

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Psicología



Conducta sexual de riesgo y comunicación familiar en adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.

Por:

Keshia Amairanie Gamboa Pumazoncco

Keila Abigail Ysuiza Rodríguez

Asesora:

Mg. Maritza Julia Mendoza Galarza

Lima, Abril de 2019

DECLARACION JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

Mg. Maritza Julia Mendoza Galarza, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: "Conducta sexual de riesgo y comunicación familiar en adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I.E. estatal de la ciudad de Iquitos" constituye la memoria que presentan los bachilleres: **Keshia Amairanie Gamboa Pumazoncco y Keila Abigail Ysuiza Rodríguez**, para aspirar al título Profesional de Psicólogo ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Ñaña. Al 01 día del mes de Julio del 2019.



Mg. Maritza Julia Mendoza Galarza

"Conducta sexual de riesgo y comunicación familiar en adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I.E. estatal de la ciudad de Iquitos"

TESIS

Presentada para optar el título profesional de Psicólogo(a)

JURADO CALIFICADOR



Psic. María Angélica Aponte Olaya
Presidente



Psic. Lindsey Wildman Vilca Quiro
Secretario



Psic. Josías Trinidad Ticse
Vocal



Mg. Maritza Julia Mendoza Galarza
Asesora

Ñaña, 02 de mayo de 2019

Dedicatoria

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, por permitirme llegar hasta aquí. A mi madre, Martha por la paciencia, confianza, a Carmelo, quien asumió el rol de padre y fue mi apoyo incondicional, a mi hermano Jair por su empuje y ejemplo, a mi familia y amigos por acompañarme y ser parte de esta aventura que llega a su fin para empezar otras.

Gracias totales.

Kei

A Dios quien fue mi mejor aliado y mi amigo ante situaciones de alegrías y tristezas, que a través de la oración yo encontraba paz.

A mi papá Alejandro por su apoyo incondicional y sobre todo, por el amor que me brindo, a mi mamá Aurelia quien fue la primera en creer en mí, y sobre todo quien me inculco principios y el amor a Dios. A mis hermanas Silvia, Iris, Milena y Emily, ellas mis amigas favoritas, las amo con todo mi ser. A Samuel por ser mi soporte en todo este periodo de la universidad.

¡Por fin lo logramos!!

Keshia

Agradecimientos

A Dios, quien nos dio las suficientes fuerzas para llegar hasta aquí, teniendo él mejores planes para nosotras, considerando así, que los planes de Dios son perfectos.

A nuestra querida Universidad Peruana Unión, que nos recibió en sus aulas, y por las cuales nos formó como personas misioneras, íntegras e innovadoras.

A nuestra asesora, Mg. Maritza J. Mendoza Galarza, por la dedicación y apoyo minucioso a lo largo de la investigación.

Al Psic. Jhonny Agosto Pinaud, quien más que un asesor, fue un amigo y un apoyo fundamental en la investigación.

A los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, quienes son partes de este logro: Mg. Katty Puente y Psic. Helen Flores.

A nuestros dictaminadores Psic. Wildman Vilca y Psic. Josías Trinidad, por hacer que esta investigación se concluya bajo estrictos lineamientos correspondientes.

A nuestros padres, por su arduo trabajo es su apoyo en todas nuestras enseñanzas, quienes desempeñaron un papel muy importante para que esta investigación se haga realidad, a ellos le damos las gracias y nuestro amor infinito.

Tabla de contenido

Índice de tablas	ix
Resumen.....	x
Introducción	xi
Capítulo I	1
El problema.....	1
1. Planteamiento del problema	1
2. Preguntas de investigación.	5
2.1 Pregunta general.....	5
2.2 Preguntas específicas.	6
3. Justificación.....	6
4. Objetivo de investigación.....	7
4.1. Objetivo General.....	7
4.2. Objetivo Específico.....	7
Capítulo II.....	9
Marco teórico	9
1. Presunción filosófica	9
2. Antecedentes de investigación.....	13
2.1 Antecedentes internacionales.....	13
2.2. Antecedentes nacionales.	15
3. Marco conceptual.....	19

3.1 Conducta sexual de riesgo	19
3.2 Comunicación familiar	38
3.3. Marco conceptual referente a la población de estudio.	47
4. Definición de términos.	51
5. Hipótesis de la investigación	51
5.1 Hipótesis general.....	51
5.2 Hipótesis Específicas.	51
Capítulo III.....	53
Materiales y métodos	53
1. Diseño y tipo de investigación.....	53
2. Variables de la investigación	53
2.1. Definición conceptual de las variables	53
2.2. Operacionalización de las variables	54
3. Delimitación geográfica y temporal	56
4. Participantes	56
4.1. Características de la muestra.....	56
4.2. Criterios de inclusión.	56
4.3. Criterios de exclusión.	57
5. Instrumentos.	57
5.1 Cuestionario de conducta sexual de riesgo.	57

5.2. Escala de comunicación Padres - Adolescentes (PAC).....	57
6. Proceso de recolección de datos.	58
7. Procesamiento y análisis de datos.....	59
Capítulo IV.....	60
Resultados y discusión.....	60
1. Resultados.....	60
1.1 Análisis descriptivo.....	60
1.1.1 Análisis descriptivo del nivel de comunicación con los padres.....	60
1.2 Asociación entre las variables.....	64
2. Discusión.....	67
Capítulo V.....	73
Conclusión y recomendaciones.....	73
1. Conclusiones.....	73
2. Recomendaciones.....	74
Referencias.....	75

Índice de tablas

Tabla 1 Efectos que conlleva el aborto.....	29
Tabla 2 Matriz de la operacionalización del cuestionario conducta sexual de riesgo.....	53
Tabla 3 Matriz de la operacionalización de la escala de comunicación padres- adolescentes (PAC).....	54
Tabla 4 Nivel de comunicación con los padres.....	59
Tabla 5 Nivel de comunicación con los padres según sexo del adolescente.....	60
Tabla 6 Estilos de crianza percibidos según edad del estudiante.....	60
Tabla 7 Edad de inicio sexual de los adolescentes.....	61
Tabla 8 Cantidad de parejas sexuales.....	61
Tabla 9 Conductas sexuales de riesgo.....	62
Tabla 10 Relaciones sexuales estando bajo el efecto de alguna de las siguientes sustancias.....	63
Tabla 11 Asociación entre comunicación con los padres y las conductas sexuales de riesgo.....	63

Resumen

La presente investigación tuvo por objetivo determinar la asociación entre la conducta sexual de riesgo y comunicación familiar en adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos. Se utilizó un diseño no experimental, de corte transversal y alcance correlacional. Se llevó a cabo en un grupo de 500 adolescentes entre 13 y 19 años. Los instrumentos usados fueron el cuestionario Conducta Sexual de Riesgo (CSR) por Apaza (2018) y la Escala de comunicación Padres-Adolescentes (PAC) de Barnes y Olson (1982) adaptado en el Perú por Bueno, Tomás y Araujo (1998). Los resultados obtenidos demuestran que no existe asociación significativa entre el nivel de comunicación con el padre y las conductas sexuales de riesgo. En cambio, se aprecia que el nivel de comunicación con la madre se asocia significativamente con la edad de inicio sexual ($X^2=2.303$; $p<.05$), con la cantidad de parejas sexuales ($X^2=8.758$; $p<.01$) y uso de preservativo ($X^2=3.803$; $p<.05$) como medida de protección. Por lo tanto, se concluye que, a mayor comunicación menor probabilidad en conducta sexual de riesgo.

Palabras claves: Conducta sexual de riesgo, Comunicación familiar, Adolescentes.

Abstract

The present study had as an objective to determine the association between the sexual conduct of risk and family communication in adolescents of 3rd, 4th, and 5th years of high school of a local Educative Institution in the city of Iquitos. A non-experimental design was used, of transversal cut and correlational reach. It was done in a group of 500 adolescents between the ages of 13 and 19. The instruments used were the Sexual Conduct of Risk (CSR) by Apaza (2018) and the Scale of communication Parental-Adolescent (PAC) from Barnes and Olson (1982) adapted in Peru by Bueno, Thomas, and Araujo (1998). The obtained results demonstrate that there is no significant association between the level of communication with the father and the sexual conducts of risk. On the other hand, it is interesting that the level of communication with the mother is significantly associated with the age initiation of sexual activity ($X^2=2.303$; $p<.05$), with the amount of sexual partners ($X^2=8.758$; $p<.01$) and the use of a preservative ($X^2=3.803$; $p<.05$) as a means of protection. Therefore, we can conclude that the higher the communication with the maternal figure, the less probability that the adolescents get involved in sexual conduct of risk.

Keywords: Sexual Conduct of Risk, Family Communication, Adolescents

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

En las últimas generaciones la maduración sexual en los adolescentes, es cada vez más temprana y sobre todo la participación es aún más activa en la esfera social, cultural y económica. Por ende, los problemas sexuales de riesgo se han convertido en un problema para la sociedad actual; tener sexo a temprana edad está asociado a un sexo no seguro, debido a que, existe falta de conocimiento e información, acceso a los métodos anticonceptivos, y casi en la mayoría de los adolescentes suelen iniciar también su relación sexual bajo los efectos del alcohol y drogas, esto imposibilitándolos a tomar decisiones estables y sobre todo a resistir la presión de la pareja. (Rosales e Irigoyen, 2013).

De la misma manera, la Organización Mundial de la Salud (2016) hace referencia que, cada día más de 1 millón de personas adquieren una infección de transmisión sexual. A su vez, anualmente, unos 357 millones de personas contraen algunas de las cuatro ITS; clamidiasis (131 millones), gonorrea (78 millones), sífilis (5.6 millones) o tricomoniasis (143 millones). También, el porcentaje de personas con infección genital por el VHS (herpes) prevalece los 500 millones. Por lo tanto, en el mundo hay más de 290 millones de mujeres víctimas, infectadas con el virus de papiloma humano (VPH), una de las ITS más comunes.

Además, el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (2015), indica que en México el 62% de las mujeres de 15 a 29 años inicia su vida sexual, y el 50 % de ellas no utilizó un método anticonceptivo durante su primera relación sexual, a pesar que el 94 % de los jóvenes reportan tener conocimiento de métodos anticonceptivos. Así mismo, la Encuesta Nacional de Niños, Niñas (2015) refiere que, México ocupa el primer lugar en adolescente con embarazos en Latinoamérica, con un porcentaje de 77 embarazos por cada mil mujeres y el 60 % en adolescentes, cabe mencionar que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años.

A nivel nacional reportes del Ministerio de Salud (2017), señalan que los adolescentes y jóvenes, al iniciar a temprana edad su actividad sexual, incrementan el riesgo de un embarazo no deseado y a su vez de adquirir una Infección de Transmisión Sexual (ITS) como el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). Además, el porcentaje de embarazos en adolescentes es el 13.6%, de éstas el 10.6% ya son madres y el 2.9% están gestando por primera vez. Por otro lado, las ITS que más prevalecen son la úlcera genital o flujo vaginal en el 13.7 % de las mujeres de 15 a 49 años; la mayor proporción son casos entre las edades de 15 a 19 años y de 15 a 24 años de edad.

Por su parte RPP Noticias (2017), indica que se registran cada día cuatro nacimientos de madres menores de 15 años, y el 99 % de ellas son pobres. Señalando que, el 60 % de las mujeres de recursos económicos bajos iniciaron su vida sexual antes de los 18 años, es decir que, a mayor pobreza, menos acceso a servicios de educación sexual y métodos anticonceptivos.

Las tasas más altas en adolescentes embarazadas según investigaciones se observan en la selva y zonas rurales. Loreto encabeza la lista de esta problemática, debido que, 30 de cada 100 adolescentes en la región, son madres o están embarazadas por primera vez, logrando ser la

región con una tasa más alta a nivel nacional, a su vez, la edad mediana más baja de iniciación sexual, así como un bajo desempeño en las políticas anticonceptivas. El 30% de mujeres entre 15 y 49 años en la región no adopta métodos de planificación familiar, mientras que el promedio de hijos por mujer es el más alto de 3 a 7 hijos, sin embargo, en el país el promedio es 2 a 5 hijos (El Comercio, 2017).

Bahamón, Vianchá & Tobos (2014) señalan que hay varios investigadores que han dedicado su tiempo en entender las conductas sexuales de riesgo, esto se debe, a que, a pesar de existir información de cómo prevenir consecuencias negativas que pueden afectar en su vida, su nivel de prevalencia continúa siendo alto. Con respecto a los adolescentes, dicha realidad empeora debido a las condiciones biopsicosociales que los hacen más vulnerables

En relación a ello, se considera conducta sexual de riesgo a la actividad de un individuo que puede ocasionar daños a su salud como al de otras personas, como la infección de enfermedades de transmisión sexual, o un embarazo no deseado (Espada, Quiles y Méndez, 2003).

Según Corona y Peralta (2011) los resultados de su investigación sobre conductas de riesgo son aquellas acciones voluntarias o involuntarias realizadas por un individuo o más que puede llevar a consecuencias nocivas y particularmente intensas en la adolescencia.

La investigación realizada por García (2014) explica sobre los factores que influyen en las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes, como lo biológico, la paupérrima o viciada información que ofrece las revistas, internet o cualquier otro medio de comunicación, las creencias erróneas de que en la primera relación sexual hay poca o no existe probabilidad de embarazo, el coeficiente intelectual o la capacidad cognitiva que influye en la conducta sexual de riesgo, la creencia religiosa también puede ser un factor influyente, así mismo el factor de consumo de drogas y alcohol que acelera el inicio de la actividad sexual. Al mismo tiempo la

familia que no solo juega un factor protector si no también un factor de riesgo cuando hay una escasa comunicación entre padres e hijos, falta de apoyo familiar, actitudes de rechazo y el abuso físico, ausencia de los padres en el hogar, padres con problemas de adicción.

Por su parte Gallegos (2006) refiere que la comunicación familiar es un conjunto de valores y creencias, a su vez es definida como un proceso por el cual cada miembro puede construir y compartir entre sí una serie de conceptos que les permita mantener una relación de interacción entre todos los miembros. Dentro del vínculo familiar se menciona que existen acuerdos de ideas, sentimientos, y sobre todo elementos primordiales que permita la comprensión de cada uno.

De la misma forma, se reconoce que la comunicación juega un rol importante en el funcionamiento y mantenimiento del sistema familiar cuando esta, se desarrolla con jerarquía, límites, reglas y roles claros, a su vez con diálogos abiertos y proactiva que posibiliten armonía y la adaptación de cambios dentro la familia (Herrera, 1997).

Estudios realizados por Lavielle et al. (2014) indican la relación entre conducta de riesgo sexual y comunicación familiar, obteniendo como resultado que el 63.8 % de los adolescentes presenta satisfacción y comunicación familiar, lo que se consideraba como familia nuclear, no obstante, un 21.7 % provenía de un conjunto de familia monoparental. Sin embargo, en la forma o interacción de la comunicación y la estructura familiar de los adolescentes que han iniciado y no han iniciado su actividad sexual, un (23.9 %) se dio a conocer que los adolescentes presentaban una comunicación familiar disfuncional iniciando su vida sexual, así mismo el (27.4 %) de las y los adolescentes evidenciaban una comunicación funcional. También, el 33.8 % de los adolescentes que habían tenido relaciones sexuales, provenía de una familia monoparental, 24.9 % de una familia nuclear y 19.6 %, de una familia extensa. Es decir que, la iniciación

temprana de la vida sexual fue más frecuente en los adolescentes con familias en la cual la expresión de afecto era escasa.

En vista de lo antes mencionado, se pretende estudiar ambas variables en adolescentes teniendo en cuenta que, Alfonso y Figueroa (2017) refieren que en la adolescencia es una etapa de cambios abruptos tanto físicos, cognitivo, emocionales y sociales que se produce entre la niñez y juventud. Es un periodo de iniciación sexual y conductas intensas de riesgo que involucra a gran parte de la población, dado que se trata de una etapa de búsqueda de identidad que conlleva a experimentar cosas nuevas.

Los adolescentes con frecuencia suelen realizar conductas sexuales de riesgo. Es una problemática que conlleva a una serie de riesgos que alteran su desarrollo psicológico y social llegando a comprometer su salud sexual y reproductiva. (Olivera, Bestard y Morales, 2016).

Según Luces (2015) se reporta un descenso en la edad de inicio de las relaciones coitales en adolescentes, siendo tendencias globales como las poblaciones más jóvenes en los últimos tiempos. La conducta sexual en esta etapa tiene como característica la iniciación sexual, en algunos casos promiscua, sin premeditación ni cuidado, condicionada a los amigos o presión del grupo, poco o casi nada de control ni supervisión de adultos (Chávez, 2016).

Por lo expuesto, la presente investigación pretende determinar la relación entre conducta sexual de riesgo y comunicación familiar en adolescentes de 3ero, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.

2. Preguntas de investigación.

2.1 Pregunta general.

- ¿Existe relación significativa entre conducta sexual de riesgo y comunicación familiar en los adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la

ciudad de Iquitos?

2.2 Preguntas específicas.

- ¿Existe relación significativa entre iniciación sexual temprano y comunicación familiar en los adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos?
- ¿Existe relación significativa entre cantidad de parejas sexuales y comunicación familiar en los adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos?
- ¿Existe relación significativa entre sustancias psicoactivas y comunicación familiar en los adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos?
- ¿Existe relación significativa entre el uso de métodos de protección y comunicación familiar en los adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos?

3. Justificación

En esta investigación presenta una relevancia significativa ya que permitirá identificar la naturaleza de la relación entre conducta sexual de riesgo y comunicación familiar en adolescentes de 3ero, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.

Según los resultados obtenidos se le permitirá a las instituciones privadas y municipales a beneficiarse al identificar el grado de conducta sexual de riesgo en adolescentes sumando la posible relación existente con la comunicación familiar y el apoyo social que recibirá cada uno

de los adolescentes de 3ero, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.

Así mismo, mediante los resultados se pretende facilitar la elaboración de estrategias de intervención para los adolescentes que muestren altos grados de conducta sexual de riesgo para mejorar la calidad de autoayuda, como también para los que muestren bajos grados de comunicación familiar para dicha prevención.

Por otra parte, es de relevancia teórica porque profundiza el conocimiento de los avances actuales de conducta sexual de riesgo y comunicación familiar permitiendo comprobar las vigencias de las teorías y los avances actuales sobre la relación de ambas.

Por último, la investigación será útil para aquellos profesionales, psicólogos, médicos y educadores que estén interesados en la población tomada, además enfatizar que el comportamiento de riesgo sexual sea estudiado a profundidad con otras variables interesantes y necesarias para la población. Por lo tanto, se permitirá generar nuevas preguntas e hipótesis para futuros proyectos de investigación.

4. Objetivo de investigación

4.1. Objetivo General.

- Determinar si existe relación significativa entre conducta sexual de riesgo y comunicación familiar en los adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.

4.2. Objetivo Específico.

- Determinar si existe relación significativa entre iniciación sexual temprano y comunicación familiar en los adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario

de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.

- Determinar si existe relación significativa entre cantidad de parejas sexuales y comunicación familiar en los adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.
- Determinar si existe relación significativa entre sustancias psicoactiva y comunicación familiar en los adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.
- Determinar si existe relación significativa entre el uso de métodos de protección y comunicación familiar en los adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.

Capítulo II

Marco teórico

1. Presunción filosófica

Desde la cosmovisión bíblica las relaciones sexuales fueron diseñadas únicamente para ser realizadas dentro de la institución del matrimonio que se originó en el Edén. Por ello, Dios les dijo a los primeros habitantes de nuestro planeta que “fructifiquen y multipliquen la tierra” (Génesis 1:26).

Sin embargo, tras la caída del hombre en el pecado (Génesis 3:19; Ro 5:12) este diseño divino se distorsionó, generándose las prácticas sexuales prematrimoniales desde esa época de la historia del mundo. Frente a esta situación mundial, Dios queriendo hacer prevalecer la práctica de las relaciones sexuales dentro del matrimonio y proteger a su pueblo de las influencias paganas, estableció el séptimo mandamiento en su decálogo (los diez mandamientos, Éxodo 20:14) “no fornicarás”. También, otro factor porque el Señor presentó una ley en el Antiguo Testamento y prevaleciente en el Nuevo Testamento, contraria a una relación sexual al

matrimonio es porque la intimidad fuera del contexto nupcial es inmoral y dañina causando un efecto perjudicial sobre la persona (Levítico; Romanos 1:24-27), ya que al “cometer immoralidades sexuales peca contra su propio cuerpo” (1 Corintios 6:18). Es decir, genera daño al cuerpo o vida de aquella persona que lo practica.

Un claro ejemplo bíblico de la práctica de relaciones sexuales premaritales e inmoralidad es el caso de la vida de Sansón, quien perdió casi por completo los principios morales. Un paso equivocado le llevó al siguiente, cometiendo su primer error al elegir malas compañías en su juventud, dando como resultado trágico a su matrimonio con una mujer filisteo, de quien enviudó. Después descendiendo más y más en la escala de valores morales, llegando inclusive a tener relaciones sexuales con una prostituta (Jueces 16:1) exponiendo a que su cuerpo contrajera cualquier enfermedad de transmisión sexual, como actualmente conocemos VIH.

De la misma manera, es que hoy existen esas enfermedades de transmisión sexual como el VIH (SIDA) y entre otras, por consecuencia de la desobediencia del hombre a las ordenanzas divinas (Gálatas 6:7,8; Proverbios 22:8).

Frente a todo esto, Dios aconseja: “Guarda mis mandamientos y vivirás” (Proverbios 7:2); y Pablo también hace un llamado: “Huyan de la fornicación” (1 Corintios 6:18). Principios que

se vieron reflejados en la historia bíblica de José (Génesis 39), siendo un hombre fiel, íntegro y temeroso de Dios, aun pasando una situación de tentación e insinuación sexual, por parte de la esposa de su amo Potifar cuando él era mayordomo de su casa. Su carácter se mantuvo firme bajo un ataque persistente, sabiamente rehusándose aun a estar en compañía de esa mujer (Génesis 39:9,10), revelando su sinceridad, sabiduría y determinación en la senda de lo correcto. Cuanto más fuerte la tentación, más resuelto estuvo él a resistirla. A pesar de vivir en un país

extranjero, el hijo más amado de Jacob se mantuvo fiel a Dios, a sus principios y a la educación que su padre le había dado.

