D. Jorge, Bravo F, Mónica y colaboradores (2007) tiene resultados similares a la presente investigación puesto que en su estudio a mayor consumo de alcohol, mayores son conductas sexuales de riesgo y en mi estudio se muestra que a menor consumo de alcohol menores son las conductas sexuales de riesgo

En el caso de Fina. A, Antón, Espada P, José (2009) y Mamani y Silva (2012) manifiestan resultados diferentes a la investigación esto puede deberse que utilizaron diferentes muestras y problemática d salud de adolescente en general.

Según la teoría de la desinhibición postula que el consumo de alcohol induce el riesgo de la conducta, sin considerar las circunstancias, asimismo señala que los efectos de la conducta son causados por el consumo de alcohol ya que hay un decremento en el funcionamiento de áreas del cerebro como el lóbulo frontal, que es responsable de acciones prudentes, el cual normalmente puede inhibir conductas inapropiadas (Cooper y Perry, 2002).

Sin embargo cabe recalcar que la adolescencia es una etapa del desarrollo es la etapa de la vida en que se producen procesos de maduración biológica, psicológica y social de una persona. En esta etapa se experimentan muchos cambios: el cuerpo se transforma y aparecen nuevas sensaciones, sentimientos y necesidades que hacen surgir dudas sobre lo que está sucediendo por lo tanto hablar de sus temores, curiosidades y de lo que está sintiendo (Whaley Wong, 1995).

Al evidenciar que existe relación entre el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo encontrada en esta investigación, se puede deducir que a menor consumo de alcohol menor es la tendencia de optar conductas sexuales de riesgo.

VI. CONCLUSIONES

- 1. La mayoría de los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, presentan consumo de alcohol en un nivel sin riesgo.**
- 2. La mayoría de los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, presentan conductas sexuales de bajo riesgo.**
- 3. El valor del Ji cuadrado obteniéndose ($X^2 = 44.909$; $G1 = 4$; $p = 0.000 < 0.05$); estos datos nos indican que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, lo que indica que a menor de nivel de consumo de alcohol menores conductas sexuales de riesgo.**

VII.RECOMENDACIONES

A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO

Incentivar a los docentes a realizar programas de educación para la salud dirigidas a la población estudiantil en las horas de tutoría sobre educación sexual y consumo de bebidas alcohólicas, con el objetivo de propiciar la adquisición de conductas sexuales saludables.

A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS

Fomentar la organización y planificación del personal de salud, mediante las capacitaciones periódicas y tenerlos actualizados facilitando la atención y educación de la familia y comunidad y así ejecuten programas de educación de calidad que garanticen conocimientos sobre los temas de sexualidad y consumo de alcohol en adolescentes.

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Desarrollar estudios de investigación sobre actitudes y prácticas de riesgo sexual a nivel de centros educativos en los diferentes distritos de Chachapoyas.

A LOS ADOLESCENTES

Asumir una vida sexual responsable y optar medidas preventivas para evitar el contagio de enfermedades asimismo tener conciencia que el uso de bebidas alcohólicas frecuentemente puede provocar daños irreparables en su salud.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS

1. Canales, Francisca. (1994). Metodología de la Investigación Científica. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2da edición. Editorial Washington. México. Págs. 124-135.
2. Cerruti Basso, Stella. (2000). Sexualidad Humana, aspectos para desarrollar docencia en educación sexual. OPS. Ed. Paltex. Uruguay. Págs. 14 – 25
3. Cooper, L. M. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: Evaluating the evidence. Journal of Studies on Alcohol, Supplement. Págs.101- 117.
4. García C, Torres T, Galán S, Torres M, De burgos M, Fernández A. (2009) “Intoxicación etílica aguda. Manejo de urgencias”. Argentina. Págs. 34-39.
5. Jonson, Masters, W, V; Kolodny. C. (2001). La Sexualidad Humana. T.II, Ed. Grijalbo. Madrid. Págs. 28 - 39
6. Ortiz, Elena. (1997). Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital. 2da. Edición. Editorial Litográfica Ingrams S.A. Impreso en México. Págs. 7; 266-267; 326-426.
7. Perry, K. (2002). Collegiate alcohol use and high-risk sexual behavior: A literature review. Journal of College Student Development. Págs. 838- 850
8. Reuscher L. Rosa María. (2003). La adolescencia: desafío y decisiones. Fondo Editorial de la UNIFE. Perú. Págs. 88 – 112
9. Rezza, Cristina. (2000). Roles Sexuales en Salud, Sexualidad y Adolescencia. Ed. Pax. Monroy de Velasco. México. Págs. 3 – 9
10. Rocaël, T. (2010). Influencia del alcohol en la adolescencia. 2da edición. Editorial Totonicapàn. Guatemala. Págs. 31-33.
11. Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. OPS, Washington. Págs. 309 -320
12. Supo, José (2011). Seminarios de investigación 30 ava edición. Págs. 16 - 17
13. Whaley Wong. (1995). Enfermería Pediátrica. 4ta edición. Editorial Diorky. España. Págs. 396 – 410