En la óptica del espíritu de profecía concerniente a la práctica sexual previa al matrimonio, los escritos de White (1915) están en desacuerdo con respecto a esta. Debido a que al practicarla fuera del contexto matrimonial causa daño a la moral, la salud mental y física de los jóvenes.

Ante esto la escritora recomienda al dominio de la razón y la religión como medio de solución para frenar los apetitos y pasiones de la juventud. También afirmando que, si esto ocurriera, la sociedad presentaría un aspecto muy diferente (White, 2000). Por tal motivo ella, concerniente a la vida de José afirma que la contestación o actitud que él tomó frente a la acechanza de la esposa de Potifar, revela el poder de los principios religiosos que influenciaron en José para la toma de decisiones. Esto lo ayudó a mantenerse firme y fiel a sus principios morales. Dando a entender que aquellos principios morales que quedaron arraigados en la vida de José se debieron a la religión que su padre desde su niñez le infundió, mostrando así lo importante que es la comunicación y atmósfera familiar para la conducta de los hijos. Por lo contrario, a la vida de Sansón, a quien White (2000) menciona que la razón de su decadencia moral se debió a la mala influencia de las amistades que adquirió en su juventud.

Por tal motivo, esta misma autora afirma que si los padres desean tener hijos que lleguen a ser grandes seres humanos en el futuro, es preciso que ellos como progenitores se preocupen por implantar en sus hogares una atmósfera pura mediante la comunicación, donde leven por sus palabras y conducta el uno hacia el otro, dar a los hijos ejemplo vivo y precioso de lo que desean verlos llegar a ser, enseñándoles a los niños y jóvenes a respetarse a sí mismos, a ser fieles a Dios y a los buenos principios. Al hacer esto, White afirma que esas enseñanzas y principios podrán regir sus vidas y los pondrán en práctica en sus relaciones con los demás (Hogar

Cristiano).

Así mismo, White (1959) refuerza aún más esta idea afirmando de que en el hogar debe manifestarse pureza en la conversación entre padres e hijos, sobre todo que haya buenos principios y se les enseñe a respetar y obedecer la ley de Dios, para que de esa manera los principios morales sean respetados y practicados en la vida de los hijos.

De la misma manera las sagradas escrituras enseñan claramente la importancia de la comunicación en el hogar y es por ello, que recomienda la consejería de padres a hijos (Proverbios 22:6; 15:5), con el propósito de dirigir a los hijos por una senda de éxito e integridad en la vida (Proverbios 23:15, 19, 26). Por tal motivo, el libro de proverbios en los capítulos del 1 al 9 mencionan once veces la frase “Hijo mío” “Oye hijo mío”, demostrando la tierna, cercana, ordenada y bien intencionada conversación que debe haber entre padres e hijos. Por consiguiente, como consecuencia de la buena comunicación familiar, la Biblia afirma que si esto se realiza en el hogar se evitará multitud de pecados y problemas (Efesios 6:1 al 4).

Por ello, White (2000) presenta a la comunicación familiar como una necesidad que tienen los hijos de tener en sus padres como guía y consejería, para no ser influenciados por una sociedad en donde se realizan prácticas sexuales prematrimoniales y contranatura. Mostrando así que el deber de los padres es enseñar a sus hijos desde niños a tener dominio propio, someterse a su voluntad, a respetarse a sí mismos, ser fieles a Dios y a los buenos principios. Además, ella aclara que si esto se llevara a cabo se podría contrarrestar la caída en caminos erróneos por parte de sus hijos (White, 1921).

2. Antecedentes de investigación.

2.1 Antecedentes internacionales.

Fernández et al. (2017) ejecutó un estudio en Costa Rica, sobre las actitudes hacia la comunicación sexual entre madres, padres y adolescentes. Con una muestra de 916 personas madres y padres como adolescentes de 13 a 17 años. Utilizaron para tal fin el Parent-Teen Sexual Communication Scale, esta escala mide la comunicación entre padres, madres e hijos sobre la actividad sexual, reproducción, contraceptivos, infecciones de transmisión sexual, protección de estas enfermedades, uso de preservativos, presión de grupo y presión sexual por parte de otros adolescentes. Se empleó un diseño experimental con seguimiento longitudinal. Cuyos resultados obtuvieron que el 15 % de adolescentes se encontraban activos sexualmente, sin embargo, se encontró que los adolescentes tienen mejor disposición que los padres y madres para hablar sobre sexualidad, por otro lado, los padres, madres y adolescentes reportaron algún grado de dificultad e incomodidad al hablar sobre métodos específicos de prevención, esto llevándolos a destacar una necesidad de incorporar intervenciones con adolescentes y padres sobre tema de salud mental.

De modo similar, García (2016), elaboró un estudio de conducta sexual de riesgo en estudiantes adolescentes en Nicaragua. El siguiente estudio fue tipo observacional, transversal, una parte es descriptiva y la otra analítica en el cual se describen y analizan dichas conductas. Se elaboró un cuestionario tipo encuesta de 42 preguntas. La muestra fue conformada por 108 varones (54%) y 92 mujeres (46%) con un 58% entre el 1° y 2° año de secundaria. Por lo tanto, se logró recoger un resultado, lo cual hacía referencia, que las y los adolescentes con padres separados tienen la tendencia de dos veces el riesgo de iniciar relaciones sexuales a temprana edad. Por otro lado, de la población se encontró, un 45% de jóvenes adolescentes que referían

estudiar y trabajar, se observó una conducta de riesgo, permitiendo una probabilidad de dos veces más en iniciar la vida sexual y sumándole a esto dos a tres veces en fumar y usar drogas. En relación al factor escolar, los adolescentes que habían repetido el grado escolar más de una vez, se demostró que tienen tres veces más probabilidad de ser activos sexualmente. Por otro lado, el 19% de las adolescentes, refirieron al menos un embarazo siendo la mitad de ellos abortos (9,5%). Llegando a la conclusión que las conductas de riesgo de estos adolescentes están directamente influenciadas por su entorno familiar, social, escolar e individual. El papel que mantiene la familia y la asociación de las diferentes conductas de riesgo son hallazgos que estuvieron presentes en más de la mitad de adolescentes.

Por otro lado, Gómez, Ortiz y Eceiza (2016) realizaron una investigación de tipo correlacional en España, acerca de la disposición al riesgo en la actividad sexual en adolescentes; el rol de los modelos de apego con padres e iguales de las dificultades de regulación emocional. Se evaluó 1911 adolescentes escolarizados, 54,5% varones y el 45,2% mujeres de media de edad de 15 a 20 años. Los instrumentos utilizados fueron cuestionario de valoración del comportamiento sexual, Attachment Style Questionnaire (escala de ansiedad), Inventory on Parent and Peer Attachments (escala de apego con la madre, con el padre y con los iguales) y escala de disposición a riesgos asociados al comportamiento sexual. Los resultados muestran que la seguridad del apego se relaciona inversamente con la disposición al riesgo en las relaciones sexuales, mientras que las dificultades de regulación muestran una asociación positiva, con diferencias entre sujetos sexualmente activos y no activos.

En Colombia, Uribe (2016) realizó una investigación cuyo objetivo era localizar la relación entre factores psicosociales como el apoyo social y el funcionamiento familiar, y las conductas sexuales como un factor predictivo y protector de la salud sexual y reproductiva, de la misma

manera contó con una población de 473 universitarios de las cuales 30,4% eran varones y 65,3% mujeres. Utilizaron para tal fin el Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA) diseñado por el Ministerio de Salud de Colombia y el Cuestionario de Apoyo Social. Respecto a los resultados, lo cual se puede comprobar que el 85,6% ya habían iniciado su vida sexual con una edad promedio de 13 y 24 años, del mismo modo, el 62,9% de los universitarios logro usar un método preservativo en su primera relación sexual, además la mayoría de estas conductas sexuales se practicaría de tipo vaginal (83,2%), seguidas por la oral (71,3%) y la anal (29,6%). A su vez, algunos universitarios han mantenido conductas sexuales bajo efectos de sustancias psicoactivas (SPA) como alcohol (26,4%), alcohol y marihuana (6,6%), solo marihuana (1,7%) y cocaína (1,7%). En conclusión, se logra demostrar una correlación entre el apoyo social y las conductas sexuales de los universitarios como la edad de inicio y las conductas sexuales, lo cual se identificó que los adolescentes mantenían una falta de redes de apoyo en temas en salud sexual y reproductiva, y la presencia de conflictos familiares y pocas redes de apoyo, correlacionándolas con las conductas de riesgo.

2.2. Antecedentes nacionales.

En Tacna, Gómez (2013) realizó un estudio en la Institución Educativa César Cohaila Tamayo con el objetivo de determinar la relación entre los conocimientos y las actitudes frente a las conductas sexuales de riesgo en adolescentes. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y método descriptivo de corte transversal. La muestra poblacional fue de 162 adolescentes de 3ro, 4to y 5to año de nivel secundario. Obteniendo como resultado que el 51,2% de los adolescentes expresaron una actitud de indiferencia hacia las conductas sexuales de riesgo, sin embargo, el (31,5%) presentaron una conducta de rechazo y solo el (17,3%) de adolescentes expresaron una actitud de aceptación frente a las conductas sexuales de riesgo. Llegando a la

conclusión que la mayoría de los adolescentes tienen un nivel de conocimiento “medio” sobre las infecciones de transmisión sexual y la mayoría tienen actitudes de “indiferencia” frente a las conductas sexuales de riesgo.

Del mismo modo, Gaspar (2013) realizó estudios con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de infecciones de transmisión sexual con los factores sociodemográficos y las relaciones familiares en adolescentes escolares de la I.E. Mateo Pumacahua N° 6097, Lima. El estudio fue de tipo cuantitativo y método observacional, diseño correlacional y de corte transversal. Se planteó una muestra de 210 estudiantes entre marzo y abril del 2013. En los resultados de la investigación, encontraron que los datos sociodemográficos de los adolescentes muestran que los grupos etarios presentan proporciones similares, excepto los de 17 años (3,3%), correspondiendo al género femenino el (50,5%), destacándose la familia de estructura nuclear (82,4%). Respecto al conocimiento, el (88,1%) de adolescentes presentó un nivel de conocimiento medio sobre las ITS, el (66,2%) tenía relaciones familiares de tipo regular y (15,2%) son buenas. Al correlacionar las variables el nivel de conocimiento, la edad, las relaciones familiares y la estructura familiar, se asociaron significativamente por último se debe mejorar las estrategias educativas dirigidas a abordar el tema entre los adolescentes en los diversos niveles de atención a la salud y en el ámbito educativo

Por su parte, Sulca (2014) realizó un estudio con adolescentes gestantes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC) en Lima, con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre las ITS y las actitudes frente a las conductas sexuales de riesgo en HNDAC. Esta investigación, fue de tipo observacional cuantitativo de diseño descriptivo correlacional de corte transversal, realizado a 198 adolescentes gestantes. Se aplicó un

cuestionario de conocimientos sobre las ITS validado por criterio de jueces y un instrumento (Escala de Likert) de actitud validado anteriormente en un trabajo de investigación (antecedente). Llegó a la conclusión de que la mayoría de las adolescentes gestantes tienen actitudes de “indiferencia” frente a las conductas sexuales de riesgo y en menor porcentaje actitudes de “aceptación”, situación que pone en peligro a este grupo, sobre todo en la etapa gestacional que es de riesgo y la repercusión que tiene en el bebe, con cierta disposición a la realización de conductas sexuales que puedan comprometer su salud y tener consecuencias futuras graves e irreversibles, mediante la prueba estadística de Chi cuadrado existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud

A su vez, Parodi (2014) realizó una investigación de enfoque cuantitativa y método observacional y diseño descriptivo, tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre educación sexual y su perfil en una población de adolescentes de secundaria en el distrito de San Juan de Lurigancho. Para este estudio se utilizó una encuesta estructurada de 42 ítems que fue sometida a juicio de expertos. Los estudiantes de dos escuelas estatales de secundaria en San Juan de Lurigancho, Lima con una población de 1200 adolescentes entre 13 y 17 años. Encontrando que el 61% de adolescentes tiene un nivel de conocimiento medio sobre educación sexual, destacando las dimensiones: sexualidad, métodos anticonceptivos y ética. Contrariamente, existen dudas sobre la eficacia de métodos anticonceptivos y uso correcto del preservativo, la importancia de los valores en la relación amical/pareja no son de mucha importancia. En el perfil sexual, el 12% dio inicio a su vida sexual a los 13 años, siendo que el 12% tenía perfil de riesgo. Concluyendo que el conocimiento sobre educación sexual en adolescentes fue de nivel medio, con un perfil sexual protector, siendo necesario, seguir trabajando en esta problemática y recuperar la práctica de valores y promoviendo la abstinencia

sexual.

Así mismo, Yalán (2016) llevó a cabo una investigación descriptiva de corte transversal; en la cual su objetivo era determinar las conductas sexuales de riesgo en los estudiantes adolescentes del Colegio Fe y Alegría N° 41, La Era, Ñaña, 2016. Para la recolección de datos se utilizó la encuesta sobre conductas de riesgos sexuales y reproductivos elaborados por García tomando en cuenta las variables que dan respuesta al objetivo planteado, dicha encuesta fue sometida a la prueba de confiabilidad por alfa de Cronbach = 0,810, la investigación fue realizada en el colegio Fe y Alegría N° 41 de La Era – Ñaña en Lurigancho – Chosica con una población de 205 estudiantes de sexo femenino y masculino 3° y 4° año de secundaria. Se obtuvo como resultado que el 2,2 adolescente con más riesgo para el inicio de relaciones sexuales, sus mamás tienen un segundo compromiso. Para el adolescente el entorno (familiar, económico, escolar y social) tiene un papel muy importante debido a que son factores protectores o de riesgo, llevando al inicio temprano de las relaciones sexuales. El consumo de drogas tales como la marihuana, el alcohol, la no utilización del preservativo en su primera experiencia sexual como el uso no constante de este, el abandono del hogar, los embarazos y la realización de la prueba del VIH fueron las conductas de riesgo que más resaltaron en esta investigación de contraer alguna ITS.

Por último, Carmona et al (2017) desarrollaron una investigación cuantitativa y cualitativa en ciudades con altos índices de embarazo adolescentes; encontrándose las ciudades de Iquitos, Huamanga y Lima. El objetivo de la investigación fue contextualizar el inicio sexual y las barreras individuales hacia el uso de anticonceptivos en adolescentes, con conocimiento adecuados sobre anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. La convocatoria se realizó a través de la red social Facebook, para seleccionar a los adolescentes se aplicaron encuestas luego, si cumplían los criterios de inclusión, pasaban a unas entrevistas para abordar el

tema en profundidad. La población obtenida fue de 33 mujeres y 23 varones adolescentes, con edades entre 18 y 19 años. El inicio sexual osciló entre los 14 y 16 años; el deseo sexual fueron las razones en los varones, con parejas ocasionales en su mayoría, mientras que las mujeres fue la presión de la pareja o enamorado. Así mismo se pudo identificar barreras individuales en relación al uso de anticonceptivos; como la estabilidad de la pareja, la responsabilidad de la mujer al usar anticonceptivos, la limitada capacidad de negociación y temor al abandono del varón por exigir su uso, además de la reducción de la sensibilidad sexual generada por el uso de preservativo. Concluyendo que dichas barreras limitan el uso de anticonceptivos, sugiriendo la necesidad de desarrollar estrategias específicas para fortalecer las habilidades interpersonales del adolescente que se extienden más allá de ofrecer información acerca de los riesgos del sexo sin protección.

3. Marco conceptual

3.1 Conducta sexual de riesgo

3.1.1 Definición de conducta sexual de riesgo.

Las conductas de riesgo históricamente fueron discutidas por distintos enfoques, y dichos enfoques consideraban de riesgo, aquellos grupos o personas específicamente que eran más vulnerables de enfrentar problemas físicos o sociales debido ciertas conductas mal vistas ante la sociedad, por lo tanto, tenían repercusiones legales o sociales. Este enfoque, difundido a principios de los años 50 y finalizando en los 80, con el surgimiento del SIDA, esta enfermedad era asociada a grupos menores, que en ese momento eran marginados por la sociedad, en estos grupos se encontraban; trabajadoras de servicios sexuales, los homosexuales y usuarios de drogas inyectables Moskovic (2004) (citado en Goncalvez, Castella y Carlotto, 2007). Sin embargo, el contagio fue mucho más allá, teniendo magnitudes tan grandes que no solo era el

sida, sino, también las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), por lo tanto, se vio necesario cambiar los grupos de riesgo por conductas de riesgo. Todas las personas, que tenían un comportamiento de riesgo se exponían a portar o ser contaminados con alguna enfermedad de transmisión sexual (DiClemente, Wingood y Crosby, 2000).

En la actualidad definir conductas sexuales de riesgo es cada vez más complicado debido a que cada estudio o investigación le da una tipificación distinta, no obstante, para efectos de la presente investigación es preciso establecer que las conductas sexuales y conductas sexual de riesgo, son distintos aún, más en la adolescencia, la situación se complica debido a las condiciones vulnerables y la inestables en los aspectos físicos, emocionales y psicológicas que son parte de su desarrollo, que los convierte en una población frágil (Bahamón et al., 2014).

Espada, Quiles y Méndez (2003) refieren que la conducta sexual son una mezcla de actitudes con el propósito de estimular el erotismo ya sea en ámbito personal, de pareja o grupal, debe distinguirse de la conducta sexual de riesgo. Que vendría hacer la exposición de un individuo a más a circunstancias que pueden ser nocivos para la salud, principalmente a través de enfermedades venéreas o generar situaciones de embarazo no deseado y terminar en un aborto. Por ende, las conductas sexuales de riesgo pueden ser por sexo oral, vaginal o anal, incluyendo la promiscuidad y el consumo de drogas legales e ilegales. (García-Vega et al., 2012).

Para Valle et al. (2011) las conductas sexuales de riesgo es la exposición de un individuo a situaciones que puede producir daños irreparables en su salud, que en ocasiones involucra a otra persona. Las infecciones de trasmisión sexual y los embarazos no deseados constituyen los dos principales problemas asociados con la conducta sexual de riesgo.

En las investigaciones mencionadas, en su gran mayoría sus definiciones contienen por lo menos tres aspectos. El no utilizar los métodos anticonceptivos específicamente los de barrera; la

frecuencia en la actividad sexual o múltiples parejas y por último, actividades que facilitan el intercambio de fluidos (vaginal, oral y anal) entre las parejas, o la falta de claridad para la toma de decisiones adecuadas, por ejemplo, el tener relaciones sexuales bajo efectos por el alcohol u otro tipo de drogas (Forcada et al., 2013).

3.1.2 Comportamientos que potencia las conductas sexuales de riesgo según Vivo et al. (2013):

- a. Relaciones sexuales con múltiples parejas y la concurrencia con la que se practica en un mismo periodo de tiempo, esto puede causar un incremento en la difusión de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. En esta población de adolescentes y jóvenes, la mujer es la más expuesta a las ITS y el VIH/SIDA.
- b. La identidad y orientación sexual, también conllevan a conductas sexuales de alto riesgo, debido a la escasa protección en sus actos sexuales con su mismo sexo, quedando expuestos al contagio de las ITS y el VIH/SIDA.

Las lesbianas o bisexuales, son jovencitas sexualmente activas, identificadas como un grupo de mayor peligro, debido a la probabilidad de: contraer ITS por el uso de sustancias, iniciación sexual temprano, no tener parejas estables, tener embarazos a temprana edad, ser diagnosticadas con Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y sufrir violencia de género.

- c. El consumo de sustancias lícitas e ilícitas potencian el comportamiento sexual de riesgo. El más común entre los jóvenes es el uso de alcohol que interfiere en la toma de decisiones, terminando en el acto sexual sin protección o en algunos casos con la intención de protegerse, pero por la condición de intoxicación lo realizan de manera defectuosa. Por otro lado, el uso de drogas en las parejas, incrementa el riesgo de

contagio de dichas enfermedades.

3.1.3. Factores protectores o de riesgo en adolescentes.

De acuerdo con Páramo (2011) En el área de la salud, el hablar de factores protectores es hablar de aspectos positivos y favorables en la vida de un individuo, familia, grupo o comunidad que hace el desarrollo humano sea beneficiosa de esta manera se puede evitar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo, y por lo tanto reducir la vulnerabilidad en la etapa que se encuentran.

Los factores de riesgo o protectores en la conducta de riesgo de los adolescentes pueden ser similares, como la familia y grupo (García, 2016). El entorno familiar es un factor protector sin duda, pero en ocasiones se convierte en un factor de riesgo debido a una escasa comunicación, falta de apoyo, actitudes de rechazo, sumado al abuso físico, todo eso también se asocia a una mayor probabilidad de que el adolescente tenga comportamientos de riesgo (Vivo et al., 2013).

Para el Departamento de Salud de los Estados Unidos (1994) ha identificado como factor de riesgo algunas conductas juveniles como: las relaciones coitales, en especial las precoces y sin ningún método de protección, que en algunos casos incluye la promiscuidad y el intercambio o distintas de parejas; el consumo desmedido del sustancias tóxicas; el manejo de autos y sin utilización de los elementos de protección (cinturón de seguridad, casco en el uso de las motocicletas), y en muchos de los casos estos adolescentes se encuentran en estado etílico, propiciando peleas callejeras, haciendo uso de armas blancas o de fuego.

Pita, Vila, & Carpena (2002) refieren que los factores de riesgo son cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.

Por su parte, Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) menciona que la familia y la escuela desempeñan un rol importante en las conductas que llevan a situaciones que pueden poner en peligro la salud, que incluye el consumo de sustancias, conductas sexuales de riesgo y violencia.