TESIS Y MONOGRAFÍAS

14. Baxin Bautista, M. Torres Rodríguez, M. (2007). Conductas de riesgo en adolescentes en las Instituciones Privadas de México. México. Tesis para optar el título de licenciado en Enfermería. Universidad Veracruzana. Págs. 78 - 81
15. Crisólogo Vásquez, Luisa L. (2012). Relación entre funcionalidad familiar y Consumo de alcohol en adolescentes de 3ro al 5to de secundaria de la Institución Educativa San Juan de la Libertad. Chachapoyas. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Págs. 11-43
16. Fina. A, Antón, Espada P, José (2009). España. Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. España. Trabajo de investigación. Universidad de Murcia. Págs. 17 – 20
17. Mamani T. Abel y Silva c. Jorge Luis (2012). Consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Nacional N°72 “San Martín de Porres” UGEL N°03 Magdalena del Mar-Perú. Marzo-diciembre del 2012. Tesis para optar el título de Licenciado en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Págs. 27 - 35
18. Mendoza Valqui, Analí Marilín (2013). Relación entre el funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo en estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza Chachapoyas – 2013. Chachapoyas. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Págs. 11 – 43
19. Palacios D. Jorge, Bravo F, Mónica y colaboradores (2007). Consumo alcohol y Conducta sexual de riesgo en adolescentes de la ciudad de México. Trabajo de investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. Págs. 102 - 107

DE REVISTAS:

20. Anderson P, Gual A, Colon J. (2008) “Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas”. Washington. Págs. 8 – 11
21. Baigorri A, Chaves M. (2006). Botellón: más que ruido, alcohol y drogas (La sociología en su papel). Revista Andaluza de Ciencias Sociales. Págs. 159-184.
22. Cisneros, Fanny. (2002). Introducción a las Teorías y Modelos de Enfermería. Bogotá. Págs. 68 – 75
23. DEVIDA. (2009) Estudio nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria. Págs. 3 - 7
24. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2000-2011-INEI.
25. García R, Brea A. (2006). Concepciones y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes atendidos por el médico de la familia. Rev. Cubana Med Gen Integr. Págs. 123 - 147
26. MINEDU (2000-2010). Sexualidad: El buen trato en la escuela Págs. 3 - 9.
27. Ministerio de sanidad y consumo (2007) “Informe sobre alcohol”. Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Madrid-España. Pág. 23
28. OMS (2006). Manual de la organización mundial de la salud. Publicación científica. Págs. 25-27.
29. Ortega. M. Teresa (2004). Adolescencia y Sexualidad. Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Chile. Módulo I: Tendencias en Salud Pública. Págs. 67 – 93
30. Prince A, Bernard AL (2004) “Alcohol use and safer sex behaviors of students at a commuter university”. Diario de alcohol, drogas y educación. Págs. 224 – 235
31. Rev. Perú. Med. Exp (2003). Salud Publica v.20 n.4 Lima. Págs. 58 - 63

SITIOS EN RED:

32. Benítez Carlos. Juegos sexuales. Disponible en <http://www.rpp.com.pe/2013-05-29-peligros-de-los-juegos-y-practicas-sexuales>. Acceso el 15 de enero del 2014, h: 4.00 pm.
33. Centro de Educación e Información para la Prevención del Abuso de drogas. Disponible: http://www.rpp.com.pe/2012-09-06-se-eleva-consumo-de-alcohol-entre-adolescentes-y-jovenes-segun-cedronoticia_519345.html. Acceso el 07 de julio del 2014, h: 9.00 pm
34. OMS. Salud de los adolescentes-consumo nocivo del alcohol. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index6.html Acceso el 19 de marzo 2014, h: 7.00 pm.
35. Organización Mundial de la Salud (OMS). Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2006. Ginebra: OMS. Acceso el 25 de enero del 2014, h: 8.30 pm.
36. Plan Nacional De Acción Por La Infancia Y La Adolescencia. Disponible: <http://www.minedu.gob.pe/normatividad/xtras/pnaia2002-2010.pdf>. Acceso el 25 de enero del 2014, h: 9.00 pm.
37. UNICEF. Adolescencia, una etapa fundamental. Disponible en <http://www.unicef.org.com>. Acceso el 14 de febrero del 2014, h: 7.00 pm

ANEXOS

ANEXO 01

TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL AUDIT

(Elaborado por Luisa Crisòlogo Vásquez, 2012)

INTRODUCCIÓN:

Estimado estudiante, solicito su participación en la presente investigación con la finalidad de identificar el consumo de bebidas alcohólicas que los adolescentes pueden presentar. Agradeceré mucho que conteste las preguntas con seriedad y honestidad. Este cuestionario es anónimo y las respuestas solo serán de uso para los objetivos del estudio.

Instrucciones:

- I. A continuación llene los espacios en blanco o marque con un aspa (x) en los paréntesis en blanco donde corresponda.

Datos generales:

Edad:.....

Sexo: F () M ()

Sección: A () B ()

- II. A continuación seleccione con un aspa (x) solo una de las alternativas:

ÍTEMS	CRITERIOS VALORATIVOS DE VALORACIÓN.
1. Con cuanta frecuencia toma usted bebidas alcohólicas	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana.

<p>2. Cuando usted se encuentra tomando ¿Cuántos tragos bebe?</p>	<p>0. 1 o 2 1. 3 o 4 2. 5 o 6 3. 7 a 9 4. 10 o mas</p>
<p>3. ¿Cuántas veces toma usted, 6 o más tragos en una ocasión de consumo?</p>	<p>0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez el mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente</p>
<p>4. ¿Cuántas veces durante el último año se ha encontrado que no podía parar de tomar una vez que había empezado?</p>	<p>0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez el mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente</p>
<p>5. ¿Cuántas veces durante el último año, no ha podido hacer lo que se esperaba de usted debido a la bebida?</p>	<p>0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez el mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente</p>
<p>6. ¿Cuántas veces durante el último año ha necesitado un primer trago en la mañana, para iniciar el día, después de haber estado tomando mucho?</p>	<p>0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez el mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente</p>
<p>7. ¿Cuántas veces durante el último año ha tenido sentimientos de culpa o remordimiento después de haber estado bebiendo?</p>	<p>0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez el mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente</p>

<p>8. ¿Cuántas veces durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que pasó la noche anterior porque estuvo bebiendo?</p>	<p>0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez el mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente</p>
<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha sido herida como resultado de haber bebido?</p>	<p>0. No 1. Si pero hace 3 años 2. Si pero hace 2 años 3. Si pero no durante el año pasado 4. Si durante el año pasado</p>
<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o personal de salud, se ha preocupado porque usted este bebiendo mucho, le ha sugerido que debería dejar de beber?</p>	<p>0. No 1. Si pero hace 3 años 2. Si pero hace 2 años 3. Si pero no durante el año pasado 4. Si durante el año pasado</p>

MUCHAS GRACIAS

ANEXO 02

ESCALA DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

(Elaborado por Anali M. Mendoza Valqui, 2013)

INTRODUCCIÓN:

Estimado estudiante, solicito su participación en la presente investigación con la finalidad de identificar las conductas sexuales de riesgo que los adolescentes pueden presentar. Agradeceré mucho que conteste las preguntas con seriedad y honestidad. Este cuestionario es anónimo y las respuestas solo serán de uso para los objetivos del estudio.