3.1.3.1 Factores de protección según Polo (2009):

- **La familia**, es fundamental para una calidad de vida óptima, debido a una rica fuente de factores donde podemos encontrar seguridad, sentido de pertenencia, alta autoestima, ética, valores morales y normas claras, resolución de problemas, autonomía y facilidad de comunicación para demostrar sus sentimientos, siendo los padres modelos significativos que permite enriquecer la vida de los hijos.
- **Apoyo social**, conformado por el grupo de amigos, el colegio y la comunidad. El colegio como apoyo social ofrece una guía y orientación para la acción, contribuye a identificar las habilidades personales y sociales, ofreciendo retroalimentación sobre conductas que mejoran la competencia personal; por eso es muy importante fomentar factores protectores que tengan que ver con el enriquecimiento de los vínculos, estrategias de resistencia y asertividad, otorgar a los adolescentes una alta cuota de responsabilidad, dándoles oportunidades de resolver problemas, tomar decisiones, planificar, fijar metas y ayudar a otros.

3.1.3.2 Factores relacionados a la conducta sexual de riesgo según García (2014):

- **Relaciones familiares**, la familia tiene una responsabilidad vital en los adolescentes, llegando hacer un factor positivo; pero en ocasiones se convierte en un factor de riesgo, sobre todo cuando hay una paupérrima comunicación intrafamiliar, la falta de apoyo familiar, actitudes de rechazo, la violencia sumado a la ausencia de los padres en el

hogar y padres con problemas de adicción.

- **Educación**, la educación sexual que tiene los adolescentes es deficiente, por lo que ellos buscan información sobre anticonceptivos y sexualidad en conversaciones con amigos, compañeros o lo que leen en internet y ven en televisión siendo esta información totalmente superficial.
- **Factores biológicos**, son los cambios físicos y biológicos que tiene los niños al pasar a la adolescencia, en el caso de las niñas podemos hablar acerca del adelanto de la menarquía, en los varones el primer semen. o el adelanto de la menarquía.
- **Factores personales**, aquí podemos ver las creencias erróneas que existe en los adolescentes, su capacidad cognitiva, el rendimiento académico que influyen en la conducta sexual del adolescente.
- **Creencias religiosas**, el creer en Dios, el asistir a una iglesia y tener consejeros o que los adolescentes se rodeen de personas positivas, que influyan de manera beneficiosa, podría retrasar la iniciación de las relaciones sexuales.
- **Consumo de alcohol y otras drogas**, factores de riesgo que se acentúan por las permisivas actitudes en el entorno familiar, los hábitos de consumo con sus pares y la facilidad de acceso a estas sustancias, que le inducen a consumirlo.

3.1.4. Conductas sexuales de riesgo y factores psicológicos asociados.

Hasta ahora los conceptos que hemos mencionado de conductas sexuales de riesgo son con el enfoque biomédico; con consecuencias nocivas para la salud como refieren los autores citados con anterioridad. Sin embargo, los enfoques planteados desde la psicología social comprenden aspectos más amplios de los factores determinantes y de las consecuencias (Jessor, 1991).

Al decidir realizar una conducta de riesgo, ya sea sexual u otra, la condición de riesgo se

sujeta no solo a enfermedad y mortalidad sino también a secuelas psicológicas y sociales altamente negativas para el individuo; un ejemplo de ello podría ser, el incremento del consumo de alguna droga y como consecuencia de ello se formarían sentimientos de culpa y causaría un bajo rendimiento o deserción escolar. Este enfoque hace que el análisis sea más complejo, puesto que muchos adolescentes incurren en conductas de riesgo y obtienen consecuencias positivas; pero estas serían efímeras, un ejemplo de ello sería lograr la aceptación de sus pares o grupo, ignorando o conociendo sus consecuencias y en muchos de los casos, son negativas a mediano o largo plazo (Cueto, Saldarriaga y Muñoz., 2011).

Fierros, Rivera & Piña (2011) menciona que las conductas sexuales de riesgo no son únicamente por desconocimiento de métodos anticonceptivos, pues en su gran mayoría si lo saben o han escuchado alguna vez sobre ello, sin embargo, los altos índices de conducta sexual de riesgo siguen siendo altos. Algunos estudios realizados ponen al descubierto que las conductas sexuales de riesgo sobrepasan el conocimiento de métodos de protección, por lo tanto, el hecho de saber cómo utilizar un preservativo, no hace que lo utilicen al momento de tener relaciones sexuales, es decir que algunos aspectos pueden llegar a acrecentar la vulnerabilidad frente a las conductas sexuales que realizan los adolescentes (Ruiz et al., 2010 y Cañón et al., 2011).

Por lo tanto, si los adolescentes tienen conocimientos sobre la sexualidad y los métodos de protección, ¿entonces por qué no tienen el cuidado necesario para evitar las consecuencias negativas que pueden generar las conductas sexuales de riesgo? La respuesta podría estar en varios factores psicológicos y sociales mencionados anteriormente (Bahamón et al., 2014).

Es decir, que el poseer un nivel de conocimientos no necesariamente se traduce en la práctica de comportamientos de prevención. Es necesario que no solo se conozca si los jóvenes practican

diferentes conductas sexuales de riesgo, si no también cuales son los factores protectores o de riesgo que influyen en la conducta (Uribe & Orcasita, 2009).

Las conductas sexuales de riesgo tienen relación con otros aspectos que influyen en el bienestar psicológico y social de las personas como: con la edad de iniciación sexual, la frecuencia, la cantidad de parejas en un lapso de tiempo (Fierros, Rivera & Piña, 2011), las habilidades comunicativas, específicamente la asertividad sexual (Santos & Sierra, 2010; Fontanilla, Bello & Palacio, 2011; García-Vega et al., 2012), la funcionalidad familiar (Chávez & Álvarez, 2012), el uso de métodos de protección durante el encuentro sexual (Uribe & Orcasita, 2009) de todas estas investigaciones se concluyó que las conductas de riesgo de los adolescentes tienen como punto eje los factores protectores o de riesgo.

3.1.5. Consecuencias de la conducta sexual de riesgo en la adolescencia.

a) El SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual

Castro (2010) indica que las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un problema en la población a nivel mundial, por su elevada incidencia y prevalencia. Se define como un conjunto heterogéneo de enfermedades transmisibles que se presentan en todos los grupos de edad, pero con mayor frecuencia en los últimos años en personas que rodean los 15 a 50 años; estas son transmitidas por contacto sexual y son ocasionadas por una serie de microorganismos que afectan a los órganos reproductivos de hombres y mujeres. Se clasifican en dos tipos: por virus y por bacterias

1. Por Virus:

- Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2014). “El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta las células del sistema inmunitario y las destruye y altera su funcionamiento, lo que tiene como

consecuencia el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria. El VIH ataca el sistema inmune de nuestro cuerpo de modo que no podemos combatir los gérmenes y enfermedades. El Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), representa la etapa más avanzada de la infección por el VIH. Viene a ser el conjunto de síntomas que se manifiestan cuando el sistema inmunológico está muy débil como para combatir las infecciones causados por un virus llamado VIH que ocasiona la destrucción de nuestro sistema inmunológico.

- Virus del Papiloma Humano (VPH): según Concha (2007) conocido también por sus siglas VPH o en inglés HPV (Human Papiloma virus). Este virus pertenece a la familia de los Papovaviridae, incluida en el género Papiloma virus es el más común entre las ETS, se adquiere o contamina durante las relaciones sexuales (vaginales, anales y orales) o por contacto de piel a piel con personas infectadas, usualmente, el resultado de la infección con este virus es la formación de un crecimiento benigno, verruga, o papiloma, ubicado en cualquier lugar del cuerpo; además está reconocida como causa del cáncer cervical es uno de los tipos de cáncer más frecuente en mujeres de América.
- Herpes Genital: Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2014). Es una infección de transmisión sexual más peligrosa por varones y mujeres, el cual es transmitido por contacto sexual, su causa más común son las úlceras genitales, que generalmente es causada por el virus herpes simple tipo 2 (VHS – 2). Este virus permanece en el organismo, no lográndose la cura definitiva.

2. Por Bacterias:

- Clamidia: Saa. (2013) menciona que es causada por la bacteria Chlamydia trachomatis, que puede afectar los órganos genitales de la mujer, aunque generalmente no presenta

síntomas o se manifiesta con síntomas leves, hay complicaciones graves que pueden ocurrir “en forma silenciosa” y causar daños irreversibles, como la infertilidad. Esta infección también puede causar secreción del pene en un varón infectado.

- **Gonorrea:** Conde (2009) indica que la enfermedad es causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, que puede crecer en el aparato reproductivo del hombre o de la mujer, se presenta de manera diferente en ambos causando inflamación crónica y fibrosis. En el hombre se presenta la uretritis y en la mujer la infección sucede en el endocérvix y se extiende hacia la uretra, puede complicarse hasta afectar las trompas uterinas y producir salpingitis con fibrosis; llegando en algunos casos en la esterilidad en las mujeres.
- **Sífilis:** es la Infección causada por una bacteria llamada: *Treponema Pallidum*, se transmite por las relaciones sexuales vaginales, anales y orales o por contacto con las úlceras genitales de la persona infectada y por sangre. Esta infección de transmisión sexual puede ser crónica o aguda, es “Producida por microorganismo espiral del grupo de espiroquetas, que penetra la piel y las mucosas a través de pequeñas abrasiones, multiplicándose en el punto de penetración y alrededor para invadir los ganglios linfáticos, vasos sanguíneos y la sangre. Cuenta con 4 fases. La primera una ampolla indolora, luego de unos meses se produce la segunda fase teniendo si no hay una intervención médica a tiempo puede llegar a la 3 y 4 fase.” (Sánchez., 2014)

b) El embarazo adolescente

Salvatierra (1989) define que el embarazo precoz o adolescente, como la gestación que ocurre durante los primeros años ginecológicos de la mujer (inicio de la menarquía) y cambios físicos, generalmente cuando mantiene total dependencia social y económica de los padres. La Organización Mundial de la Salud OMS (2012) establece la adolescencia entre los 10 y los 19

años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados o no planificados, producto de una relación débil de pareja provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos, además puede generar complicaciones biomédicas y afectar tanto la vida de la gestante como la del bebé gestado, debido a la inmadurez física y psicológica de la madre para la concepción, razón por la cual se considera un embarazo de riesgo (Barrera & Higuera, 2005).

Complicaciones en el embarazo adolescente.

- Biomédicas se encuentran la anemia, la hipertensión, las infecciones, las hemorragias, las complicaciones del parto, una mayor probabilidad de presentar abortos, un mayor índice de morbilidad y mortalidad materna y fetal, entre otras dificultades que pueden ser disminuidas llevando a cabo un control adecuado (Salvatierra, 1989).
- Psicosociales, las adolescentes embarazadas, en su mayoría se ven afectado su proyecto de vida y presentan mayor probabilidad de deserción escolar, las cuales aumentan las estadísticas de desempleo y pobreza. Además, hay mayor probabilidad de presentar depresión, sentimientos de fracaso con relación al alcance de su independencia, construcción de identidad, rol materno, sensación de perder la juventud, incapacidad para constituir una familia estable, entre otras vivencias que en algunos casos la pueden llevar a contemplar el suicidio (Corbella, 1994; Godoy, 2002; y Deval, 2004).

c) Aborto adolescente:

Según La Organización Mundial de la Salud OMS (2014), define al aborto como la interrupción del embarazo, cualquiera que sea su causa. Existen varios tipos de aborto entre ellos el aborto espontáneo, que aún no se sabe sus causas, pero es de manera natural o sin ninguna una intervención deliberada, mientras que aborto inducido o provocado es la interrupción del

embarazo con intervenciones quirúrgicas como la succión o aspiración del feto utilizando fármacos para dilatar la cavidad uterina. (Palomino, 2009). En la tabla 1 se muestran las consecuencias que conlleva el aborto.

Tabla 1

Efectos que conlleva el aborto

<i>Efectos físicos:</i>	<i>Efectos psicológicos:</i>
Abortos espontáneos hasta puede llegar a la esterilidad	Culpabilidad, sensación de pérdida
Nacimientos de niños muertos.	Sentimiento de luto.
Trastornos menstruales.	Pensamiento y remordimiento e Impulsos suicidas
Útero perforado, Hemorragia.	Retraimiento, Pérdida de interés en el sexo.
Infecciones, Peritonitis	Pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones.
Coágulos de sangre pasajeros.	Pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones.
Fiebre / sudores fríos.	Sentimientos de inferioridad
Intenso dolor.	Preocupación por la muerte.
Perdida de otros órganos.	Hostilidad con su entorno, Ira/Rabia
Insomnio.	Conducta autodestructiva.
Pérdida de apetito como consecuencia la pérdida de peso.	Desesperación, frustración, llanto
Nerviosismo.	Desvanecimiento, Pesadillas, Ataques / Temblores.
Disminución de la capacidad de trabajo.	Deseo de recordar la fecha de la muerte.
Trastornos gastrointestinales.	Preocupación con la fecha en que "debería" nacer o el mes de nacimiento.
Frigidez sexual	Intenso interés en los bebés, Instintos maternos frustrados
Coma hasta puede llegar a la muerte.	Odio a todos los relacionados con el aborto, Incapacidad de perdonarse a sí misma.

Tomado por Haywood-McKinney (2012)

d) Deserción escolar:

Dimaté, Arcilla, Guio y Sarmiento (2001) define la deserción escolar como el desertar, retiro o abandono del estudiante a los estudios básicos, institutos o universitarios. Teniendo dos modalidades: de forma temporal es cuando después de un tiempo indeterminado retoma sus estudios o de forma permanente cuando por las circunstancias de vida no vuelve a estudiar. La deserción escolar tiene consecuencias no solo en el área estudiantil, sino que trasciende a lo

personal, social y económico. Por ejemplo. Muchas de las personas que tienen los estudios incompletos no tiene trabajos que les puedan dar una economía estable, socialmente aún existe marginación por este grupo de personas.

3.1.6. Teorías que sustentan los programas preventivos en conductas de riesgo en el estilo de vida.

Gonçalves y Carlotto (2007) la conducta sexual de riesgo de los adolescentes está vinculada por el ambiente en el que viven y por los estilos de vida que llevan. Algunos adolescentes viven en comunidades caracterizadas por la violencia, delincuencia, el abuso de sustancias ilegales y la promiscuidad sexual.

Además, hacen mención que, en las ciencias sociales, los estilos de vida recaen en el rol de los actores individuales, frente a los procesos de elección que derivan de la pluralización en su mundo. En tal sentido, el estilo de vida puede aparecer como una manera de administrar factores de riesgo.

La visión de Mitjavila (1999) el estilo de vida de las personas, se puede observar dos tipos de prácticas: las positivas o favorecedoras de la salud y las negativas o de riesgo. Las prácticas protectoras corresponden a la promoción de la salud y las prácticas preventivas son asunto de la prevención de la enfermedad; para comprender, una conducta de riesgo es necesario situarse en el contexto sociocultural del sujeto, pues son hábitos constitutivos de sus modos de vivir y ver la vida.

En la actualidad, para poder realizar una intervención preventiva, debe estar fundamentada en una o varias teorías, que tiene como base la observación y la elaboración de un marco conceptual que permita comprender la realidad. Por lo tanto, en los programas preventivos de conductas de riesgo, ya sean parciales o abarcativas en su mayoría los programas de prevención de drogas, sin

embargo, es referente para programas de prevención de conductas de riesgo (cualquiera que fuese) en adolescentes (Fuentes, 2011).

3.1.6.1. Las teorías de Bandura sobre conductas de riesgo.

La teoría Cognitiva Social

Bandura (1995), plantea un tipo de relatividad recíproco entre la conducta, los factores cognitivos, otros personales y las influencias ambientales, señalando que de manera trabajan de participativa que son determinantes en casa una de ellas. El término recíproco, se hace mención al trabajo mutuo entre los factores causales. El término relatividad, se utiliza en el sentido de hacer énfasis en que ciertos factores producen los efectos, y no como causas que operan independientemente del individuo. Ahora bien, en el proceso, la conducta del individuo puede ser cambiada mediante la observación del modelo y las consecuencias ocasionadas por la conducta. Si son positivas le llamaremos reforzamiento, que aumenta la posibilidad de que el observador imite la conducta.

No obstante, la observación de un modelo no asegura que vuelva a repetir la conducta observada obligatoriamente, puede ver diferentes tipos de conductas. El proceso de imitación o modelado está caracterizado por factores que podrían variar dicho proceso. Como la atención, retención, reproducción y motivación (reforzamiento)

Desde este punto de vista, una actuación preventiva eficaz, en el caso de los riesgos sexuales, debe actuar sobre factores, que señala el modelo de Bandura, incluyendo los siguientes componentes:

- a) Información, con el propósito de advertir a la población y concientizar acerca de los riesgos que conlleva el sexo sin protección.
- b) Desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol, necesarias para que los conocimientos

adquiridos se traduzcan en conductas concretas.

- c) Potenciar la autoeficacia, de forma que el adolescente tenga oportunidad de practicar y mejorar sus habilidades en situaciones de alto riesgo.
- d) Apoyo social, alentar en los cambios que una persona va realizando en sus hábitos, para así afirmar el nuevo hábito.

A los adolescentes hay que transmitirle que ellos tienen la capacidad de transformar sus hábitos y optimizar su salud y, por supuesto hay que darle herramientas para que ejecuten esos cambios.

Teoría de la Autoeficacia

Esta teoría, planteada por Bandura (1995), se centra en los constructos o ideas que las personas tienen acerca de su capacidad de proceder.

La autoeficacia es un factor personal, que incluye la motivación, el efecto y la ejecución llegando a ser observables y evaluables por las conductas que realizamos. En este sentido, la autoeficacia puede entenderse como las afirmaciones en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar situaciones futuras.

Bandura señaló cuatro tipos de experiencias que influyen en la autoeficacia:

- La primera: es la experiencia directa o previa; que vendría a ser el encuentro personal con el ambiente que proporciona las capacidades de uno (los éxitos hacen subir las expectativas y los fracasos las hacen bajar, aunque también depende de cómo los procesamos, ya que los fracasos nos permiten aprender y también pueden servirnos para subir las expectativas
- La segunda: es la influencia, la vicaría; según la cual, las personas se basan por estimaciones de sus propias capacidades al realizar una acción o experiencia de otros que

son similares a ellos.

- Una tercera es la persuasión verbal; es la opinión de terceras personas sobre las capacidades que uno tiene y los comentarios positivos que te dan frente a una situación.
- Por último, los estados afectivos y psicológicos pueden proporcionar información acerca de la propia eficacia.

3.1.6.2. Modelo Transteórico del Comportamiento

Prochaska y DiClemente (1983) refieren que la motivación es un factor importante del cambio a lo largo del tiempo y como esto se convierte en algo significativo para evaluar la disposición para el cambio, y asignándole al sujeto un rol activo, pues éste es concebido como el principal actor en su cambio de conducta. En este modelo la premisa básica, es la motivación, pero, además, tiene en cuenta otras variables a parte de la motivación, que a opinión de los autores influyen en el cambio de conducta. Dichos elementos son: las etapas de cambio, el proceso de cambio, el balance decisional (pros y contras) y la autoconfianza (o autoeficacia).

Esto es lo que permite planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos, dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional. Este modelo nos brinda la oportunidad de comprender que el desarrollo humano no es lineal sino más bien circular y que los seres humanos podemos pasar por diversas fases, e incluso estancarnos y retroceder en el camino del cambio. A continuación, las diferentes etapas del modelo de Prochaska y DiClemente:

- Precontemplación: en esta etapa la persona no es consciente de tener un problema, y es frecuente que haya mecanismos de defensa como la negación o la racionalización.
- Contemplación: en esta fase la persona se da cuenta de que tiene un problema, empieza a mirar los pros y contras de su situación, pero todavía no ha tomado la decisión de hacer

algo.

- Preparación: la persona ya ha tomado la decisión de hacer algo al respecto y empieza a dar algunos pequeños pasos.
- Acción: la persona toma ya los pasos necesarios, sin excusas, ni demoras.
- Mantenimiento: la nueva conducta está instaurada, empieza hacer un nuevo hábito.

Estos autores explican que un individuo debe pasar por cada una de estas etapas. Teniendo en cuenta la importancia de ellas para que se pueda realizar el cambio de conducta.

En las etapas de Precontemplación y contemplación las metas establecidas van de acuerdo al estilo de vida del individuo para ayudar a facilitar la toma de decisiones con respecto a las conductas de riesgo, se refuerza la motivación, mostrando los beneficios, información y estímulos para la adquisición de nuevos hábitos.

En cuanto a las siguientes etapas de preparación y acción, las metas propuestas se enfocan en el inicio de un plan de acción (la conducta que desea cambiar), donde ya se evaluó previamente la pro y contra, las situaciones que podría enfrentar, a su vez se realiza un análisis de habilidades de enfrentamiento (resolución de problemas) y brindarle herramientas para evitar situaciones de recaídas, para que la etapa de mantenimiento sea provechosa.

El autor también hace mención de los factores personales (estilo de vida), que es de suma importancia de conocer, para ayuda del individuo cuando este se encuentra en cualquiera de las etapas de modificación de conducta, como un factor motivante.

3.1.6.3. Teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes.

Esta teoría, propuesta por Jessor (1991 y 1993), reconoce que la conducta de riesgo del adolescente, bajo una nueva perspectiva. La teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes se caracteriza por ser compleja y esto llega a explicar las conductas adictivas. Considerando

factores de riesgo y protección, conductas de riesgo y resultados de riesgo.

Es importante considerar que para esta teoría la aparición de conductas de riesgo en adolescentes a partir de: la escasez de dinero y comodidad, la desigualdad y la discriminación que promueve parte de la sociedad, elementos que se pueden considerar a una parte de la población adolescentes como “riesgo”, según el autor.

En el modelo se toma en cuenta, cinco grupos de factores de riesgo o protección, que se utilizan para el marco conceptual general para la conducta de riesgo de los adolescentes

- Biológico/genéticos: se utiliza para identificar niños con una tendencia genética hacia ciertas conductas de riesgo, cabe indicar que su uso en la prevención es limitado.
- Medio social, identifica otras variables, tales como un rendimiento escolar insuficiente.
- Medio ambiente percibido: viene relacionado con la percepción de la actitud de amigos y parientes hacia las conductas de riesgo.
- Sistema de personalidad: se toma en cuenta los valores, intereses, creencias, actitudes y orientación hacia uno mismo y hacia la sociedad.
- Sistema conductual: es el grupo de ciertas conductas socialmente inaceptables, como el uso de alcohol, tabaco y otras drogas, conducta sexual de personas menores de cierta edad, delincuencia, entre otras.

Para este autor, la conducta de riesgo, es definida como la acción que puede comprometer, todos los aspectos sociales y emocionales del desarrollo del adolescente. Mencionando la diferencia que hace Jessor en la clasificación de conducta de riesgo y no de conducta de búsqueda de riesgo, pues considera que es un error denominarlo así, en vista de que no todos los adolescentes tienden a buscar conductas de riesgo.

El autor antes citado, insta, que entre las conductas de riesgos del adolescente o de su estilo

de vida, hay tres grupos de ellas que considerar: la primera es la conducta problema, la segunda las conductas relacionadas con la salud y por último la conducta escolar. En la primera se incluye el uso de drogas ilícitas o lícitas (el consumo del tabaco), la delincuencia y el conducir ebrio; en las segundas, se encuentra, la alimentación no saludable, el sedentarismo, el no usar métodos de protección en una relación sexual; y el tercero, la falta a clases, el abandono de la escuela y el consumo de drogas en la escuela.

Krauskopf (1995) también hace mención al enfoque de riesgo. El llegó a la identificación de los factores de protección y los factores de riesgo, del cual las conductas de riesgo son parte.

La definición de riesgo para esta autora implica la posibilidad de una o más características o factores que incrementan la aparición de consecuencias adversas o nocivas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal. El conocimiento del riesgo da una medida de la necesidad de atención y la integridad de los factores que se toman en cuenta, aumenta la posibilidad de que la intervención sea adecuada. Por medio del enfoque de riesgo se ha hecho foco en las conductas de riesgo. Plantea que como consecuencia las conductas de riesgo pueden provocar morbilidad y mortalidad en los adolescentes.

Por su parte Donas (1999) también realizó estudios sobre los factores y el plantea la distinción entre factores de riesgo y de protección, pero este autor a su vez, agregó a los factores de riesgo y de protección los términos de “amplio espectro” y “específicos”.

Para Donas, los factores de riesgo de “amplio espectro” se encuentran: familia con pobres vínculos entre sus miembros, violencia intrafamiliar, baja autoestima, pertenecer a un grupo con conductas de riesgo, deserción escolar, proyecto de vida débil, bajo nivel de resiliencia. Entre los factores de riesgo “específicos” se encuentran: portar arma blanca, el no uso de las medidas de seguridad (cinturón de seguridad en el auto o casco en la moto) tener una hermana o amiga

adolescentes embarazadas, consumir alcohol sin control, ingesta de calorías pudiendo llegar a la obesidad, bulimia, anorexia y depresión. Entre los factores de protección de amplio “espectro” se encuentra: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal, proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado, locus de control fuertemente establecido, alta autoestima, permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia. Por último, los factores “específicos” se encuentra: el uso de medidas de seguridad en vehículos, no tener relaciones sexuales o tenerlas con protección (uso de preservativo), no consumir drogas ilícitas, incluido en tabaco.

3.2 Comunicación familiar

3.2.1 Definiciones de comunicación familiar

Olson (2000) conceptualiza que la comunicación familiar es una estrategia lo cual permite que se desarrolle habilidades para una comunicación asertiva o positivas, es calificada como un medio o canal que permite la facilitación para un buen funcionamiento familiar, permitiendo como resultado, niveles más adecuados de cohesión y adaptabilidad. De la misma manera la comunicación es un proceso de constante intercambio de información, ideas y emociones, entre el grupo familiar.

De la misma manera Gallegos (2006) refiere que es un proceso de constante influencia mutua y evolutiva, pues esto está compuesto por mensajes verbales y no verbales, percepciones y sentimientos. Esto a su vez es un proceso simbólico transaccional que se genera al interior del sistema familiar, es decir la importancia de significados de eventos, cosas y situaciones del diario vivir, llevándolos a tener como resultado crear y compartir significados.

Berlo (1969) precisa que la comunicación familiar es el proceso por el cual se intercambia información, ideas, creencias, valores y sentimientos entre los miembros de la familia, y para que

se establezca una comunicación familiar es necesaria la contribución del contenido, la forma del mensaje, el emisor, el receptor.

Muchco (2012) señala que es una de las interacciones que se da en el centro familiar, a su vez existiendo características individuales, como rasgos de sus personalidades, intercambio de emociones e interés y rol familiares, concibiendo en ellos estilos de vida. También la comunicación familiar es considerada como una forma de organización para las actividades de las tareas y espacios domésticos, esto llevando a configurar la idiosincrasia de una familia.

Respecto a lo mencionado la comunicación familiar es reconocida como un proceso dinámico y bidireccional en el sentido de que padres e hijos se influyen mutuamente.

3.2.2. Dimensiones de la comunicación familiar

Olson y Barnes (1985) ejecutaron una escala de comunicación padres-adolescentes, con la finalidad de evaluar, tanto el punto de vista del adolescente, como el de los padres. Está sujeta por dos dimensiones, lo cual se pretende usar en la presente investigación:

a. Apertura en la comunicación familiar:

Esta primera dimensión, califica el nivel de una comunicación positiva, entre padres e hijo, lo cual quiere decir la conformación de una apertura o libertad para intercambiar ideas, libre flujo de información e intereses, en cuanto a hechos como sus emociones, presentando un grado de satisfacción y comprensión que experimentan en sus interacciones.

b. Problemas en la comunicación familiar:

Esta segunda dimensión, dentro del nivel se presenta una escasa comunicación, entre padres e hijo, presentando la excesiva crítica o negación. Se localiza en los aspectos negativos de la comunicación; resistencia a compartir; estilos negativos de interacción;

selectividad, y precaución en lo que es compartido.

3.2.3. Bases teóricas de la comunicación

A continuación, se describirá los diferentes aportes teóricos que son de gran utilidad para la presente investigación.

3.2.3.1 Teoría de la comunicación humana.

Watzlawick, Beavin y Jackson (1983) plantean que la comunicación es un conjunto de elementos en interacción en donde toda modificación o cambios de uno de ellos afectan las relaciones entre los otros elementos, pues esta definición nos lleva al concepto de sistema, cuya finalidad se sustenta en dos elementos; la primera consiste en la energía que lo mueve, los intercambios, las fuerzas y las tensiones que les permiten existir como tal; y el segundo, la circulación de informaciones y significativos, la misma que permite el desarrollo, la regulación el equilibrio del sistema. Es decir que, cada una de las partes de un sistema esta relaciona de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en la totalidad del sistema.

Es por ello, que dicho planteamiento se centra en el sistema familiar, donde todos los integrantes se interrelacionan, esto a su vez manteniendo cambios comportamentales pues esto, como producto de su interacción comunicacional. Musito y Buelga (2006) refiere que dentro de la teoría de la comunicación hay cinco axiomas; el primero, hace referencia que ante una situación de interacción, toda conducta tiene un valor en el mensaje; como segundo, la comunicación no solo transmite información sino que contiene una metacomunicación acerca de cómo debe entenderse el contenido que se transmite; el tercer elemento, manifiesta que una interacción está condicionada por la puntuación que realice cada individuo; El cuarto axioma refiere que la comunicación está implicada en dos modalidades, la digital hace referencia a lo

que *se dice* el uno a otro, y la analógica es la manera de *como se dice* esto depende a la expresión facial, gestos, postura esto va a provocar en una retroalimentación. Y el último axioma, es la interacción simétrica y complementaria, queriendo decir que se basa en la igualdad o en la diferencia de los agentes que participan en relación de la comunicación.

En conclusión, los axiomas tienen como finalidad comprender desde un inicio la interacción de la comunicación, pues, no sólo es cuestión de acción y reacción; es decir es más complejo, es por ello que se debe pensar desde un enfoque sistémico, haciendo hincapié al concepto de intercambio en la comunicación de la familia (Birdwhistell, 1959).

Así mismo, si no se logra desarrollar los axiomas de una manera eficaz, se manifestará las siguientes dificultades; diferencias en la cantidad de información de los comunicantes, discrepancia entre la causa y efecto y la complementariedad rígida lo cual hace referencia a una comunicación no flexible, llevando esto a una patología en la comunicación (Serebrinsky, 2009).

3.2.3.2 Teoría sistémica estructural

Creado por Minuchin y Fishman (2004) define la estructura familiar como, el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que se relacionan o interactúan los integrantes de una familia, dado que estas pautas establecen el cómo, cuándo, y con quién se logre relacionar, esto a la vez va regulando la conducta de los miembros de la familia.

Por otro lado, Bertalanffy (1987) conceptualizó que un sistema está conformado por elementos que permite la interrelación con un objetivo común, lo cual quiere decir que esto afecta unos a otros, de la misma manera las características que se presentan permite la unión de sus composiciones que tienen, es decir la totalidad es la relación y las funciones e interacción entre ellos.

De la misma manera, Minuchin y Fishman (2004) refiere que, la estructura familiar se debe

mantenerse fija, ya que permite el estableciendo del poder para sustentar a la familia en sus tareas y funciones, buscando la protección del medio que los rodea, por ende, dentro de la familia se debe aceptar un grado de flexibilidad para poder buscar la comodidad, esto llevándoles a facilitar el desarrollo dentro la familia. La estructura, son las variables que corresponde al tipo de familia, pues dentro de esto, se encuentra los roles, límite, miembros y manejo de poder, todos estos puntos permiten que las familias mantengan la interacción. Estas pautas, traen un gran beneficio ya que regulan la conducta de los miembros que la componen, estableciendo como se deben relacionar, en que momento, y como deben hacerlo.

Por otro lado, Minuchin y Fishman (2004) hace hincapié, que la familiar está compuesta como sistema estructural, pues esto le permite adaptarse a los diferentes procesos que vendrían a enfrentar y sobre todo en sus diferentes etapas de su ciclo vital, como también, a los requerimientos del medio exterior.

El sistema familiar, comprende también por subsistemas, que son, el individual, conyugal, parental y filial; es decir que la define los que la participa, pretendiendo su funcionamiento y su protección. Sin embargo, es importante la claridad de los límites de una familia para un parámetro útil para evaluar su funcionamiento. No obstante, el poder dentro la familia es la capacidad de mayor influencia ya que tiene el control de la conducta de cada miembro. Es decir, el poder es empleado por aquel que tiene la posición de autoridad, por lo cual en ocasiones dentro de la familia puede existir que haya poder, pero no la autoridad (Lumbreras, 2013).

La comunicación, es presentaba como un modo de interacción para una buena relación y el funcionamiento para la dinámica familiar; pues esto ayudará a una formación de la estructura familiar, buscando en ellas, mantener la estabilidad emocional de cada miembro, cuyo objetivo es lograr el buen funcionamiento de una familia sana.

3.2.3.3 Teoría del modelo circunplejo.

Propuesta por Olson (2000), esta teoría se centra en las tres dimensiones centrales de sistemas maritales y familiares: cohesión, flexibilidad y comunicación.

La cohesión familiar se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen hacia el uno a otros, es decir el grado de la unión que existe entre ellos. Dentro de la cohesión los autores realizaron un diagnóstico para esto tomó algunas consideraciones para medir las dimensiones que está conformado por la vinculación emocional, límites, tiempo, espacio, relaciones intrapersonales, toma de decisiones e intereses y recreación. Los focos de la cohesión son como los sistemas que equilibran su separación frente a la unión. Presenta cuatro niveles, desde extremadamente bajo, moderado a extremadamente alto. Esta hipótesis de los niveles de cohesión central o equilibrada, hace referencia que la familia mantiene un buen funcionamiento, sin embargo, los niveles de desequilibrio son generalmente visto como problemático para las relaciones a largo plazo.

La flexibilidad familiar es la cantidad o la magnitud de cambio en su liderazgo, relaciones de roles y reglas. Los conceptos específicos incluyen; liderazgo (control y disciplina) negociación y estilos. El foco de la flexibilidad está en cómo los sistemas equilibran la estabilidad frente al cambio. La comunicación, es tomada como un punto muy importante dentro de la teoría, ya que es un elemento, lográndose la modificación en función a la dinámica de los matrimonios y familias. Es decir, modificando los estilos y estrategias de comunicación, se puede modificar el tipo de cohesión y flexibilidad que presentan. En las teorías mencionadas, se logra la jerarquía de la comunicación en el núcleo de la familia. Pues esto dependerá en la forma de cómo se logra comunicar los miembros de la familia, esto a su vez, determina su funcionamiento y la posibilidad de resolver o no los diferentes problemas que vayan presentando en el núcleo del

sistema; por lo tanto, esto es el foco de su funcionalidad (Polaino, Lorente y Martínez, 2003).

Esta teoría sostiene que, mientras exista el funcionamiento esto ayudará a que se mantenga en balance, es decir la estructura de la familia podrá desarrollar la mayor posibilidad en cumplir las metas, objetivos y proyecciones, así se permitirá lograr que la familia cumpla las funciones (Ferrer. et al. 2013).

3.2.4. Tipos de comunicación

Dentro de la comunicación existen dos tipos, donde las personas se logran comunicar a través de mensajes verbales y no verbales. Así mismo, es considerada comunicación directa, cuando hay un mensaje quien emita y quien lo reciba, es decir el emisor y receptor. Por otro lado, se considera comunicación indirecta cuando la persona recibe el mensaje, pero es transmitido por un tercero (Jara, 2016).

- **Comunicación verbal:** Es considerada a un conjunto de palabras, haciendo hincapié en “lo que dice”, este proceso consiste básicamente en hablar. Es decir que este tipo de comunicación facilita al otro un conocimiento exacto de lo que se quiere decir, aunque en oportunidades tal conocimiento es puramente intelectual. Por otro lado, la manera o modelo de cómo cada miembro de la familia construye verbalmente los mensajes, esto permite que se atribuya un significado diferente al acto. Este tipo de comunicación es tomada por los seres humanos, ya que es un medio por la cual el individuo da a conocer lo que piensa y siente. Una buena comunicación entre los miembros de la familia se convierte en un factor protector de desarrollo y crecimiento personal, para ello, es necesario la escucha activa, esto favorece un bienestar dentro de la familia (Jara, 2016).
- **Comunicación no verbal:** Conocida también como analógica pues dentro de este tipo de comunicación está los gestos, el tono de voz y la postura. Pues en definitiva se centra en

lo que se dice a través de los gestos o lenguaje corporal. Este tipo de comunicación se convierte en un complemento esencial, debido que los gestos que se emiten en un diálogo hacen que la comunicación se vea más real, ya que se transmiten un conjunto de sentimientos (Jara, 2016).

3.2.5. Estilos de comunicación

La comunicación familiar se puede dividir en dos grandes estilos teniendo en cuenta las formas de comunicación y cómo interactúan las relaciones dentro de ella (Ato, 2017):

- **Comunicación abierta o asertiva:** es el estilo de comunicación más utilizada en las familias estructuradas, mantiene una buena comunicación, plantea soluciones ante conflictos o situaciones críticas que se presentan. Es decir, mientras exista el respeto por los espacios que tiene cada miembro dentro de la familia permite que se contribuya la armonía dentro del núcleo familiar (Herrera, 1997).

Así mismo, este estilo de comunicación permite que se desarrolle la capacidad de la escucha activa y en la forma de entender y comprender los sentimientos de los demás, del mismo modo se da, el intercambio de pensamiento y sentimiento con el medio que se rodea, denotando la presencia del diálogo entre padres e hijos de forma afectuosa, clara y respetuosa (Barrera, Cruz y Martínez, 2015)

- **Comunicación cerrada:** es una comunicación donde la evitación y las ofensas mantienen mayor utilización, por ende, es empleada en situaciones ocasionales en familias funcionales, pero es utilizada frecuentemente en las familias disfuncionales, lo cual quiere decir que exista una dependencia entre sus miembros, es decir, se limita el deseo de superación y realización personal incluyendo proyecto de vida de cada uno de los miembros de la familia. Sin embargo, dentro de esta comunicación los procesos son

distorsionados debido que los mensajes suelen ser pocos claros, esto provocando que las relaciones familiares sean demasiados abiertas, evitativas, ofensivas e individualistas (Herrera, 1997).

- **Comunicación ofensiva:** este estilo de comunicación se utiliza un conjunto de vocabulario ofensivo e hiriente sumando a la escasez de interacción y atención de los padres hacia los hijos, de igual manera en este tipo de comunicación se da uso al castigo físico y donde el lenguaje verbal es ofensivo, lo cual quiere decir que se percibe un ambiente hostil, de poca percepción de apoyo y baja afectividad (Muchcco, 2012).

Por otro lado, las consecuencias a esta comunicación, es que se desarrolle en los hijos o entre los mismos miembros de la familia una baja autoestima, como también problemas somáticos como la ansiedad o la depresión.

- **Comunicación evitativa:** este estilo de comunicación hace referencia al distanciamiento entre área físico y emocional por parte de los hijos hacia sus progenitores, donde los hijos muestran indiferencias, actitud de rechazo y conducta evasivas constantemente ante los temas de gran interés e importancia dentro del ciclo familiar, percibiendo ellos una falta de comprensión y confianza con los padres (Muchcco, 2012).

3.2.6. Importancia de la comunicación familiar

Comunicación es un elemento de vital importancia debido a que las relaciones familiares se caracterizan por el intercambio de pensamientos, emociones y sentimientos entre cada integrante del núcleo familiar, y esto son exteriorizadas a través de acciones y de un lenguaje verbal o no verbal. Así mismo, una buena comunicación en la vida familiar genera grandes beneficios que logran una estabilidad para el desarrollo de cada miembro familiar. Por ello es necesario que los padres empleen y den ejemplo de un diálogo saludable para llevar una convivencia diaria, y

donde todos pueden cumplir roles, tareas y obligaciones dentro del hogar. De la misma manera la comunicación con los hijos asegura que exista respeto mutuo y un fortalecimiento en valores permitiendo esto hacia la unidad familiar (Pérez, Gómez y Martín 2014).

Por otro lado, Tapia (2017), refuerza y mantiene su postura respecto a la importancia, refiriendo que, para mantener una buena relación respecto a la comunicación en la familia es necesario que se cumpla algunos criterios, dentro de ellos está: la demostración de cohesión, rituales presentes, contacto rutinario, discusiones de aspectos privados, apertura sobre el problema, gentileza, dominancia, disciplina y expresión de afecto. Estos ciertos criterios permiten que la familia vaya más allá, es decir que la comunicación en las familias establezca independencia y compromiso, esto a la vez formando lazos de fidelidad y lealtad, transmitiendo cada miembro de la familia una identidad de historia y un futuro.

En conclusión, el hogar familiar es la primera escuela donde se aprenden a cómo comunicarse y en la forma como se comuniquen entre los integrantes de la familia, pues esto determinará la relación con el medio social o sea la comunicación con los demás. De la misma manera últimas investigaciones sobre la psicología comprueban que mientras los adolescentes o niños perciban una dinámica familiar saludable y una comunicación asertiva, podría ser empleado como un factor protector ante las conductas de riesgo (Valencia, 2014).

3.3. Marco conceptual referente a la población de estudio.

3.3.1. *Adolescencia*

La Organización Mundial de la Salud OMS (2016) define la Adolescencia como la etapa de vida del ser humano donde su capacidad reproductiva es óptima, dejando de ser un niño para empezar a ser un adulto; esto se da inicio a partir de los 10 años y culmina a los 19 años aproximadamente. En este lapso surgen cambios específicamente en el cuerpo (estimulación y

funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cognitivos, conductuales y psicosociales, pues todo esto conlleva a formar una autonomía, la identidad, teniendo una independencia con el paso del tiempo.

El Ministerio de Salud MINSA (2005) refiere que el adolescente es aquella población entre 12 a 17 años 11 meses y 29 días, que cuentan con los derechos del niño, el código del niño y del adolescente vigente en el Perú, la población se divide en dos subgrupos: adolescentes de primera fase entre los 12 y 14 años 11 meses y 29 días y los de segunda fase entre los 15 a 17 años 11 meses y 29 días. En esta etapa se asumen nuevos retos como las responsabilidades, el ser más independiente, defiende sus ideas y creencias, ganando experiencias en las prácticas de valores y habilidades que fueron aprendidos en la infancia, buscan una identidad o un rol en la sociedad a la cual pertenecer, labrando así su futuro.

De la misma manera Camacho & Camacho (2005) mencionan, que la adolescencia es una etapa del desarrollo donde se ejecuta los cambios más importantes, tanto como en físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Estos cambios permiten que los adolescentes puedan potenciar sus habilidades sociales (asertividad, autoestima, comunicación, toma de decisiones) permitiendo una autonomía, sin embargo, por su inexperiencia puede adoptar algunas conductas de riesgo como por ejemplo el consumo de bebidas alcohólicas, consumo de cigarrillo, cuando no han logrado un desarrollo de sus habilidades sociales.

Krauskopf (2002) La adolescencia es un ciclo que se considera “de riesgo” dadas las numerosas crisis y conflictos que derivan en angustia y sufrimiento, por este motivo los adolescentes están propensos a actuar de forma riesgosa si los factores de riesgo predominan ante los factores protectores.