Instrucciones:

- I. A continuación llene los espacios en blanco o marque con un aspa (x) en los paréntesis en blanco donde corresponda.

Datos generales:

Edad:.....

Sexo: F () M ()

Sección: A () B ()

- II. A continuación marque con un aspa (x) solo una de las alternativas que creas conveniente:

1. ¿A qué edad empezó su primera relación coital?

≤ 13 años 14-16 años 17-19 años No inicio

2. Cuando tienes relaciones coitales eres consciente que te expones a problemas de salud: embarazo no deseado, ITS, VIH-SIDA.

Siempre Casi siempre A veces Nunca

3. Cuando tiene relaciones coitales lo primero que piensa es si vas a tener protección

Siempre Casi siempre A veces Nunca

4. Cuando tienes relaciones coital preguntas a tu pareja si utiliza algún método de protección.

Siempre Casi siempre A veces Nunca

5. Cuando tienes relaciones coitales no piensas ni te acuerdas de estar protegido en ese momento.

Siempre Casi siempre A veces Nunca

6. Cuando tienes relaciones coitales usas preservativo o solicitas a tu pareja que lo use

Siempre Casi siempre A veces Nunca

7. Desde que inicio sus relaciones coitales, tienes relaciones frecuentemente.

Siempre Casi siempre A veces Nunca

8. Has tenido más de una pareja sexual al mismo tiempo

Siempre Casi siempre A veces Nunca

9. Con que frecuencia cambias de parejas sexuales.

Siempre Casi siempre A veces Nunca

10. Frecuencia de tus relaciones coitales.

- ◆ Más de tres veces cada semana
- ◆ Una vez por semana
- ◆ Una a tres veces por mes
- ◆ No tiene relaciones coitales

11. Tuvo o tiene relaciones coitales con una sola pareja sentimental

Siempre Casi siempre A veces Nunca

12. Tuvo o tiene relaciones coitales con dos o más pareja sentimental

Siempre Casi siempre A veces Nunca

13. Has tenido relaciones coitales con alguna pareja conocida porque se dio una circunstancia favorable.

Siempre Casi siempre A veces Nunca

14. Has tenido relaciones coitales con alguna pareja desconocida porque se dio una circunstancia favorable.

Siempre Casi siempre A veces Nunca

15. Dentro de tus actividades sexuales practicas masturbación mutua o individual.

Siempre Casi siempre A veces Nunca

16. Dentro de tus actividades sexuales practicas contacto vaginal.

Siempre Casi siempre A veces Nunca

17. Dentro de tus actividades sexuales practicas contacto anal

Siempre Casi siempre A veces Nunca

18. Dentro de tus prácticas sexuales realizas sexo oral. (contacto vagina-boca/pene-boca)

Siempre Casi siempre A veces Nunca

ANEXO 03

Pruebas del chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,909 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	10,344	4	,035
Asociación lineal por lineal	10,816	1	,001
N de casos válidos	44		

a. 7 casillas (77.8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .02

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,268	,181	1,307	,191
	Tau-c de Kendall	,122	,094	1,307	,191
	Correlación de Spearman	,270	,184	1,820	,076 ^c
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,502	,215	3,757	,001 ^c
N de casos válidos		44			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

ANEXO 04

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN MEDIANTE LA PRUEBA BINOMIAL Y Z DE GAUSS PARA PROPORCIONES:

Para determinar la validez estadística del instrumento de medición, se realizó mediante el juicio de expertos, a través de expertos y a través de las pruebas estadísticas: Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y de la Z Gauss para la aceptación total del instrumento ($n = 70$), al 5% de significancia estadística.

A) PRUEBA BINOMIAL.

1) Hipótesis estadísticas.

Ho: $P = 50\%$ versus **Ha:** $P > 50\%$

Donde:

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran el ítem de la escala dicotómica como adecuado.