3.3.2. Etapas de la Adolescencia según Craig, (1999) y Papalia et. al., (2001)

a) Adolescencia temprana

Inicia en la pubertad (edades de 10 y 12 años), los primeros cambios son lo físico, y reflejando un pensamiento abstracto, el adolescente inicia un proceso de autonomía, permitiendo interacción con su medio buscando la aprobación social. Por otro lado, se encuentra la familia, que juega un factor importante, ya que en la adolescencia puede atravesar por cambios bruscos emocionales como llanto y ansiedad, provocados por cambios en su medio: escuela, maestros, compañeros, sistema educativo y nuevas responsabilidades que intervienen en la conducta, ocasionando un distanciamiento con su entorno.

b) Adolescencia intermedia

Tiempo de inicio entre los 14 y 15 años. Aquí los adolescentes entran en la etapa de adaptación y aceptación de sí mismo, está más acentuado por el conocimiento en cuanto a sus habilidades y capacidades. Por su parte la participación con sus pares empieza hacerse primordial lo que le brinda seguridad y satisfacciones al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, empieza por dejar de lado la admiración al rol paterno.

c) Adolescencia tardía

Se da inicio entre los 17 y 19 años. En esta etapa el crecimiento físico se torna más lento, para que su cuerpo empiece a tener una armonía corporal, mientras eso sucede, el adolescente va ganando más confianza, saliendo de su crisis de identidad, teniendo más control de sí mismo, seguridad en sus emociones. El ser independiente de los padres le permite ver las responsabilidades que tiene que asumir con un grado de ansiedad manejable.

3.3.3. Cambios durante la adolescencia según Craig, 1999 y Papalia et. al., 2001

a) Desarrollo físico. - El desarrollo físico no es igual para todos individuos en algunos casos,

este cambio se inicia de manera temprana o tardía. Los adolescentes que muestran una maduración prematura tienden mayor seguridad en la toma de decisiones, son más independientes de los padres y manifiestan mejores relaciones con su ambiente social; sin embargo, quienes maduran tardíamente, desarrollan un pobre autoconcepto de sí mismos, llegando a tener sentimientos de rechazo, dependencia hacia los padres y rebeldía.

b) Desarrollo psicológico. - Surge la aparición del pensamiento abstracto, que interactúan directamente con la percepción de sí mismo, volviéndose más reflexivo, analítico, autocrítico; permitiendo la adquisición de construir sistemas y teorías, además de estar interesado por los problemas de menor relevancia.

c) Desarrollo emocional. - El adolescente está en búsqueda de su identidad por el cual experimentara dificultades de todo tipo, sobre todo emocionales. Conforme va buscando su rol en la sociedad, los adolescentes se vuelven capaces de ver los conflictos que abarca ser un adulto. Mientras va construyendo su identidad, a través de la solución de sus conflictos influyendo por diversos factores que incluyen expectativas sociales, la imagen personal y el afrontamiento al estrés.

d) Desarrollo social. - La sociedad viene a ser un factor de gran influencia ya que el adolescente adquiere actitudes, normas y comportamientos, logrando la socialización, (Brukner, 1975). Rice (2000) menciona seis necesidades importantes: Necesidad de formar relaciones afectivas significativas y satisfactorias; de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas; de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos; de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito y por último de encontrar un rol

sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo.

4. Definición de términos.

- Conducta de riesgo: Se define como las actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura. El adolescente sin experiencia, ésta de forma muy limitada, se compromete en conductas destructivas, sin conocer los riesgos a corto y largo plazo. (Cedro, 2013)
- Conductas sexuales de riesgo: Es la exposición del adolescente a una situación que puede ser nocivos para su salud y comprometer a otra persona, incluye: inicio temprano de las relaciones sexuales, más de una pareja sexual (promiscuidad), cambio frecuente de pareja y no utilizar métodos de protección (Mamani y Silva, 2012)

5. Hipótesis de la investigación

5.1 Hipótesis general

- Existe relación significativa entre conducta sexual de riesgo y comunicación familiar en los adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.

5.2 Hipótesis Específicas.

- Existe relación significativa entre iniciación sexual temprano y comunicación familiar en los adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.
- Existe relación significativa entre cantidad de parejas sexuales y comunicación familiar en los adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.

- Existe relación significativa entre sustancias psicoactiva y comunicación familiar en los adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.
- Existe relación significativa entre el uso de métodos de protección y comunicación familiar en los adolescentes de 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación

El diseño de la investigación es no experimental ya que no se manipularon las variables de estudio. Es de corte transversal, porque se recolectó la información en un determinado momento; y de tipo correlacional, debido a que se busca encontrar la relación entre la conducta sexual de riesgo y comunicación familiar (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

2. Variables de la investigación

A continuación, se mostrará la identificación de las variables de estudios, así como sus definiciones conceptuales.

2.1. Definición conceptual de las variables

2.1.1. *Conducta sexual de riesgo.*

Las conductas sexuales de riesgo es la exposición de una persona a situaciones que puede ocasionar daños a su salud, que en ocasiones involucra a otra persona. Las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados constituyen los dos principales problemas asociados con la conducta sexual de riesgo (Valle et al. 2011).

2.1.2. *Comunicación familiar.*

La comunicación familiar como las habilidades de comunicación positivas, es considerada

como una dimensión que facilita el funcionamiento familiar, esto dando como resultado, niveles más adecuados de cohesión y adaptabilidad. De la misma manera refiere que la comunicación es un proceso de constante intercambio de información, ideas y emociones, entre el grupo familiar (Olson, 1979).

2.2. Operacionalización de las variables

A continuación, se presenta las la Operacionalización variable.

2.2.1. Conducta sexual de riesgo

Tabla 2

Matriz de la operacionalización del cuestionario conducta sexual de riesgo

Variable	Ítems	Instrumento	Categoría de respuesta
Conducta sexual de riesgo	1. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez?	Cuestionario conducta sexual de riesgo	Respuesta dicotómica
	2. ¿Qué edad tenía cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?		
	3. ¿En esa primera relación sexual, usted o su pareja usó condón?		
	4. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en tu vida?		
	5. ¿Has tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses?		
	6. Por lo general, cuando tienes relaciones sexuales, ¿tú o tu pareja usan condón?		
	7. La última vez que tuvieron relaciones sexuales con penetración, ¿tú o tu pareja usaron condón?		
	8. Si no has usado condón ¿cuál fue la razón?		
	9. ¿Tomaste alcohol la última vez que tuviste relaciones sexuales?		
	10. ¿Consumiste alguna droga la última vez que tuviste relaciones sexuales coitales?		
	11. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales estando bajo el efecto de alguna de las siguientes sustancias?		
	12. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales con una persona que conociste ese día (en una fiesta, discoteca, chat, etc.)?		
	13. ¿Has tenido relaciones sexuales con amigos(as)? (en alguna fiesta, reunión, etc.)		
	14. ¿En los últimos 12 meses qué acciones ha hecho usted para evitar Enfermedades de Transmisión Sexual?		
	15. ¿Has tenido relaciones sexuales en grupo?		
	16. ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido alguna Infección de Trasmisión Sexual como gonorrea,		

Variable	Ítems	Instrumento	Categoría de respuesta
	<p>sífilis, condilomas (verrugas genitales), herpes genital, etc.?</p> <p>17. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con una persona, a la que tuvo que pagar por ello?</p> <p>18. Marque qué tipos de relaciones sexuales ha practicado.</p>		

2.2.2. Escala de comunicación Padres – Adolescentes (PAC)

Tabla 3

Matriz de la operacionalización de la escala de comunicación padres- adolescentes (PAC)

Variable	Dimensión	Ítems	Instrumento	categoría de respuesta
Comunicación familiar	Apertura en la comunicación	<p>1. Puedo discutir mis creencias con mi madre sin sentirme cohibida o incomoda.</p> <p>3. Mi madre siempre me escucha.</p> <p>6. Mi madre puede saber cómo me estoy sintiendo sin preguntármelo.</p> <p>7. Estoy muy satisfecha con la forma como hablamos mi madre y yo.</p> <p>8. Si yo estuviera en dificultades, podría decírselo a mi madre.</p> <p>9. Yo le demuestro afecto a mi madre abiertamente.</p> <p>13. Cuando hago preguntas, recibo respuestas francas de mi madre.</p> <p>14. Mi madre trata de comprender mi punto de vista.</p> <p>16. Encuentro fácil discutir problemas con mi madre.</p> <p>17. Es muy fácil para mí expresarle todos mis verdaderos sentimientos a mi madre.</p> <p>2. A veces tengo dificultad para creerle a mi madre todo lo que me dice.</p> <p>4. A veces temo pedirle a mi madre lo que deseo.</p>	<p>Escala de comunicación padres-adolescentes (PAC)</p>	<p>Tipo escala Likert: 1= Nunca 2= Pocas veces 3= Algunas veces 4= Muchas veces 5= Siempre</p>

Problemas en la comunicación

5. Mi madre tiende a decirme cosas que sería mejor no dijera.
10. Cuando tenemos un disgusto con mi madre, con frecuencia opto por no hablarle.
11. Soy muy cuidadosa acerca de lo que le digo a mi madre.
12. Cuando hablo con mi madre tengo la tendencia a decir cosas que sería mejor que no dijera.
15. Hay temas que evito discutir con mi madre.
18. Mi madre me incomoda o me hace poner de mal genio.
19. Mi madre me ofende cuando esta brava conmigo.
20. No creo que pueda decirle a mi madre como me siento acerca de algunas cosas

3. Delimitación geográfica y temporal

La investigación se realizó en una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos. El tiempo estimado para la investigación fue desde el mes de abril de 2018 hasta el mes de abril del 2019.

4. Participantes

4.1. Características de la muestra

La muestra está compuesta de 234 estudiantes, se encontró un 59.8% en el sexo masculino y un 40.2% en el sexo femenino, cuyas edades oscilan entre los 13 y 19 años de ambos sexos, los alumnos que participaron fueron de 3ro (9,4%) 4to (29,5%) y 5to (61,1%) año del nivel secundario de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos, a su vez dentro de las preguntas sociodemográfico los alumnos manifestaron que el 59,4% viven con sus padres, el 21,4% solo uno de ellos, el 17,1% con familias y un 2,1% viven con amigos. Para la elección de los participantes se utilizará un muestreo probalístico.

4.2. Criterios de inclusión.

- Estudiantes adolescentes de una I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.

- Adolescentes cuyas edades oscilan entre los 13 y 19 años.
- Adolescentes que estén en 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario.
- Adolescentes que no presenten signos de alteración mental.
- Adolescentes dispuestos a completar ambos cuestionarios.

4.3. Criterios de exclusión.

- No se aceptarán estudiantes menores de 13 años ni mayores de 19.
- Participantes que no hayan completado el llenado de la prueba
- Adolescentes que presenten signos de alteración mental.

5. Instrumentos.

5.1 Cuestionario de conducta sexual de riesgo.

Para la medición de los niveles de conducta sexual de riesgo en adolescentes, se elaboró un cuestionario por Apaza (2018) en Lima. Este cuestionario de conducta sexual de riesgo, puede administrarse de manera individual o colectiva, consta de 18 ítems con opciones de respuesta dicotómicas. Dicho cuestionario contiene 4 ítems orientadas en la iniciación sexual temprana en los estudiantes adolescentes, y 5 ítems encaminadas en la cantidad de parejas sexuales, como también 3 ítems están relaciones con el consumo de sustancias psicoactivas durante la conducta sexual de riesgo, a su vez esta 4 ítems relacionadas con el método de protección y por ultimo 2 ítems en conocimiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

5.2. Escala de comunicación Padres - Adolescentes (PAC)

Esta escala fue elaborada originalmente por Barnes y Olson (1985) para evaluar la comunicación en el sistema familiar. Posteriormente adaptada por Bueno, Tomas y Araujo (1998) para adolescentes escolarizados de Lima. La escala de comunicación padres-adolescentes, puede administrarse de manera individual o colectiva, con un tiempo aproximando de 15

minutos. Presenta dos dimensiones; apertura en la comunicación y problemas en la comunicación. Esta escala presenta dos formatos: formato para el adolescente, con respecto a la madre y formato para el adolescente, con respecto al padre. Cada uno de los formatos está compuesto por 20 ítems, divididos en cada subescala compuesta de 10 ítems cada uno tasado en la escala de Likert de cinco puntos va desde uno (Nunca, Pocas veces, Algunas veces, Muchas veces, Siempre).

Del mismo modo para su calificación de la puntuación de la escala total, es la suma de los puntajes obtenidos. Para la puntuación de la subescala de problemas de la comunicación, se invierten los ítems que corresponden a dicha escala (2, 4, 5, 10, 11, 12, 15, 18, 19 y 20) y luego se suma los puntajes. La puntuación de la subescala de apertura de la comunicación, se obtiene mediante la suma directa de sus ítems (1, 3, 6, 7, 8, 13, 14, 16 y 17). Luego para la obtención de la puntuación total se suman las dos subescalas.

Para la validación en el Perú, participaron 255 estudiantes (162 mujeres) de dos universidades de Lima. Se realizó un análisis factorial confirmatorio con el objetivo de evaluar la viabilidad de las estructuras bifactorial y trifactorial de la escala. El análisis factorial exploratorio apoyó la estructura de los dos factores inicialmente propuestos para esta escala (apertura de comunicación y problemas de comunicación). Tanto en la versión de comunicación con el padre como en la de comunicación con la madre se obtuvieron altos valores de alfa de Cronbach (entre .80 y .90). El modelo estructural construido presentó también adecuados índices de ajuste. Con ello se confirma la confiabilidad y la validez de este instrumento en la muestra investigada.

6. Proceso de recolección de datos.

Para efectos de la presente investigación, se procedió a la aplicación de los instrumentos en una población de 234 en la ciudad de Iquitos; por la cual, antes de iniciar se les explicó el

propósito del consentimiento informado y la aplicación de los instrumentos fue de aproximadamente 30 minutos y de forma grupal. Dentro de las preguntas sociodemográficos se tomó en cuenta, el sexo, la edad, con quienes vivían y el grado de instrucción, asimismo, se tabulo los resultados para ser sometidos al tratamiento estadístico.

7. Procesamiento y análisis de datos.

Una vez obtenido los datos, este se ingresó a una base de datos utilizando el SSPS. Por consiguiente, para establecer la asociación entre las variables entre las conductas sexuales de riesgo y la comunicación familiar se utilizó por el estadístico conveniencia Chi-cuadrada. También para el procesamiento de datos se realizaron las tablas de frecuencias obteniendo así un análisis descriptivo.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1 Análisis descriptivo

1.1.1 Análisis descriptivo del nivel de comunicación con los padres

En la tabla 4 se aprecia que menos de la cuarta parte de los adolescentes evaluados presentan un buen nivel comunicación con su padre (23.9%) y su madre (23.9%). Mientras que la mitad de los adolescentes perciben que la comunicación con sus padres es regular. También se aprecia que un grupo importante no mantiene una adecuada comunicación con su padre (26.1%) y su madre (25.6%).

Tabla 4

Nivel de comunicación con los padres

	Con el padre		Con la madre	
	n	%	n	%
Deficiente	61	26.1%	60	25.6%
Regular	117	50%	118	50.4%
Bueno	56	23.9%	56	23.9%

1.1.2 Nivel de comunicación con los padres según datos sociodemográficos

1.1.2.1 Nivel de comunicación con los padres según sexo

Se observa en la tabla 5 que el 22.9% de los varones tienen una buena comunicación con el padre a diferencia que, con la madre, donde solo el 18.6% presentan una buena comunicación. Respecto a las mujeres solo el 25.5% mantiene una buena comunicación con el padre, en cambio

con la madre, el 31.9% perciben que mantienen una buena comunicación con ellas.

Tabla 5

Nivel de comunicación con los padres según sexo del adolescente

	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
Padre				
Deficiente	32	22.9%	29	30.9%
Regular	76	54.3%	41	43.6%
Bueno	32	22.9%	24	25.5%
Madre				
Deficiente	40	28.6%	20	21.3%
Regular	74	52.9%	44	46.8%
Bueno	26	18.6%	30	31.9%

1.1.2.2. Nivel de comunicación con los padres según edad

En la tabla 6 se estima que la mayoría de los adolescentes de 13 a 16 años mantienen una comunicación regular con sus padres y en el caso de los adolescentes de 17 a 19 años llama la atención que el 28.7% perciben que la comunicación con sus padres es deficiente. Respecto a la madre, el 29.5% de los adolescentes de 13 a 16 años mantienen una comunicación deficiente con ellas. En los adolescentes de 17 a 19 años la mayoría mantiene una comunicación regular con sus madres.

Tabla 6

Estilos de crianza percibidos según edad del estudiante

	13 a 16 años		17 a 19 años	
	N	%	n	%
Padre				
Deficiente	24	22.9%	37	28.7%
Regular	57	54.3%	60	46.5%
Bueno	24	22.9%	32	24.8%
Madre				
Deficiente	31	29.5%	29	22.5%
Regular	51	48.6%	67	51.9%
Bueno	23	21.9%	33	25.6%

1.1.3 Análisis descriptivo de la conducta sexual de riesgo

Se aprecia en la tabla 7 que el 60.3% de los adolescentes evaluados tuvo su primera relación

sexual entre los 13 a 15 años de edad. Además, se observa que el 21.4% tuvo su primera relación sexual entre las edades de 16 a 18 años y el 18.4% tuvo su primera relación sexual entre los 10 a 12 años.

Tabla 7

Edad de inicio sexual de los adolescentes

	N	%
10 a 12 años	43	18.4%
13 a 15 años	141	60.3%
16 a 18 años	50	21.4%

En la tabla 8 se observa que solo el 30.8% de los adolescentes ha tenido una pareja sexual en toda su vida, mientras que el 43.6% ha tenido entre 2 a 4 parejas sexuales. También se aprecia que en los últimos seis meses si bien la mayoría solo ha tenido una pareja sexual (70.5%), el 24.4% ha tenido entre 2 a 4 parejas sexuales.

Tabla 8

Cantidad de parejas sexuales

	Parejas sexuales en toda su vida		Parejas sexuales en los últimos 6 meses	
	n	%	n	%
1 pareja sexual	72	30.8%	165	70.5%
2 a 4 parejas sexuales	102	43.6%	57	24.4%
Más de 6 parejas sexuales	60	25.6%	12	5.1%

La tabla 9 muestra que menos de la mitad de los adolescentes utilizaron preservativo (43.2%) como método de protección. Además, se aprecia que el 69.2% ha mantenido relaciones sexuales en los últimos seis meses y la mayoría no utilizó preservativos en su última relación sexual (54.3%). También se observa que el 15.8% bebió alcohol y el 6% consumió alguna droga en la última vez que tuvieron relaciones sexuales. Se observa además que el 40.6% tuvo relaciones sexuales que conoció en ese día, el 34.2% tuvo relaciones sexuales con amigos en alguna fiesta y el 14.4% ha tenido relaciones sexuales en grupo. Finalmente se aprecia que el 21.4% de los adolescentes señala que ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual en los últimos seis

meses.

Tabla 9

Conductas sexuales de riesgo

	No		Si	
	n	%	n	%
¿En esa primera relación sexual, usted o su pareja usó condón?	1	56	10	43.
	31	%	1	2%
¿Has tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses?	7	30.	16	69.
	2	8%	2	2%
La última vez que tuvieron relaciones sexuales con penetración, ¿tú o tu pareja usaron condón?	1	54.	10	45.
	27	3%	7	7%
¿Tomaste alcohol la última vez que tuviste relaciones sexuales?	1	84.	37	15.
	97	2%		8%
¿Consumiste alguna droga la última vez que tuviste relaciones sexuales coitales?	2	94	14	6
	20	%		%
¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales con una persona que conociste ese día (en una fiesta, discoteca, chat, etc.)?	1	59.	95	40.
	39	4%		6%
¿Estuviste bajo los efectos del alcohol cuando tuviste relaciones sexuales con alguien que recién conociste?	1	85	35	15
	99	%		%
¿Has tenido relaciones sexuales con amigos(as)? (en alguna fiesta, reunión, etc.)	1	65.	80	34.
	54	8%		2%
¿Has tenido relaciones sexuales en grupo?	2	85.	33	14.
	01	9%		1%
¿Durante los últimos 12 meses ha tenido alguna Infección de Trasmisión Sexual?	1	78.	50	21.
	84	6%		4%
¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con una persona, a la que tuvo que pagar por ello?	1	84.	37	15.
	97	2%		8%
¿Estuviste bajo los efectos del alcohol o alguna droga cuando tuviste relaciones sexuales con una persona a la que pagaste por ello?	2	96.	9	3.8
	25	2%		%

Se aprecia en la tabla 10 que solo el 24.4% de los adolescentes evaluados tuvo relaciones sexuales bajo los efectos de alguna droga, como licor (17.9%), cocaína (1.7%), marihuana (1.3%), PBC (0.9%), Heroína (0.9%) y otras drogas (0.9%).

Tabla 10*Relaciones sexuales estando bajo el efecto de alguna de las siguientes sustancias*

	No		Si	
	n	%	n	%
Nunca he tenido relaciones sexuales bajo los efectos de alguna droga	5	24.4	1	75.6
Licor, Alcohol	7	%	77	%
Cocaína	1	82.1	4	17.9
Marihuana	2	98.3	4	1.7
PBC (Pasta Básica de Cocaína)	30	%	2	%
Tranquilizantes/ Pastillas para los nervios	2	98.7	3	1.3
Éxtasis, LSD	31	%	2	0.9
Heroína	2	99.1	2	0.9
Terokal	32	%	2	%
Otros	2	99.1	2	0.9
	32	%	2	%

1.2 Asociación entre las variables

Se aprecia en la tabla 11 que no existe asociación significativa entre el nivel de comunicación con el padre y las conductas sexuales de riesgo. En cambio, se aprecia que el nivel de comunicación con la madre se asocia significativamente con la edad de inicio sexual ($X^2=2.303$; $p<.05$), con la cantidad de parejas sexuales ($X^2=8.758$; $p<.01$) y uso de preservativo ($X^2=3.803$; $p<.05$) como medida de protección.

Tabla 11*Asociación entre comunicación con los padres y las conductas sexuales de riesgo*

	Comunicación con el padre			Comunicación con la madre		
	X^2	gl	P	X^2	gl	p
Edad de inicio sexual	2.303	4	.680	9.744	4	.045
Cantidad de parejas sexuales	8.758	4	.067	13.918	4	.008
Consumo de drogas	1.310	2	.520	4.916	2	.086
Uso de preservativo	3.803	4	.433	11.106	4	.025

Se aprecia en la figura 1 que los adolescentes que iniciaron sexualmente entre 16 a 18 años a su vez tienen una buena comunicación con la madre. También se aprecia que un nivel de comunicación regular y deficiente se asocia con una edad de inicio sexual más temprano.

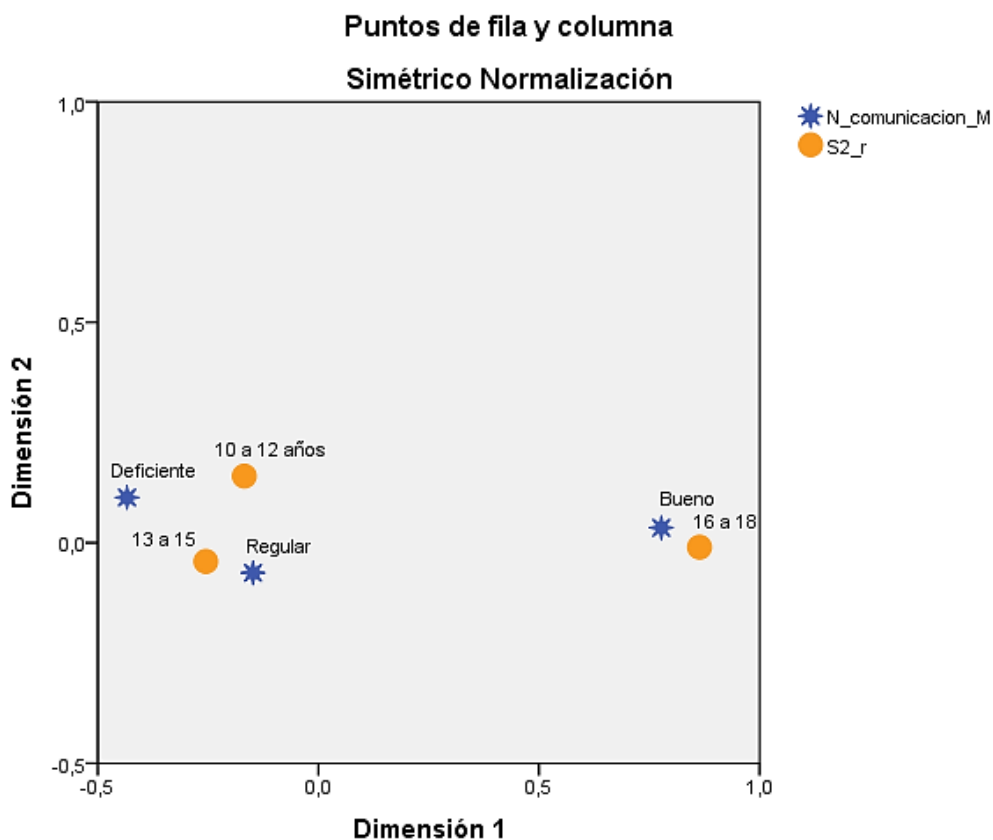


Figura 1. Asociación entre edad de inicio sexual y comunicación con la madre

Se aprecia en la figura 2 que una deficiente comunicación con la madre se asocia a un mayor número de parejas sexuales por parte de los adolescentes (2 a 5 parejas sexuales) y una buena comunicación se asocia a tener una sola pareja sexual.

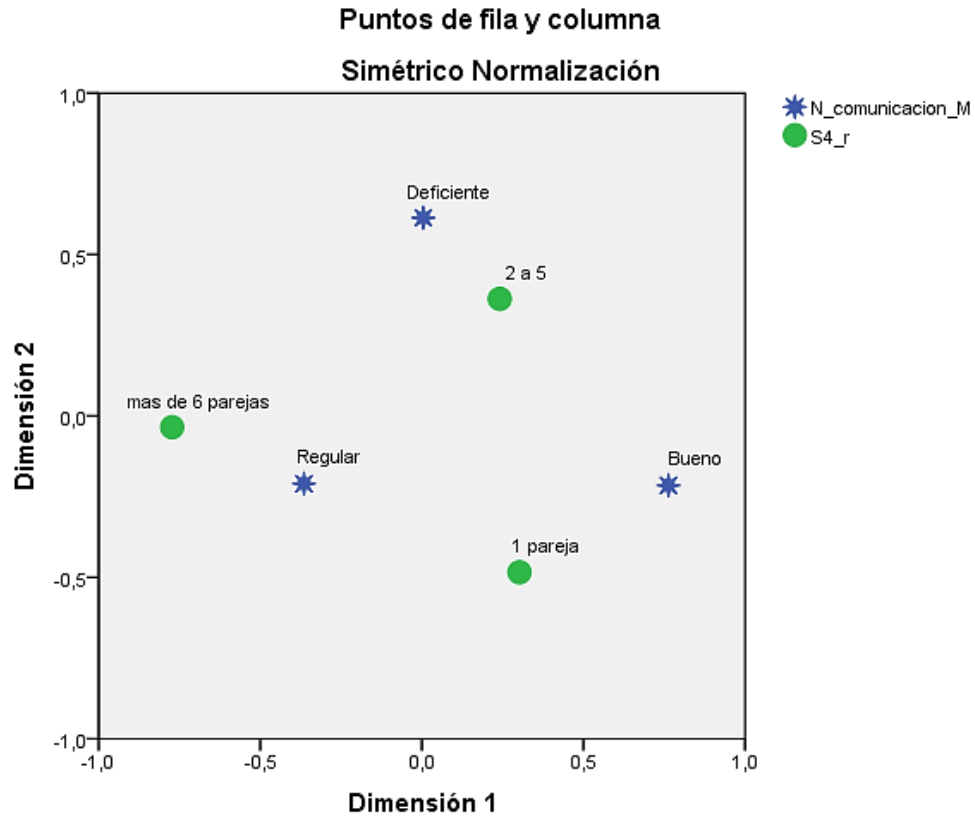


Figura 2. Asociación entre número de parejas sexuales y comunicación con la madre

Se aprecia en la figura 3 que el uso ocasional del preservativo por parte del adolescente se asocia a una comunicación regular con la madre y los adolescentes que mantienen una comunicación deficiente con la madre a su vez nunca utilizan preservativo.

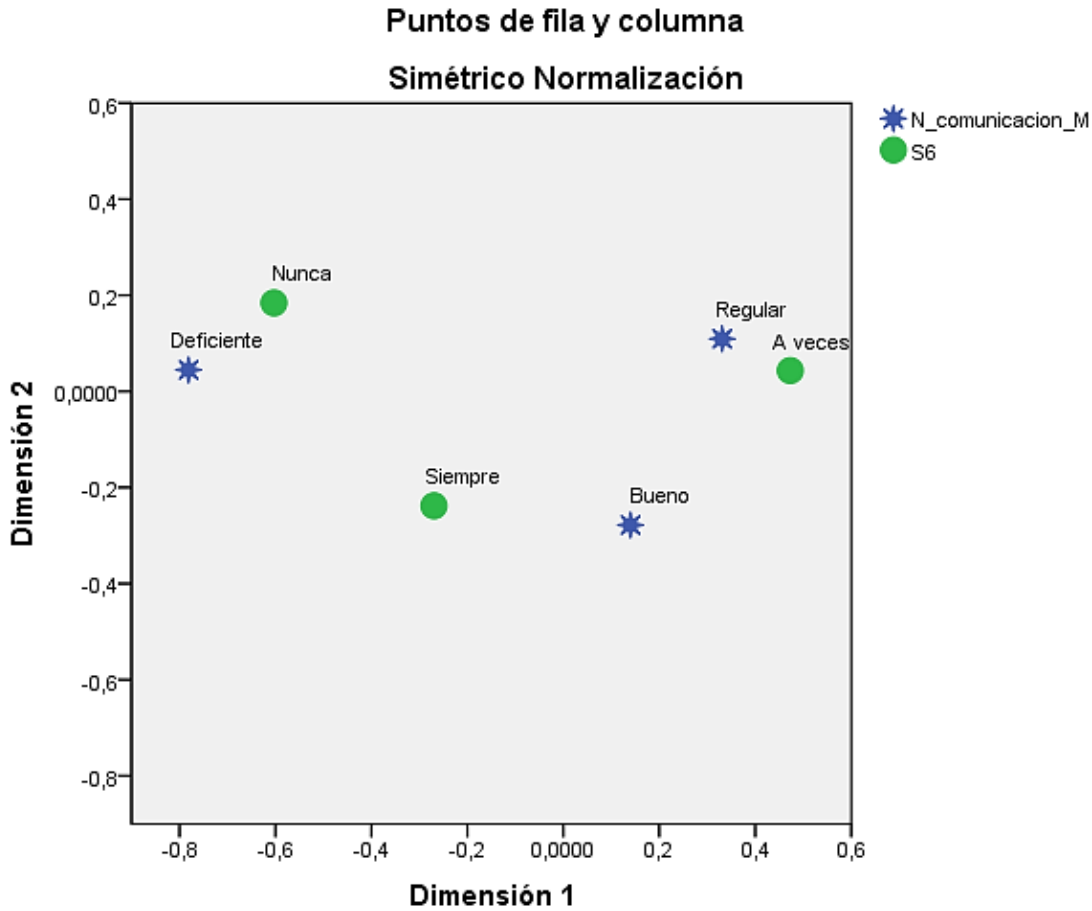


Figura 3. Asociación entre uso de preservativo y comunicación con la madre

2. Discusión

En los últimos años la conducta sexual de riesgo se ha incrementado de manera notable en la amazonía peruana, debido a que los adolescentes dan inicio a su actividad sexual a temprana edad, en consecuencia de una comunicación escasa con los padres, así mismo, Montoya, Castaño y Moreno (2016) hacen referencia que los niños y jóvenes de hoy están creciendo con la ausencia física del padre, pues la realidad evidencia que el padre actual manifiesta otro tipo de acompañamiento y crianza, esto se debe a que el padre está priorizando la economía del hogar, sus aspiraciones personales en el trabajo, entre otras cosas, de este modo el vínculo afectivo

padre e hijo es deficiente. En la investigación, se pudo observar que, en nuestra muestra, la composición familiar es más que estructurada (59,4%) y monoparental (40,6%).

En relación a ello, el objetivo del estudio fue determinar si existe relación significativa entre la conducta sexual de riesgo y la comunicación de los padres con los hijos. Para lo cual se evaluó por separado la comunicación de los padres, una evaluación separada, que permite una mejor comprensión de la comunicación. Ya que según Urías (2015) menciona que la comunicación juega un rol muy importante del núcleo familiar, siendo así, la comunicación categorizada como abierta, ofensiva o evitativa, existiendo así una diferenciación en la toma de estilos de crianza entre el padre y la madre.

En este sentido, los resultados encontrados muestran asociación entre la comunicación con la madre y conducta sexual de riesgo, es decir, que cuanto mayor sea la comunicación con la figura materna menor será el inicio de conductas sexuales en los adolescentes. El resultado coincide con lo expuesto por Cisneros y Palacios (2018) en su investigación hallaron que independientemente el tipo de comunicación que el adolescente tenga con el padre no influye de manera significativa en las conductas sexuales de riesgo, Sin embargo, en cuanto a la comunicación de los adolescentes con su madre se evidencia que tienen mayor probabilidad de tener una conducta sexual de riesgo: iniciar precozmente sus relaciones coitales, más de una pareja sexual, cambio frecuente de parejas, relaciones fugaces y prácticas de sexo “oro – genital/genito – anal sin protección”. Por su parte Uribe, Castellanos y Cabán (2016) manifiestan que hay una tendencia de los adolescentes a conversar con mayor facilidad acerca de temas referente a la sexualidad, con la figura materna. Del mismo modo, Almanza y Ccencho (2014) en su investigación tuvo como resultado que los adolescentes tienen mejor apertura con la madre que con el padre, así mismo, se muestran en los datos que los adolescentes del sexo masculino y

femenino muestran mayor confianza en la comunicación con la madre que con el padre. Concordado también con Granda (2015) que indica que los adolescentes tienen una comunicación abierta con la madre a diferencia del padre. Por lo tanto, la comunicación con la madre es significativa para el adolescente, debido a que pospone el inicio de las conductas sexuales de riesgo. Por otro lado, no se evidencia asociación significativa entre comunicación con el padre y conducta sexual de riesgo, que incluye, inicio temprano de las relaciones sexuales, no usar métodos de protección, múltiples parejas y el uso de sustancias psicoactivas. Estos resultados coinciden con Schonfled, McReey y Eisenberg (2013) que deducen en su estudio que existe diversas causas que pueden influir entre la comunicación entre padres e hijos, uno de ellos es el género, denotando la figura materna con mayor seguridad, confianza y responsabilidad a la hora de hablar de sexualidad, respondiendo así las dudas que tienen los adolescentes a diferencia del padre que se muestra más rígido. Teniendo, así como resultado que la comunicación con el padre no influye de manera significativa en las conductas sexuales de riesgo.

Respecto a la comunicación con la madre y la edad de inicio sexual se encontró que existe una relación significativa ($X^2=2.303$; $p<.05$), donde los adolescentes que tienen una mejor comunicación con su madre su inicio sexual es a mayor edad (16 a 18 años) mientras que los adolescentes que tienen dificultades en la comunicación con su madre su inicio sexual es a menor edad (10 a 12 años). Mientras exista una buena comunicación con la madre, la edad de inicio sexual será a mayor edad. Correlacionado al estudio Uribe et al (2013) manifiesta que existe diversos estudios en los cuales afirma que la conducta sexual aumenta cada vez más, se reportan el gran incremento de la iniciación sexual temprana, permitiendo que los adolescentes den un inicio precoz en la formación de hogares. Acotando a esto Salazar et al (2007) hace una referencia que, en las zonas rurales del Perú, los adolescentes dan inicio a temprana edad su

actividad sexual ya que, se presenta una escasa comunicación respecto a la educación sexual y al cuidado de su cuerpo del adolescente, demostrando a esto un clima familiar poco expresiva en afecto y comunicación. En este sentido, Gamarra y Iannacone (2009), concluye que diversos estudios mencionan que los adolescentes que viven en familias estructuras o completas tienen mayor probabilidad en retrasar su actividad sexual, en cambio, si solo se presencia la figura materna o paterna el inicio será aún más temprano.

Del mismo modo, se encontró una relación altamente significativa entre la cantidad de parejas sexuales y la comunicación con la madre ($\chi^2=8.758$; $p<.01$), lo cual hace referencia que, solo el 30.8% de los adolescentes ha tenido una pareja sexual en toda su vida, mientras que el 43.6% ha tenido entre 2 a 4 parejas sexuales. Así mismo, en los últimos seis meses si bien la mayoría solo ha tenido una pareja sexual (70.5%), el 24.4% ha tenido entre 2 a 4 parejas sexuales. Es decir, entre más alta sea la comunicación con la madre menor cantidad de parejas sexuales en los adolescentes. Fortaleciendo a esto Parra y Oliva (2002) manifiestan que, en estos casos, los adolescentes perciben a las madres más abiertas en comunicarse, comprensivas e interesantes al hablar de sexualidad, llevándose a iniciar una comunicación intercambiada. Por otro lado, Rafael (2016) en su investigación realizada en Perú concluye que, los adolescentes procedentes de familias con disfunción familiar tuvieron en mayor frecuencia de dos a más parejas sexuales en comparación a adolescentes de familias funcionales, es decir aquellos adolescentes que tenían de dos a más parejas estaban predispuestos a contraer una enfermedad de transmisión sexual. Por otra parte, Arias et al., (2011) menciona que los hombres son los que tienen mayor frecuencia a presentar mayor número de parejas, las cuales en su mayoría de veces son ocasionales, permitiendo que se presente con mayor índice en vulnerabilidad.

Respecto al resultado no existe una asociación significativa entre el consumo de sustancias

psicoactivas y la comunicación con la madre, ($X^2=4.916$; $p<.09$), es decir, que la comunicación que tiene el adolescente con la figura materna no influye en el consumo de sustancias psicoactivas. De los jóvenes encuestados que llevan a cabo prácticas orientadas al consumo riesgoso de alguna droga, siendo el licor el de más alto consumo, seguido por la cocaína, la marihuana y en bajas proporciones el PBC entre otras drogas. En otra investigación realizada por Apaza y Vega (2015) podemos encontrar que si bien no todos los jóvenes encuestados en dicho estudio, realizan prácticas orientadas a conductas peligrosas específicamente el consumo de sustancias psicoactivas, por lo tanto, se concluyó que el consumo de las bebidas alcohólicas y el uso de drogas en adolescentes no presentaron una asociación significativa en el estudio realizado.

Esto difiere con la investigación realizada por Bordalejo, Schmidt, Molina y Sartuqui (2016) mostrando en su estudio que no todos los adolescentes tienen prácticas riesgosas con respecto al consumo de alcohol, sin embargo, el 20% de su muestra, indican que la comunicación con la madre resulta significativa solo para las mujeres (hijas adolescentes). Se ha encontrado que la restricción en la comunicación se asocia a prácticas sociales vinculadas a un consumo riesgoso de alcohol. A su vez, una comunicación positiva se asocia a una menor orientación a tales prácticas.

Finalmente se encontró una asociación entre las conductas sexuales de riesgo y comunicación con la madre siendo el más común el uso del preservativo ($X^2=3.803$; $p<.05$), frente a ello, se puede deducir que entre más buena sea la comunicación con la madre, más probabilidades que los adolescentes utilice preservativos. Esto es coherente con los resultados de la presente investigación, donde menos de la mitad de los adolescentes utilizaron preservativo (43.2%) como método de protección. En el estudio de Lavielle, et. al. (2014) evaluaron las conductas sexuales de riesgo del adolescente (la iniciación de la vida sexual, múltiples parejas y la no utilización del

condón) y su relación con algunas características y el tipo de dinámica familiar (expresión del afecto y la comunicación) y la satisfacción con la familia. Siendo la comunicación y la calidez entre de padres e hijos, un rol de suma importancia, ya que influye como protectores en las conductas sexuales de riesgo del adolescente. Por otro lado, González (2016) manifiesta que realizaron investigaciones relacionadas con la comunicación y la sexualidad, lo cual concluyeron que, las conversaciones que se daban entre padres e hijos se centran en abordajes basados en el miedo referente a los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, pero dentro de ello poco se relacionan en establecer comunicación sobre experiencias sexuales, englobando a esto los adolescentes se relacionan con más eficacia con la madre ya que mantienen una conversación de valores y reglas que trasmite una orientación moral para la protección y uso de preservativos en los adolescentes. Por su parte Forcada et. al (2013) alude que mientras mejor es la comunicación entre padres e hijos, mayor uso de preservativos entre los adolescentes. Así mismo, mencionan que la comunicación sexual con los padres, no es suficiente, sino que la calidad general de la comunicación podría ser la variable relevante en las conductas sexuales de riesgo.

Capítulo V

Conclusión y recomendaciones

1. Conclusiones.

Por lo mencionado anteriormente, se muestra las conclusiones halladas en base a los objetivos de la investigación.

Respecto al objetivo general si existe asociación significativa entre el nivel de comunicación con la madre y las conductas sexuales de riesgo. En cambio, se aprecia que el nivel de comunicación con el padre no se asocia significativamente con las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes del 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de la I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.

Si existe asociación significativa entre iniciación sexual temprano ($X^2=2.303$; $p<.05$) y comunicación familiar con respecto a la madre en los adolescentes del 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de la I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.

Si existe asociación significativa entre cantidad de parejas sexuales ($X^2=8.758$; $p<.01$) y comunicación familiar con respecto a la madre en los adolescentes del 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de la I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.

No existe asociación significativa entre sustancias psicoactiva y comunicación familiar con respecto a la madre en los adolescentes del 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de la I. E.

estatal de la ciudad de Iquitos.

Si existe asociación significativa entre el uso de métodos de protección ($\chi^2=3.803$; $p<.05$) el preservativo como el más común y comunicación familiar con respecto a la madre en los adolescentes del 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de la I. E. estatal de la ciudad de Iquitos.

2. Recomendaciones.

Para futuras investigaciones, se recomienda utilizar una escala que evalúe la conducta sexual de riesgo para proporcionar con mayor precisión el resultado.

Para futuros estudios, se recomienda utilizar una escala que mida la comunicación en la familia para evitar sesgo y complicaciones.

En futuras investigaciones, se recomienda hacer estudios en conducta sexual de riesgo y la comunicación hacia los padres, enfatizando la relación entre el padre y el adolescente.

Para obtener resultados más amplios, se recomienda ampliar la población ya que solo se aplicó en una población específica.

Ampliar la muestra de estudio, en zonas de riesgos ya que existen pocas investigaciones debido a la escasez de la poca intervención.

Referencias

- Alfonso, L., & Figueroa, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 21(2)193-301 Recuperado de: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2843/html>
- Almanza, R. & Ccencho, E. (2016) *Comunicación familiar y aborto en adolescentes que se atienden en el hospital regional de Zacarias Correa Valdivia de Huancavelica Enero a Octubre del 2016*. (Tesis para optar el título profesional de obstetra, universidad Nacional de Huancavelica) recuperado de: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1143/TP-UNH.OBST.00067.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ato, E. (2017). *Nivel de comunicación padres – adolescentes en las estudiantes del VI ciclo de una Institución Educativa privada, en el distrito de San Miguel* (Tesis para optar la licenciatura en psicología, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima). Recuperado de: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1531/TRAB.SUF.PROF.%20A TO%20FERNANDEZ%20ELVIRA%20GRACIELA.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Apaza, L. y Vega, E. (2018) Factores personales y sociales relacionados con el inicio de la actividad sexual en estudiantes de una institución educativa (Lima, Perú). Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/07/Original-breve_Factores-personales.pdf
- Arias, L. M., Vázquez, M., Dueñas, E., García, L., & Tejada, E. (2011). Comportamiento sexual y erotismo en estudiantes universitarios, Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 42(3), 309-318. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar. oa?id=28322503007>.