La hipótesis alternativa (**Ha**) indica que si el ítem de la escala es adecuado (se acepta), entonces la opinión favorable de la mayoría de los expertos debe ser superior al 50%, ya que la calidad del ítem se categoriza como “adecuado” o “inadecuado”.

2) Nivel de significancia (α) y el nivel de confianza (γ)

$\alpha = 0.05$ (5%); $(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$ (95%)

3) Función de prueba

Si la hipótesis nula es verdadera, la variable X tiene distribución binomial con $n=7$ y $P = 0.50$ (50%).

4) Regla de decisión

Se rechazará la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna si el valor

$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05]$

5) Valor calculado (VC)

$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05] = \sum_k C_k^7 (0.5)^7 (0.5)^{7-k}$

El cálculo de esta probabilidad acumulada hacia la derecha se obtiene a partir de la tabla de distribución binomial.

6) Decisión estadística

Para hacer la decisión estadística de cada ítem, se compara el valor P con el valor de $\alpha = 0.05$, de acuerdo a la regla de decisión (columna 6), asimismo la significación estadística de la decisión se tiene en la columna 7 de la tabla.

ÍTEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	Nº	%	Nº	%		
1	7	100	0	0	0.01540	**
2	7	100	0	0	0.01540	**
3	7	100	0	0	0.01540	**
4	7	100	0	0	0.01540	**
5	7	100	0	0	0.01540	**
6	7	100	0	0	0.01540	**
7	7	100	0	0	0.01540	**
8	7	100	0	0	0.01540	**
9	7	100	0	0	0.01540	**
10	7	100	0	0	0.01540	**
TOTAL	70	100	0	0	6.772	**

Fuente: Apreciación de los expertos

*: Significancia ($P < 0.05$).

** : Altamente significativa ($P < 0.01$).

B) PRUEBA DE LA Z DE GAUSS PARA PROPORCIONES:

1) Hipótesis estadística

H₀: P = 50% versus **H_a:** P > 50%

Donde:

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran los ítems del instrumento de medición como adecuados.

La hipótesis alternativa (**H_a**) indica que el instrumento de medición es válido, entonces se espera que el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a los ítems como adecuados debe ser mayor que el 50% ya que la calidad del ítem se establece como “adecuado: Si” o “inadecuado: No”

2) Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (γ)

$\alpha = 0.05$ (5%); $(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$ (95%)

3) Función de prueba

En vista que la variable a evaluar “validez del instrumento de medición” es nominal (cuantitativa), cuyas categorías posibles son “valido” y “no valido” y únicamente se puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría, y como la muestra (respuestas) es 70, la estadística para probar la hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentajes:

Su fórmula es la siguiente:

$$Z = \frac{\bar{P} - P_0}{\sigma_p} \quad \sigma_p = \sqrt{\frac{P_0 (1 - P_0)}{n}}$$

Donde:

Z: Se distribuye como una distribución normal estandarizada con media 0 y varianza 1.

\bar{P} : Es el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a cada ítem como adecuado (éxito).

P_0 : Es el porcentaje de aceptación o rechazo a favor de la hipótesis nula (H_0)

σ_p : Es la desviación estándar.

n: Es el número de jueces consultados (muestra)

4) Regla de decisión

Para 95% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola a la derecha, se tiene el valor teórico de la distribución normal $VT = 1.6449$

Con estos indicadores, la región de rechazo (RR/Ho) y aceptación de (RA/Ho) de la hipótesis nula es:

Al 5%: RR/Ho: $VC > 1.6449$; RA/Ho: < 1.6449

5) Valor calculado (VC)

El valor calculado de la función de Z se obtiene reemplazando los valores de:

$N = 70$, $P = 50\%$ y $p = 100\%$. De donde resulta que: $VC = 6.772$

6) Decisión estadística

Comparando el valor calculado ($VC = 6.772$) con el valor teórico ($VT = 1.6449$) y en base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alterna al 95% de confianza estadística. Con este resultado, se acepta la validez del instrumento de medición.