- Bahamón, M., Vianchá. M., y Tobos, A. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 31(2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21331836009.pdf>
- Bandura, A. (1995). *self-efficacy in changing societies*. Cambridge University Press. Recuperado de: file:///C:/Users/user/Downloads/Self-efficacy_and_educational_development.pdf
- Barrera, E., Cruz, C., & Martínez, N. (2015). *Factores de la comunicación familiar asociados al consumo de drogas en estudiantes universitarios de Cartagena de Indias. Miguel* (Tesis para optar la licenciatura en comunicación social, Universidad Tecnológica de Bolívar, Colombia). Recuperado de: <http://biblioteca.unitecnologica.edu.co/notas/tesis/0068244.pdf>
- Barrera, F., & Higuera, L. (2004). “Embarazo y Fecundidad Adolescente”. Fedesarrollo. Working papers series. Documentos de trabajo. 24 Colombia. Recuperado de: http://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/816/WP_2004_No_24.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Berlo, D. (1969). *El proceso de la comunicación*. Editorial. (1era ed.).El Ateneo. Buenos Aires. Recuperado de: <https://bibliopopulares.files.wordpress.com/2012/12/el-proceso-de-la-comunicacion-david-k-berlo-301-1-b-514.pdf>
- Bertalanffy, L. V. (1987). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica. Recuperado de [https://books.google.com/books?id=119&sa=X&ved=0ahUKEwjquJy7scjdAhWD11MKHSpCX4QuwUIKjAA#v=onepage&q=Bertalanffy%20L.%20V.%20\(1987\).%20Teoría%20general%20de%20los%20sistemas.%20México%3A%20Fondo%20de%20Cultura%20Económica.&f=false](https://books.google.com/books?id=119&sa=X&ved=0ahUKEwjquJy7scjdAhWD11MKHSpCX4QuwUIKjAA#v=onepage&q=Bertalanffy%20L.%20V.%20(1987).%20Teoría%20general%20de%20los%20sistemas.%20México%3A%20Fondo%20de%20Cultura%20Económica.&f=false)
- Birdwhistell, R. L. (1959). «Schizophrenia». *Contribution of Linguistic-Kinesic Studies for the Understanding of Schizophrenia*. In A. Auerback (Ronald Press): 99-123. Recuperado de:

[https://books.google.com.pe/books?id=PJ6qLAYpW98C&pg=PA175&lpg=PA175&dq=Birdwhistell,+R.+L.+\(1959\).+%C2%ABSchizophrenia%C2%BB.+Contribution+of+LinguisticKinetic+Studies+for+the+Understanding+of+Schizophrenia.+In+A.+Auerback+\(Ronald+Press\):+99123](https://books.google.com.pe/books?id=PJ6qLAYpW98C&pg=PA175&lpg=PA175&dq=Birdwhistell,+R.+L.+(1959).+%C2%ABSchizophrenia%C2%BB.+Contribution+of+LinguisticKinetic+Studies+for+the+Understanding+of+Schizophrenia.+In+A.+Auerback+(Ronald+Press):+99123)

Bordalejo, M., Schmidt, V., Molina, M. y Sartuqui, A. (2016). Comunicación con los padres y su relación con el consumo de alcohol en la adolescencia. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-044/261.pdf>

Cañón, S., Castaño, J., Díaz, S., Hernández, J., Hoyos, Y., López, F., Manchego, K., Narváez, C., Noguera, V., & Ortega, A. (2011). Prácticas y comportamientos sexuales de estudiantes de la Universidad de Manizales (Colombia) 2010. *Revista Psicología desde el Caribe*, 28, 77-106. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21320758005>

Camacho, C., & Camacho, M. (2005). Habilidades sociales en adolescencia. *Revista Profesional de Terapia Cognitiva – Conductual. España –may: 1* (3): 1 – 27. Recuperado de: http://www.habilidadesparaadolescentes.com/archivos/2005_Programa_de_Habilidades_Sociales.pdf

Carmona, G., Beltrán, J., Calderón, M., Piazza, M., & Chávez, S. (2017). Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*; 34 (4):601-10. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342017000400004&script=sci_abstract

- Castro, I. (2010). *Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Revista Habanera de Ciencias Médicas* 9 (3); 11. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v9s5/rhcm14510.pdf>
- Chávez, M., & Álvarez, J. (2012). Aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual en jóvenes. *Revista Psicología y Salud*, 22(1), 89-98. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-1/22-1/Mayra%20Ch%E1vez.pdf>
- Chávez, R. (2016). Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el período febrero de 2016. (Tesis para optar por el título Profesional de Médico Cirujano, Universidad Mayor de San Marcos). Recuperado: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4696/Rafael_cm.pdf?sequence=1
- Cisneros, T., Palacios, R. (2018). Comunicación con los padres y las conductas sexuales de los adolescentes de una institución pública. (Tesis para optar el título de licenciada en enfermería, Universidad Privada Norbert Wiener) Recuperado: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1687/TITULO%20-%20Cisneros%20Arevalo%2C%20Thalia%20Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Craig, G. (2009). *Desarrollo psicológico*. Novena edición. Pearson educación, México. <https://psiqueunah.files.wordpress.com/2014/09/desarrollo-psicologico-9-ed-craigbaucum.pdf>
- Concha, M. (2007). Diagnóstico y terapia del virus papiloma humano. *Infectología. Práctica*, 24(3).209-214. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/246810168_Diagnostico_y_terapia_del_virus_papiloma_humano

- Conde, C., & Uribe, F. (2009). Gonorrea: La perspectiva clásica y la actual. *Revista de Salud Pública de México*. 39(6). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/106/10639611/>
- Corbella, J. (1994). *“Padres e Hijos, una relación”*. Editorial Círculo de Lectores. Colombia.
- Corona, F., & Peralta, E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22 (1), 68-75. Recuperado de: https://ac.els-cdn.com/S0716864011703947/1-s2.0-S0716864011703947-main.pdf?_tid=2405cc20-95714161a2a78c34c5449bd5&acdnat=1532027470_b2e08ca97d2f292c99b5d253de20a7dd
- Cueto, S., Saldarriaga, V., & Muñoz, I. (2011). Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/6654210.pdf>
- Delval, J. (2004). *“Desarrollo Humano”*. España. Editorial Siglo XXI. Recuperado de: [https://books.google.com.pe/books?id=WCr6oxkZP-EC&pg=PA632&lpg=PA632&dq=Delval,+J.+\(2004\).+%E2%80%9CDesarrollo+Humano%E2%80%9D.+Editorial+Siglo+XXI.+Espa%C3%B1a.&source=bl&ots=DiC-8AfrbD&sig=nNQjScISgMaRV3CPCOhamaKDFKM&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwj00_GAx87cAhVlu1kKHQ8kAwUQ6AEwBnoECAQQAQ#v=onepage&q=Delval%20\(2004\).%20%E2%80%9CDesarrollo%20Humano%E2%80%9D.%20Editorial%20Siglo%20XXI.%20Espa%C3%B1a.&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=WCr6oxkZP-EC&pg=PA632&lpg=PA632&dq=Delval,+J.+(2004).+%E2%80%9CDesarrollo+Humano%E2%80%9D.+Editorial+Siglo+XXI.+Espa%C3%B1a.&source=bl&ots=DiC-8AfrbD&sig=nNQjScISgMaRV3CPCOhamaKDFKM&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwj00_GAx87cAhVlu1kKHQ8kAwUQ6AEwBnoECAQQAQ#v=onepage&q=Delval%20(2004).%20%E2%80%9CDesarrollo%20Humano%E2%80%9D.%20Editorial%20Siglo%20XXI.%20Espa%C3%B1a.&f=false)
- Department of Health and Human Services. (1994). Health risk Behaviours Among Adolescents. Who Do and Not Attend School. *United States, 1992. Morbidity and Mortality Weekly Report*. 43(8). Estados Unidos. Recuperado de: [https://books.google.com.pe/books?id=MumI0Aid0DoC&lpg=PA113&dq=Department%20of%20Health%20and%20Human%20Services.%20\(1994\).%20Health%20risk%20Behaviours%20Among%20Adolescents.&hl=es&pg=PA113#v=onepage&q=Department%20of%20Heal](https://books.google.com.pe/books?id=MumI0Aid0DoC&lpg=PA113&dq=Department%20of%20Health%20and%20Human%20Services.%20(1994).%20Health%20risk%20Behaviours%20Among%20Adolescents.&hl=es&pg=PA113#v=onepage&q=Department%20of%20Heal)

th%20and%20Human%20Services.%20(1994).%20Health%20risk%20Behaviours%20Amon
g%20Adolescents.&f=false

DiClemente, R., Wingood, G., & Crosby, R. (2002). Prevention interventions for HIV positive individuals. *Sex Transm Infect*: first published as 10.1136/sti.78.6.393 on 1 December. Recuperado de: <https://sti.bmj.com/content/sextrans/78/6/393.full.pdf>

Dimaté, C., Arcilla, M., Guio, M., & Sarmiento, J. (2001). Retención escolar; un camino hacia una nueva escuela. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. *Facultad de Ciencias de la Educación*, 2001 - 147 p.: il. ; 22 cm - Temas de educación; 11. Recuperado de: <http://biblioteca.caroycuervo.gov.co/cgi-bin/koha/opacsearch.pl?q=au:Arcila%20Cossio,%20Myriam%20Adriana>

Donas Burak, S. (1999). Protección, riesgo y vulnerabilidad Adolesc. Latinoam. 1(4). Porto Alegre dic. Consultor Subregional del Programa de Salud Integral del Adolescente, Organización Panamericana de la Salud / OMS. Costa Rica. Recuperado de: <file:///C:/Users/user/Downloads/Proteccion%20riesgo%20y%20vulnerabilidad.pdf>

Donovan, J. E., Jessor, R., & Costa, F. (1991). Adolescent health behavior and conventionality unconventionality: *An extension of Problem-Behavior Theory*. *Health Psychology*, 10, 52-61. Recuperado de: https://www.colorado.edu/ibs/jessor/pubs/1991_Donovan_Jessor_Costa_HP_AdolescentHealthBehavior.pdf

El Comercio. (2017). Loreto tiene la tasa más alta de embarazo adolescente en el país. Recuperado de <https://elcomercio.pe/peru/loreto-tasa-alta-embarazo-adolescente-pais-427675>

Espada, J., Quiles, M. & Méndez, F. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 29-36. *Consejo General de Colegios*

Oficiales de Psicólogos Madrid, España. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/778/77808504.pdf>

Fernández, A., Negrón, M., González, L., Díaz, I., Betancourt-Díaz, E., Cintrón-Bou, F., Varas-Díaz, N., & Villarruel, A. (2017). Actitudes hacia la comunicación entre padres, madres y adolescentes en Puerto Rico. *Revista puertorriqueña psicología*; 28 (1): 80-95. Recuperado de: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC5520656&blobtype=pdf>

Fierros, L., Rivera, B., & Piña, J. (2011). Sexual behavior with casual partners among university women. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 165- 183. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2451/245118507003.pdf>

Ferrer, P., Miscán, Ana., Pino, M., & Pérez, V. (2013). Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Revista. Enfermería Herediana*, 6(2), 51-58. Recuperado de http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2013/febrero/funcionamiento_familiar_segun_el_modelo_circumplejo_de_olson.pdf

Fontanilla, S., Bello, A. & Palacio, J. (2011). Conocimientos, habilidades de aserción sexual y toma de decisiones en función de la intención de los comportamientos sexuales y reproductivos en adolescentes. *Psicogente*, 14(26), 294-309. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/260019065_Conocimientos_habilidades_de_asercion_sexual_y_toma_de_decisiones_en_funcion_de_la_intencion_de_los_comportamientos_sexuales_y_reproductivos_en_adolescentes

Forcada, P., Pacheco, A., Pahuá, E., Pérez, P., Todd, N., & Pulido, M. (2013). Conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios: Factores de riesgo y protección. *Revista*

Intercontinental de Psicología y Educación, 15(1), 23-46. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/802/80225697003.pdf>

Fuentes, L. (2011). *Teoría sobre el riesgo en las prácticas sexuales de los y las adolescentes: una mirada desde la complejidad* (Tesis para optar el título de doctora en ciencias médicas, Universidad de Carabobo, Valencia – España). Recuperado de:
<https://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/730/lfuentes.pdf?sequence=1>

Gallegos, U. S. (2006). *Comunicación familiar: un mundo de construcciones simbólicas y relaciones*. Recuperado de:
<https://books.google.com.co/books?id=echq7kEPItcC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

García, L. (2016). *Conducta sexual de riesgo en estudiantes adolescentes* (Tesis para Optar el grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de Managua, Nicaragua). Recuperado de: <http://repositorio.unan.edu.ni/1457/1/76178.pdf>

García, P. (2014). Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. *Revista de Seapa.*; 2 (2): 38-61. Recuperado de:
http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Primavera%202014/RqR_Primavera2014_ConductasSexuales.pdf

García-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P., & Cuesta, M., (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87. Recuperado de:
[file:///C:/Users/user/Downloads/DialnetSexualidadAnticoncepcionYConductaSexualDeRiesgoEnA-5134684%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/DialnetSexualidadAnticoncepcionYConductaSexualDeRiesgoEnA-5134684%20(2).pdf)

- Gaspar, G. (2013). *Conocimientos sobre prevención de infecciones de transmisión sexual asociados a factores sociodemográficos y relaciones familiares en adolescentes escolares* (Tesis para optar el título de enfermería, Universidad Ricardo Palma, Lima). Recuperado de: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/338/1/Gaspar_gf.pdf
- Granda, M. (2015). *Comunicación entre padres e hijos y su influencia en las conductas del riesgo en la unidad educativa fiscal misional Domingo Seli del canton catacocha periodo 2014- 2015*. (Tesis para la obtención de licenciado de ciencias educación, Universidad Nacional del Loja, Ecuador)
- Guerra George. (2008). Inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares en la ciudad de la Habana. *Rev. Cubana de Medicina General Integral* [revista en internet] 2008 [citado 2013 May. 28]; 15(2): 354- 389. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642009000100003&lng=en
- Godoy, R. (2002). *“Atención al Recién Nacido Pretérmino”*, editorial McrawHill, Interamericana de Venezuela S.A.
- Gómez, J., Ortiz, M., & Eceiza, A. (2016). Disposición al riesgo en la actividad sexual de adolescentes: El rol de los modelos internos de apego, de las relaciones de apego con padres e iguales y de las dificultades de regulación emocional. *Revista anuales de psicología*, 32(3), 899-906. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v32n3/psychology.pdf>
- Gómez, M. (2013). *Conocimientos y actitudes frente a las conductas sexuales de riesgo en adolescentes* (Tesis para Optar el grado de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna). *Recuperado de:*

<http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/220/TG0071.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Goncalvez, S., Castellá J., & Carlotto, S. (2007). Predictores de conductas de riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 161-166. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/284/28441206.pdf>

González, Ma, T. (2006). Absentismo y abandono escolar: una situación singular de la exclusión educativa. *Revista Iberoamericana sobre calidad y eficacia y cambio en educación*. 4 (1). Recuperado de: http://www.rinace.net/arts/vol4num1/art1_htm.htm

González, V. (2016). Comunicación familiar y toma de decisiones en sexualidad entre ascendientes y adolescentes. *Revista latinoamericana ciencias sociales niñez juventud*, 15 (1): 419-430. Recuperado de: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/rllcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/2972/805>

Haywood-McKinney, P de “Mujeres explotadas por el aborto” *women exploited by abortion*. Dirección: weba; Route 1, Box 821; Venus, Texas 76084. Recuperado de: <http://www.embarazonodeseado.cl/conoce-los-riesgos-de-un-aborto/>

Hernández. R., Fernández. C., & Baptista. M., (2010). *Metodología de la Investigación 5ta Edición*. México: McGraw.Hill.

Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina Integral*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013

Hoeve, M., Dubas, J., Eichelsheim, V., van der Laan, P., Smeenk, W., & Gerris, J. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A metaanalysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749-775.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. (2015). La adolescencia y los riesgos en salud. Recuperado de: <http://www.excelsior.com.mx/opinion/columnista-invitado-nacional/2017/09/16/1188736>
- Jara, M. (2016). *La comunicación familiar y la asertividad de los adolescentes del noveno y décimo año de educación básica del Instituto Tecnológico Agropecuario Benjamín Araujo del Cantón Patate*. (Tesis para la obtener el título de psicología clínica, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador). Recuperado por: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/20698/2/COMUNICACION%20FAMILIAR%20Y%20ASERTIVIDAD%20-%20copia.pdf>
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health, 12*, 597-605. Recuperado de: https://www.colorado.edu/ibs/jessor/pubs/1991_Jessor_JAH_RiskBehaviorinAdolescence.pdf
- Jessor, R. (1993). Desarrollo adolescente exitoso entre jóvenes en entornos de alto riesgo. *American Psychologist, 48*, 117-126. Recuperado de: https://www.colorado.edu/ibs/jessor/pubs/1993_Jessor_AmerPsychologist_SuccessfulAdolescentDevelopment.pdf
- Krauskopf, D. (1995). “Las Conductas de Riesgo en la Fase Juvenil” Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica. San José. Recuperado de http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lecturas%20y9_UT_1.pdf
- Lavielle, P., Jiménez, F., Vázquez, A., Aguirre, M., Castillo, M., & Vega, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 52*(1), pp. 38-43 Instituto Mexicano del Seguro Social

- Distrito Federal, México. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745480010.pdf>
- Lumbreras, R. (2013). Funcionalidad familiar. Jalisco: Revista. Nuevo amanecer. 67-78.
Recuperado por: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/2135/3810>
- Luces, AM., Porto, M., Mosquera, L., & Tizón, E. (2015). Una manera diferente de abordar la sexualidad, la contracepción y la prevención de infecciones de transmisión sexual desde la escuela en la Costa da Morte. *Enferm. glob.14* (3): 1- 18. Recuperado de:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/199371/0>
- Mamani, A., & Silva, J. (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 obtener el título de Médico Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima). Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3110/Mamani_ta.pdf?sequence=1
- Ministerio de Salud. MINSA (2005). Habilidades para la vida en adolescentes escolares. Perú. Dirección Ejecutiva para la Salud. Recuperado de:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/007.pdf>
- Ministerio de Salud. MINSA (2014). Documento Técnico: Orientaciones para la Atención Integral de las y los Adolescentes en el I Nivel de Atención, Lima. Recuperado de:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1039_DGSP200.pdf
- Ministerio de Salud. MINSA (2017). Iniciar las relaciones sexuales a temprana edad aumenta el riesgo de contagio del VIH. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=22354>
- Minuchin, S. & Fishman, C. (2004). Técnicas de terapia familiar. Buenos Aires: Editorial Paidós.
Recuperado de:

[https://books.google.com.pe/books?id=LHJdDwAAQBAJ&lpg=PA123&dq=Minuchin%2C%20S.%20%26%20Fishman%2C%20C.%20\(2004\).%20T%C3%A9cnicas%20de%20terapia%20familiar.%20Buenos%20Aires%3A%20Editorial%20Paid%C3%B3s&hl=es&pg=PA123#v=onepage&q=Minuchin,%20S.%20%26%20Fishman,%20C.%20\(2004\).%20T%C3%A9cnicas%20de%20terapia%20familiar.%20Buenos%20Aires:%20Editorial%20Paid%C3%B3s&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=LHJdDwAAQBAJ&lpg=PA123&dq=Minuchin%2C%20S.%20%26%20Fishman%2C%20C.%20(2004).%20T%C3%A9cnicas%20de%20terapia%20familiar.%20Buenos%20Aires%3A%20Editorial%20Paid%C3%B3s&hl=es&pg=PA123#v=onepage&q=Minuchin,%20S.%20%26%20Fishman,%20C.%20(2004).%20T%C3%A9cnicas%20de%20terapia%20familiar.%20Buenos%20Aires:%20Editorial%20Paid%C3%B3s&f=false)

Mitjavila, M. (1999). El riesgo y las dimensiones institucionales de la modernidad. *Revista de Ciencias Sociales*, 15. (sn). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <http://www.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/3/2013/archivos/El%20riesgo%20y%20las%20dimensiones%20institucionales%20de%20la%20modernidad.pdf>

Montoya, Z., Castaño, N. y Moreno, N. (2016). Enfrentando la ausencia de los padres: recursos psicosociales y construcción de bienestar. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 7(1), 181-200. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5454158>

Muchcco, L. (2012). *Conocimientos, actitudes y comunicación familiar frente al inicio temprano de las relaciones sexuales en estudiantes de dos instituciones educativas nacionales* (Tesis para obtener el título de obstetra, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima). Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2990/Muchcco_al.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Musita, G., & Buelga, S. (2006). *La comunicación familiar desde la perspectiva sistemática*. Madrid Pirámide. Recuperado de:

<http://www.avntfevntf.com/wpcontent/uploads/2016/06/Lacomunicacionfamdesdeperspectisist.GMusitu.pdf>

Olivera, C., Bestard, A., & Morales, I. (2016). Intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. *Tecnosalud* 78. Recuperado: <http://tecnosalud2016.sld.cu/index.php/tecnosalud/2016/paper/viewFile/107/78>

Olson, D. H. Barnes, H. L., & (1985). Parent-adolescent communication and the circumplex model. *Child development*, 438-447. Recuperado: https://www.jstor.org/stable/1129732?seq=1#page_scan_tab_contents

Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167. Recuperado: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del aborto peligroso. Recuperado el 25 de Enero de 2014, de Centro de prensa. Recupero de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

Organización Mundial de la Salud. (2012). El embarazo en adolescentes. Nota descriptiva No. 364. Mayo de 2012. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Salud para los adolescentes de mundo. Ginebra, Suiza: Servicios de producción impresos OMS, 2014. Recuperado de: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Infecciones de transmisión sexual. Recuperado de [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

- Organización Mundial de la Salud. (2016). Desarrollo en la adolescencia. Recuperado de:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Palomino, M. L. (2009). *Qué saben sobre el aborto inducido y que actitudes se evidencian en los adolescentes I.E. Micaela Bastidas*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima). Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/249/Palomino_sm.pdf?sequence=1
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2001). *Psicología del Desarrollo*. 8ª edición. Mc Grau Hill. Colombia. Martí. recuperado de: <https://iessb.files.wordpress.com/2015/03/175696292-desarrollo-humano-papalia.pdf>
- Páramo, M.A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia psicológica*, 29 (1), 85-95. Recuperado de:
file:///C:/Users/user/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_78518428010.pdf
- Parra, A. y Oliva, A. (2002). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Revista anales de psicología* .18, Pag. 215-231. Recuperado por <https://revistas.um.es/analesps/article/download/28421/27521/0>
- Paredes, N. (2014). RPP. El aborto y sus consecuencias físicas y psicológicas. Recuperado de:
<http://rpp.pe/lima/actualidad/el-aborto-y-sus-consecuencias-fisicas-y-psicologicas-noticia-660191>
- Parodi-Carro, A. (2014). Educación sexual y perfil del adolescente de nivel secundario en San Juan de Lurigancho – Lima. Cuidado y salud/KAWSAYNINCHIS – ISSN2409-2312
Recuperado de: [file:///C:/Users/user/Downloads/1109-289-2375-1-10-20171030%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/1109-289-2375-1-10-20171030%20(2).pdf)

- Pérez, A., Gómez, A., & Martín, A. (2014). La importancia de la comunicación en la familia. Recuperado por <https://entomelloso.com/opinion/la-importancia-de-la-comunicacion-en-la-familia/Blog>
- Pita, S., Vila, M.T., & Carpena, J. (2002). Determinación de factores de riesgo. Atención primaria en la red, 1997(4), 75-78. Recuperado en: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo2.pdf
- Polaino-Lorente, A. & Martínez, P. (2003). Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la familia. Madrid. Ediciones: Rialp. Recuperado por: <https://books.google.com.pe/books?id=10FLqwoq1XQC&lpg=PA23&dq=Polaino>
- Polo, C. (2009) *Resiliencia: factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años* (Tesis para Optar el grado de Licenciatura en Minoridad y Familia, Universidad del Aconcagua, Aconcagua). Recuperado de: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/71/tesis-1426-resiliencia.pdf
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of Self Change of Smoking Toward An Integrative Model of Change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51, 390 – 395. Recuperado de: <http://sundhedsmotivation.dk/wp-content/uploads/2016/12/Stages-of-Change-Prochaska-1983.pdf>
- Puello, M., Silva, M. & Silva, A. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 10(2), 225-246. ISSN: 1794-9998 disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v10n2/v10n2a04.pdf>
- Rafael, M. (2016). *Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016*. (Tesis para optar título profesional de Médico Cirujano, Universidad Mayor De San Marcos, Lima).