ANEXO 05

CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN FORMULA: SPLITH - HALVES

Ítems Cajos	PO1	PO2	PO3	PO4	PO5	PO6	PO7	PO8	PO9	P10	I	P	IP	P²	P²	I+P= T	T²
	C01	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	25	25	25	10
C02	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	3	5	15	9	25	8	64
C03	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	25	25	25	10	100
C04	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	5	4	20	25	16	9	81
C05	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	25	25	25	10	100
C06	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	25	25	25	10	100
C07	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	5	4	20	25	25	9	81
C08	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	4	5	20	16	16	9	81
C09	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	4	5	20	16	25	9	81
C10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	25	15	25	10	100
Σ	10	10	9	10	9	9	10	9	8	10	46	48	220	216	232	94	969

Fórmula: Split – Halves

$$r_{ip} = \frac{n \sum IP - \sum I(\sum P)}{\sqrt{[(n \sum I^2 - (\sum I)^2) (n \sum P^2 - (\sum P)^2)]}}$$

n = N° de casos

r_{ip} = relación de los ítems impares con los pares.

Para determinar el máximo valor calculado de la confiabilidad

$$R_{ip} = \frac{2 (r_{ip})}{1 + r_{ip}}$$

CÁLCULO CON LA FORMULA DE SPLIT – HALVES.

$$R_{ip} = 0.9401$$

CRITERIO DE CONFIABILIDAD; VALORES.

No es confiable	: -1,00 a 0,00
Baja confiabilidad	: 0,01 a 0,49
Moderada confiabilidad	: 0,50 a 0,75
Fuerte confiabilidad	: 0,76 a 0,89
Alta confiabilidad	: 0,90 a 1,00

El valor obtenido fue $r_{ip} = 0.9401$, el cual indicó una fuerte confiabilidad del instrumento de medición

ANEXO 06

PROCESO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN “CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

1. Descripción.

Para determinar la validez estadística del instrumento de medición, se realizó mediante el juicio de expertos y a través de las pruebas estadísticas. La distribución binomial para cada ítem de la escala dicotómica y la Z de Gaus para la aceptación total del instrumento $n = 50$, al 5% de significancia estadística, se trabajó con 5 expertos obteniendo el valor de 8.88178, dado que supera el valor teórico (1.64) el cual nos indica que el instrumento es válido para mayor fiabilidad se adjunta la siguiente matriz.

ÍTEM	EXPERTO*					TOTAL
	1	2	3	4	5	
01	1	1	1	1	1	5
02	1	1	1	1	1	5
03	1	1	1	1	1	5
04	1	1	1	1	1	5
05	1	1	1	1	1	5
06	1	1	1	1	1	5
07	1	1	1	1	1	5
08	1	1	1	1	1	5
09	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5

* Respuesta de los profesionales: 1 = Si, 0 = No

PROFESIONALES CONSULTADOS:

1. Dr. Conrado Montoya Pizarro (doctor en ginecología y obstetricia C.M.P 120033 R.N.E 5676)
2. Ps. Jesús A. Ramos Alvarado (Labora en el Hospital Regional Virgen de Fátima)
3. Obs. Kety M. Paima Mestanza (Labora en el Hospital Regional Virgen de Fátima)
4. Obs. Mónica A. Razúri Ybañez (obstetriz C.O.P 23965)

5. Lic. Enf. Marlith Aguilar Cáman (Docente en la UNTRM)

ÍTEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	Nº	%	Nº	%		
1	5	100%	0	0	0.03125	*
2	5	100%	0	0	0.03125	*
3	5	100%	0	0	0.03125	*
4	5	100%	0	0	0.03125	*
5	5	100%	0	0	0.03125	*
6	5	100%	0	0	0.03125	*
7	5	100%	0	0	0.03125	*
8	5	100%	0	0	0.03125	*
9	5	100%	0	0	0.03125	*
10	5	100%	0	0	0.03125	*
TOTAL	50	100%	0	0%	8.88178	*

Fuente: Apreciación de los expertos

INTERPRETACIÓN:

El valor de validez obtenido es de 8.881784 lo que significa que dicho valor supera a lo teórico (1.64) lo que indica que el instrumento es válido, además se han levantado las observaciones de lo que los expertos han sugerido.

ANEXO 07

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

RELIABILITY

/VARIABLES = P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11 P12 P13 P14

/SCALE ('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL = ALPHA

/STATISTICS = CORR

/SUMMARY = CORR

Análisis de fiabilidad

[Conjunto_de_datos]C:\Users\Anali\Documentos\ANALI-TESIS2012-EJEC\Sintitulo1.sav

Escala: FF-SIL

Resumen del procedimiento de los casos

		N	%
Casos	Validos	5	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	5	100,0

- a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,854	,851	14

ANEXO 08

Tabla 04: Nivel de consumo de alcohol según edad en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas - 2014

Nivel de Consumo de alcohol	Edad					
	16 - 17		18 - 19		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Sin riesgo	28	63.6	10	22.7	38	86.4
Medio	3	6.8	2	4.5	5	11.4
Moderado	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Alto	1	2.3	0	0.0	1	2.3
Total	32	72.7	12	27.3	44	100.0

Fuente: Test de AUDIT aplicado

ANEXO 09

Tabla 05: Nivel de consumo de alcohol según sexo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014

Nivel de consumo de alcohol	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Sin riesgo	18	40.9	20	45.5	38	86.4
Medio	2	4.5	3	6.8	5	11.4
Moderado	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Alto	0	0.0	1	2.3	1	2.3
Total	20	45.5	24	54.5	44	100.0

Fuente: Test de AUDIT, aplicado

ANEXO 10

TABLA 06: Nivel de consumo de alcohol según dimensiones en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas - 2014

Nivel de consumo de alcohol	Dimensiones					
	Consumo de riesgo		Síntomas de dependencia		Consumo perjudicial	
	fi	%	fi	%	fi	%
Sin riesgo	27	61.4%	42	95.5%	38	86.4%
Medio	11	25.0%	1	2.3%	5	11.4%
Moderado	5	11.4%	0	0.0%	0	0.0%
Alto	1	2.3%	1	2.3%	1	2.3%
Total	44	100%	44	100%	44	100%

Fuente: Test de AUDIT aplicado.

ANEXO 11

Tabla 07: Conductas sexuales de riesgo según edad en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014

Conductas sexuales de riesgo	Edad					
	16 - 17		18 - 19		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Conductas sexuales de bajo riesgo	24	54.5	9	20.5	33	75.0
Conductas sexuales de mediano riesgo	7	15.9	3	6.8	10	22.7
Conductas sexuales de alto riesgo	1	2.3	0	0.0	1	2.3
Total	32	72.7	12	27.3	44	100.0

Fuente: Escala de conductas sexuales de riesgo aplicado

ANEXO 12

Tabla 08: Conductas sexuales de riesgo según sexo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014

Conductas sexuales de riesgo	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Conductas sexuales de bajo riesgo	19	43.2	14	31.8	33	75.0
Conductas sexuales de mediano riesgo	1	2.3	9	20.5	10	22.7
Conductas sexuales de alto riesgo	0	0.0	1	2.3	1	2.3
Total	20	45.5	24	54.5	44	100.0

Fuente: Escala de conductas sexuales de riesgo

ANEXO 13

TABLA 13: Conductas sexuales de riesgo según dimensiones en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas -2014

Conductas sexuales de riesgo	Conductas sexuales de riesgo							
	Bajo riesgo		Mediano riesgo		Alto riesgo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Dimensiones								
Inicio precoz de las relaciones coitales	13	29.5	26	59.1	5	11.4	44	100.0
No uso de métodos anticonceptivos	16	36.4	19	43.2	9	20.5	44	100.0
Más de una pareja sexual (promiscuidad)	38	86.4	5	11.4	1	2.3	44	100.0
Cambio frecuente de parejas	21	47.7	23	52.3	0	0.0	44	100.0
Relaciones fugaces	41	93.2	3	6.8	0	0.0	44	100.0
Prácticas de sexo oro-genital y génito-anal sin protección	38	86.4	5	11.4	1	2.3	44	100.0

Fuente: Escala de conductas sexuales de riesgo aplicado