Recuperado

por

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4696/Rafael_cm.pdf?sequence=1
&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4696/Rafael_cm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Rosales, J., & Irigoyen, A. (2013). Embarazo en adolescentes: problema de salud pública y prioridad para el médico familiar. *Editorial atención familiar*, 20 (4), 101-102.

RRP Noticias. (2017). El 13 % de adolescentes peruanas quedan embarazadas, según informe del UNFPA. Recuperado de <http://rpp.pe/peru/actualidad/el-13-de-adolescentes-peruanas-quedan-embarazadas-segun-informe-del-unfpa-noticia-1085541>

Ruiz, Á., Beltrán, J., Latorre, C., & Ruiz, J. (2010). ¿Existe asociación entre los comportamientos de riesgo en salud sexual y reproductiva y el ser estudiante de medicina? Estudio de corte transversal: Bogotá (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61(2), 121-128. Recuperado de http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol61No2_Abril_Junio_2010/v61n2a04.pdf.

Saa, A. (2013) “Prevalencia de las infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil diagnosticadas por medio de estudios citológicos. Estudio realizado en Hospital Enrique C. Sotomayor de septiembre 2012 a febrero del 2013.” (Tesis previa a la obtención del título de obstetra, Universidad de Guayaquil, LUGAR). Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1795/1/TESIS%20TERMINADA%20para%20>

Salazar, A., et al. (2007). Conocimiento de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú. *Revista horizonte medico*. 7 (2), 79-85. Recuperado por <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/214/229>.

presentar%20ultimo

- Salvatierra, M. (1989). “Psicobiología del embarazo y sus trastornos”. Editorial Martínez Roca. Barcelona Seoane. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=XqbNPAAACAAJ&dq=PSICOBIOLOGIA+DEL+EMBARAZO+Y+SUS+TRASTORNOS&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj-xer8oc_cAhVHyVMKHfiXCUQQ6AEIPzAF
- Sánchez, A (2014). Epidemiología del VIH y sífilis en grupos más expuestos y vulnerables en Ecuador. (Tesis Doctoral, Universidad Rey Juan Carlos, España). Recuperado de: https://ciencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/12468/Tesis%20Doctoral%20Amaya%20Sánchez_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Santos, P., & Sierra, J. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (3), 553-577. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33714079010.pdf>
- Seoane, A. (2015). “Adolescencia y Conductas de Riesgo”. (Tesis para obtener el título de psicología, Universidad de la República uruguaya, Montevideo). Recuperado de: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado._andrea_seoane._mayo.pdf
- Serebrinsky, H.A. (2009). Un viaje circular: De la psicología social a la teoría sistémica. Buenos Aires: De los cuatro vientos. Recuperado por: <http://www.redsistemica.com.ar/serebrinsky.htm>
- Sulca, S. (2014). *Relación entre el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – mayo*. (Título para licenciatura en obstetricia,

- Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima). Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3683/1/Sulca_ss.pdf 13
- Schonfeld, M., McRee, A., & Eisenberg, M. (2013). Teens talking with their parents about sex: the role of parent communication. *American Journal of Sexuality Education*, 8, 1-17. Recuperado en:
[file:///C:/Users/user/Downloads/DialnetConductasSexualesDeRiesgoYComunicacionSobreSexuali-6059401%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/DialnetConductasSexualesDeRiesgoYComunicacionSobreSexuali-6059401%20(7).pdf)
- Tapia, M. (2017). La comunicación familiar: definición, teorías y esquemas. Piura. Recuperado de:
https://www.academia.edu/21236962/La_Comunicaci%C3%B3n_Familiar_Definici%C3%B3n_Teor%C3%ADas_y_Esquemas
- Trigoso, E. (2017). Funcionamiento familiar y percepción de la imagen corporal en adolescentes del sector San Carlos de Murcia, Chachapoyas (Tesis para obtener el título de enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Perú). Recuperado de:
<http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1359/TESIS%20FINAL%20ELITA%20TROGOSO%20MAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Urías, K. (2015). Relación de la comunicación familiar y la victimización escolar de adolescentes. *Revista de investigación y práctica en psicología del desarrollo*, 109-117. Recuperado de: <https://revistas.uaa.mx/index.php/ippd/article/view/637/614>
- Uribe, A. (2016). Salud sexual y apoyo social y funcionamiento familiar en universitarios. *Revista virtual universidad católica del norte*. 49, 206-229. Recuperado de:
<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/805/1325>

- Uribe, A. & Orcasita, P. L. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 27, 1-31. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194215432004.pdf>
- Uribe, J., et al. (2013). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista internacional de Psicología y educación*. México Pág. 75-92. Recuperado por <https://www.redalyc.org/html/802/80228344005/>
- Uribe, A., Castellanos, J. y Cabán, M. (2016) Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. DOI: 10.17533/udea.rpsua.v8n2a03 Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/DialnetConductasSexualesDeRiesgoYComunicacionSobreSexuali-6059401%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/DialnetConductasSexualesDeRiesgoYComunicacionSobreSexuali-6059401%20(6).pdf)
- Vaca, N. (2014). Prevalencia de chlamydia trachomatis en mujeres que utilizan dispositivo intrauterino (diu) en edad fértil de 15 a 49 años de edad. Centro de salud norte de la policía nacional de Quito, mayo–agosto 2013. (Tesis para especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad Central del Ecuador, Ecuador). Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4637/1/T-UCE-0006-67.pdf>
- Valencia, D. (2014). Comunicación padres-adolescentes y adicciones a internet en estudiantes de secundaria del distrito de Villa El Salvador. (Tesis para obtener el título en psicología, Universidad autónoma del Perú, Lima). Recuperado de: <http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/AUTONOMA/139/1/VALENCIA%20PECHO.pdf>
- Valle, M., Benavides, R., Álvarez, A., & Peña, J. (2011). Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Revista de Enfermería Inst. Mex. Seguro Soc*; 19 (3):

133-136. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim113d.pdf>

Vera, L., López, N., Ariza, N., Díaz, L., Flórez, Y., Franco, S., Isaza, S., Marciales, D., Ortiz, N., Rueda, J. & Torres, L. (2004). Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la trasmisión del VIH/Sida en los adolescentes de la universidad industrial de Santander. *Colombia Médica*, 35 (2), 32-40. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/283/28335203.pdf>

Vivo, S., Sarič. D., Muñoz, R., McCoy, S., López-Peña, P., & Bautista-Arredondo, S. (2013). Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes. Finlandia: BID. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/3756/esp%20GUIA%20MEDICION%20COMPORTAMIENTOS%20JOVENES.pdf>

Yalán, B. (2016). *Conductas sexuales de riesgo en adolescentes del colegio Fe y Alegría N° 41. La Era – Naña*. (Tesis para la obtención de título de enfermería, Universidad Ricardo Palma, Lima) Recuperado de: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/981/betsi%20thais%20yal%c3%a1n%20enciso_2016.pdf?sequence=1&isallowed=y

Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., & Jackson, D. (1983). *Teoría de la Comunicación Humana: Interacciones, Patologías y Paradojas*. Barcelona: Herder. Recuperado: http://untref.edu.ar/icaatom/uploads/r/archivo-sibuntref/2/9/2941/Teor__a_de_la_comunicaci__n_humana.pdf

Anexo 1

Propiedades psicométricas de la Escala de Comunicación Padres - Adolescentes

Fiabilidad de la Escala

La fiabilidad de la escala se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. Se permite apreciar que la consistencia interna oscila entre .649 a .734, lo cual puede ser valorado como un indicador de adecuada fiabilidad.

Estimaciones de consistencia interna de la escala

Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Comunicación padre	20	.734
Comunicación madre	20	.649

Validez de constructo de la escala

Como se observa los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) entre las dos sub escalas son significativos, lo que evidencia validez de constructo.

Correlaciones sub test – test de la escala

	Comunicación padre	
	R	p
Comunicación madre	.294	.000

Cuestionario de conducta sexual de riesgo

I. Datos sociodemográficos

Edad: _____ Grado: _____ Sección: _____ Sexo: Masculino () Femenino () Con quien vive: Padres () Solo uno de ellos () Familiares () Amigos ()

II. Instrucciones

A continuación, se presenta una serie de preguntas con el fin de evaluar conductas sexuales de riesgo. Por favor conteste con honestidad cada pregunta, y marque con una "X" la alternativa que elija, en algunas preguntas pueden marcar más de una alternativa. Tener en cuenta también que existen sub preguntas, estas serán contestadas solamente si en la pregunta principal se respondió con un "Sí", en que caso de que la pregunta principal obtuvo una respuesta "No" no se debe responder las sub preguntas.

1. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez?

- a. Sí () b. No ()

Si la respuesta a esta pregunta es No, ya no es necesario continuar con este cuestionario, devuelva la prueba a los evaluadores.

2. ¿Qué edad tenía cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?

Edad: _____

3. ¿En esa primera relación sexual, usted o su pareja usó condón?

- a. Sí () b. No ()

4. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en tu vida?

Nº: _____

5. ¿Has tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses?

- a. Sí () b. No ()

Continuar solo si contestó que "Sí" en la pregunta anterior.

5.1. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? Nº:

5.2. ¿Con qué frecuencia (número de veces) ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? a. Nº de veces por semana : _____

b. Nº de veces por mes : _____

c. Nº de veces en los 6 meses : _____

6. Por lo general, cuando tienes relaciones sexuales, ¿tú o tu pareja usan condón?

- a. Siempre ()
b. A veces ()
c. Nunca ()

7. La última vez que tuvieron relaciones sexuales con penetración, ¿tú o tu pareja usaron condón?

- a. Sí () b. No ()

8. Si no has usado condón ¿cuál fue la razón?
- Porque a mí me disgusta usarlo.....()
 - Porque a mi pareja o la persona con quien tuve relaciones sexuales le disgusta usarlo....()
 - Porque me resulta difícil decirle a mi pareja sobre el uso del condón.....()
 - Porque confío en mi pareja con quien tuve relaciones sexuales.....()
 - Porque solo tengo relaciones sexuales con mi pareja.....()
 - Porque estaba bajo el efecto del alcohol.....()
 - Porque estaba bajo los efectos de drogas.....()
 - Porque era difícil conseguirlo en ese momento.....()
 - Porque el condón se dañó, se rompió y no teníamos otro a la mano()
 - Porque no sé cómo utilizar un condón.....()
9. ¿Tomaste alcohol la última vez que tuviste relaciones sexuales?
- Sí ()
 - No ()
10. ¿Consumiste alguna droga la última vez que tuviste relaciones sexuales coitales?
- Sí ()
 - No ()
11. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales estando bajo el efecto de alguna de las siguientes sustancias?
- Nunca he tenido relaciones sexuales bajo los efectos de alguna droga..... ()
 - Licor, Alcohol..... ()
 - Cocaína..... ()
 - Marihuana..... ()
 - PBC (Pasta Básica de Cocaína)..... ()
 - Tranquilizantes/ Pastillas para los nervios (Clonazepan, Xanax, Diazepam, etc.)..... ()
 - Éxtasis, LSD..... ()
 - Heroína..... ()
 - Terokal..... ()
 - Otros: _____

12. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales con una persona que conociste ese día (en una fiesta, discoteca, chat, etc.)?

- Sí ()
- No ()

Continuar solo si contestó que "Sí" en la pregunta anterior.

12.1. ¿Qué hiciste para protegerte cuando tuviste relaciones sexuales con alguien que recién conociste?

- No hice nada para protegerme..... ()
- Condón o preservativo..... ()
- Pastillas, píldoras, inyecciones..... ()
- Diafragma..... ()
- Coito interrumpido (Acabar afuera)..... ()

12.2. ¿Estuviste bajo los efectos del alcohol cuando tuviste relaciones sexuales con alguien que recién conociste? a. Sí () b. No ()

13. ¿Has tenido relaciones sexuales con amigos(as)? (en alguna fiesta, reunión, etc.)

a. Sí () b. No ()

14. ¿En los últimos 12 meses qué acciones ha hecho usted para evitar Enfermedades de Transmisión Sexual?

- a. Tener relaciones sexuales solo con una misma persona.....()
- b. Usar condón.....()
- c. Conversar con las personas con las que he tenido relaciones sexuales sobre el riesgo que tienen de adquirir el virus.....()
- d. Ponerme de acuerdo con las personas con las que he tenido relaciones sexuales sobre el uso de medidas de protección.....()
- e. Informarme sobre el VIH-SIDA en servicios de salud, profesionales especializados.....()
- f. Informarme sobre el VIH-SIDA con personas de mi confianza, internet, medios de comunicación.....()

15. ¿Has tenido relaciones sexuales en grupo?

a. Sí () b. No ()

Continuar solo si contestó que "Sí" en la pregunta anterior.

15.1. ¿Cuántas veces? _____

15.2. ¿Usó preservativo en esa ocasión? Sí () No ()

15.3. ¿Consumió alcohol en esa ocasión? Sí () No ()

15.4. ¿Consumió alguna droga en esa ocasión? Sí () No ()

16. ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido alguna Infección de Trasmisión Sexual como gonorrea, sífilis, condilomas (verrugas genitales), herpes genital, etc.?

a. Sí () b. No ()

Continuar solo si contestó que "Sí" en la pregunta anterior.

16.1. ¿Qué hizo para tratar esa(s) infección(es) de Trasmisión sexual?

- a. Nada.....()
- b. Consultó en una farmacia o botica.....()
- c. Consultó a un médico (profesional de la salud)..... ()
- d. Consulto a un amigo, vecino o conocido..... ()
- e. Se auto recetó o formuló.....()

17. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con una persona, a la que tuvo que pagar por ello??
a. Sí () b. No ()

Continuar solo si contestó que "Sí" en la pregunta anterior.

- 17.1. ¿Qué hiciste para protegerte cuando tuviste relaciones con personas a las que pagaste por ello?

- a. No hice nada para protegerme..... ()
- b. Condón o preservativo..... ()
- c. Pastillas, píldoras, inyecciones..... ()
- d. Diafragma..... ()
- e. Coito interrumpido (Acabar afuera)..... ()

- 17.2. ¿Estuviste bajo los efectos del alcohol o alguna droga cuando tuviste relaciones sexuales con una persona a la que pagaste por ello?

- f. a. Sí () b. No ()

18. Marque qué tipos de relaciones sexuales ha practicado.

- a. Vaginal () b. Oral () c. Anal ()

COMUNICACIÓN PADRES _ ADOLESCENTES

Howard L. Barnes y David H. Olson

Estandarizado por Roberto Bueno Cuadra

FORMATO PARA ADOLESCENTES CON RESPECTO AL PADRE

HAGA UN CÍRCULO EN EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA

1 Marcado Desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de Acuerdo Ni en desacuerdo	4 Acuerdo	5 Marcado Acuerdo
----------------------------	-----------------	--	--------------	-------------------------

1. Puedo discutir mis creencias con mi padre sin sentirme cohibido o incómodo	1	2	3	4	5
2. A veces tengo dificultad para creerle a mi padre todo lo que me dice.	1	2	3	4	5
3. Mi padre siempre me escucha.	1	2	3	4	5
4. A veces temo pedirle a mi padre lo que deseo.	1	2	3	4	5
5. Mi padre tiende a decirme cosas que sería mejor que no dijera.	1	2	3	4	5
6. Mi padre puede saber cómo me estoy sintiendo sin preguntármelo.	1	2	3	4	5
7. Estoy muy satisfecho con la forma como hablamos mi padre y yo.	1	2	3	4	5
8. Si yo estuviera en dificultades, podría decírselo a mi padre.	1	2	3	4	5
9. Yo le demuestro afecto a mi padre abiertamente.	1	2	3	4	5
10. Cuando tenemos un disgusto con mi padre, con frecuencia opto por no hablarle.	1	2	3	4	5
11. Soy muy cuidadoso acerca de lo que le digo a mi padre.	1	2	3	4	5
12. Cuando hablo con mi padre, tengo la tendencia a decir cosas que sería mejor que no dijera.	1	2	3	4	5
13. Cuando hago preguntas, recibo respuestas francas de mi padre.	1	2	3	4	5
14. Mi padre trata de comprender mi punto de vista.	1	2	3	4	5
15. Hay temas que evito discutir con mi padre.	1	2	3	4	5
16. Encuentro fácil discutir problemas con mi padre.	1	2	3	4	5
17. Es muy fácil para mi expresarle todos mi verdaderos sentimientos a mi padre.	1	2	3	4	5
18. Mi padre me incomoda o me hace poner de mal genio.	1	2	3	4	5
19. Mi padre me ofende cuando esta bravo conmigo.	1	2	3	4	5
20. No creo que pueda decirle a mi padre como me siento acerca de algunas cosas.	1	2	3	4	5

COMUNICACIÓN PADRES _ ADOLESCENTES

Howard L. Barnes y David H. Olson

Estandarizado por Roberto Bueno Cuadra

FORMATO PARA ADOLESCENTES CON RESPECTO A LA MADRE

HAGA UN CIRCULO EN EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA

1 Marcado Desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de Acuerdo Ni en desacuerdo	4 Acuerdo	5 Marcado Acuerdo
----------------------------	-----------------	--	--------------	-------------------------

1. Puedo discutir mis creencias con mi madre sin sentirme cohibido o incómodo	1	2	3	4	5
2. A veces tengo dificultad para creerle a mi madre todo lo que me dice.	1	2	3	4	5
3. Mi madre siempre me escucha.	1	2	3	4	5
4. A veces temo pedirle a mi madre lo que deseo.	1	2	3	4	5
5. Mi madre tiende a decirme cosas que sería mejor que no dijera.	1	2	3	4	5
6. Mi madre puede saber cómo me estoy sintiendo sin preguntármelo.	1	2	3	4	5
7. Estoy muy satisfecho con la forma como hablamos mi madre y yo.	1	2	3	4	5
8. Si yo estuviera en dificultades, podría decírselo a mi madre.	1	2	3	4	5
9. Yo le demuestro afecto a mi madre abiertamente.	1	2	3	4	5
10. Cuando tenemos un disgusto con mi madre, con frecuencia opto por no hablarle.	1		3	4	5
11. Soy muy cuidadoso acerca de lo que le digo a mi madre.	1	2	3	4	5
12. Cuando hablo con mi madre, tengo la tendencia a decir cosas que sería mejor que no dijera.	1	2	3	4	5
13. Cuando hago preguntas, recibo respuestas francas de mi madre.	1	2	3	4	5
14. Mi madre trata de comprender mi punto de vista.	1	2	3	4	5
15. Hay temas que evito discutir con mi madre.	1	2	3	4	5
16. Encuentro fácil discutir problemas con mi madre.	1	2	3	4	5
17. Es muy fácil para mí expresarle todos mis verdaderos sentimientos a mi madre.	1	2	3	4	5
18. Mi madre me incomoda o me hace poner de mal genio.	1	2	3	4	5
19. Mi madre me ofende cuando esta bravo conmigo.	1	2	3	4	5
20. No creo que pueda decirle a mi madre como me siento acerca de algunas cosas.	1	2	3	4	5