**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**
**Universidad del Perú. Decana de América**
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Enfermería

# Relación entre el nivel de habilidades sociales y la prevención de conductas de riesgo para la salud en los adolescentes de una institución pública del Callao, 2019

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL**

Para optar el Grado Académico de Bachiller en Enfermería

**AUTOR**

Esmeralda INGA MATAMOROS

**ASESOR**

Dra. Gladys Carmela SANTOS FALCÓN

Lima, Perú

2021




Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

**Referencia bibliográfica**

Inga E. Relación entre el nivel de habilidades sociales y la prevención de conductas de riedsgo para la salud en los adolescentes de una institución pública del Callao, 2019 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2021.

# Metadatos complementarios

| | |
|---|---|
| **Datos de autor** | |
| Nombres y apellidos | Esmeralda Inga Matamoros |
| DNI | 75070156 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0001-5243-3105 |
| **Datos de asesor** | |
| Nombres y apellidos | Dra. Gladys Carmela Santos Falcón |
| DNI | 08862752 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0001-9140-9669 |
| **Datos de investigación** | |
| Línea de investigación | A.1.3.1. Salud Pública<br>B.1.6.1. Factores de riesgo. Prevención y tratamientos: Neoplasia, Diabetes, Salud mental, Enfermedades cardiovasculares |
| Grupo de investigación | Salud Inclusiva en Grupos Vulnerables-INCLUSIV |
| Agencia de financiamiento | Autofinanciado |
| Ubicación geográfica de la investigación | País: Perú<br>Departamento: Lima<br>Provincia: Provincia Constitucional del Callao<br>Distrito: Callao<br>Latitud: -12.053244<br>Longitud: -77.106653 |
| Año o rango de años en que se realizó la investigación | marzo 2019 – marzo 2021 |
| URL de disciplinas OCDE | Enfermería<br>https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03<br>Salud pública, Salud ambiental<br>https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05 |

UNMSM Firmado digitalmente por FERNANDEZ GIUSTI VDA DE PELLA Alicia Jesus FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02.08.2021 19:45:24 -05:00

UNMSM Firmado digitalmente por LOLI PONCE Rudi Amalia FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01.08.2021 11:46:00 -05:00

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**
**FACULTAD DE MEDICINA**
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

# ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD VIRTUAL PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

1. **FECHA DE LA SUSTENTACIÓN:** 14/07/2021

   HORA INICIO : 08:30 Hrs.

   HORA TÉRMINO : 09:55 Hrs.

2. **MIEMBROS DEL JURADO**

   PRESIDENTE : Dra. Teresa Catalina Surca Rojas

   MIEMBRO : Mg. Yesenia Deifilia Retamozo Siancas

   MIEMBRO : Lic.Esp. Nancy Aida Cordova Chavez

   ASESOR : Dra. Gladys Carmela Santos Falcón

3. **DATOS DEL TESISTA**

   APELLIDOS Y NOMBRES : Esmeralda Inga Matamoros

   CODIGO : 16010015

   R.R. DE GRADO DE BACHILLER NÚMERO: 006008-2021-R/UNMSM (16/06/2021)

   TÍTULO DE LA TESIS:

   **"Relación entre el nivel de habilidades sociales y la prevención de conductas de riesgo para la salud en los adolescentes de una institución pública callao, 2019"**

4. **RECOMENDACIONES**

**Datos de la plataforma virtual institucional del acto de sustentación:**
https://us02web.zoom.us/j/83396612698?pwd= eWhlSjRHYnNIRFRweEhwdnlITVRDZz09
ID de reunión: 83396612698
Grabación archivada en: Escuela Profesional de Enfermería

5. **NOTA OBTENIDA:** 17, Diecisiete **Aprobado con mención honrosa**

6. **PÚBLICO ASISTENTE:** Nombre, apellido y DNI)

- Melissa Tatiana Salgado Paredes DNI 48318916
- Lucero Irene Farfán Santiago DNI 70831069
- Cristina Mercedes Chiquillo Berrio DNI 74503335
- Julissa Inga Matamoros DNI 73398768
- Jennifer Alexandra Hurtado Pérez DNI 72050867
- Maritza Lima Taipe DNI 72280364
- Judith Huayllani Quispe DNI 75188505
- Cinthia Samanta Ganoza Yrey DNI 75730883

7. **FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO**

| | |
|---|---|
| Dra. Teresa Catalina Surca Rojas<br>DNI 08381784 | Mg. Yesenia Deifilia Retamozo Siancas<br>DNI 01297138 |
| **PRESIDENTA** | **MIEMBRO** |

| | |
|---|---|
| Lic.Esp. Nancy Aida Cordova Chávez<br>DNI 09274288 | Dra. Gladys Carmela Santos Falcón<br>DNI 07923374 |
| **MIEMBRO** | **ASESOR(A)** |

## Hoja de información complementaria

**DNI del autor:** 75070156

**Código ORCID de la asesora:** 0000-0001-9140-9669

**Grupo de investigación:** Salud Inclusiva en Grupos Vulnerables

**Institución que financia la investigación:** Autofinanciado

**Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación:** Geográficamente este trabajo de investigación fue desarrollado en el distrito del Callao de la Provincia Constitucional del Callao siendo las coordenadas geográficas las siguientes: -12.053244, -77.106653

**Año o rango de años que la investigación abarcó:** 2019-2021

## DEDICATORIA

Le dedico esta investigación a todas aquellas personas que independientemente de pertenecer al área de la salud reconocen que existe la necesidad de brindarle niveles óptimos de salud y bienestar no solo a los adolescentes sino a la población en general y que ello parte desde el primer nivel de atención el cual debe ser fortalecido junto con el trabajo en conjunto con la familia, la comunidad y el estado.

A mi familia sobre todo a mis hermanas menores que me motivaron a seguir con mis objetivos trazados siendo parte de ello el conseguir titularme. A esas personas y seres especiales que, si bien no puedo abrazar sé que me acompañan, protegen y guían mi camino.

A todas esas personas que estuvieron conmigo apoyándome, brindándome su amistad incondicional, que confiaron en mi aun cuando yo no lo hacía y me motivaron a seguir y no rendirme. ¡No les pongo un nombre o una denominación específica porque quiero que todas esas personas que formaron parte de mi vida en los momentos de felicidad y contratiempos se sientan identificados! ¡Mil gracias!

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi casa de estudios a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos mejor conocida por sus siglas UNMSM o por ser la Decana de América por haberme acogido como parte de la familia San Marquina.

A la facultad de Medicina San Fernando en especial mención a una de las cinco escuelas que la conforman “la escuela profesional de enfermería” y a sus docentes que desde el primer año me inculcaron que la medicina y la enfermería combinadas son arte, amor, ciencia y entrega por lo cual implica una gran responsabilidad ejercerla.

A mi asesora, la Dra. Gladys Santos Falcón por su calidez de persona, compromiso y apoyo incondicional para el desarrollo de esta investigación, así como por ser justa y firme cuando era necesario sobre todo al retomar el camino para culminar mi carrera. ¡Se convirtió en mi ejemplo a seguir!

Y por último a la comunidad educativa que me brindó la oportunidad de contar con su apoyo incondicional para llevar a cabo la presente investigación, así como al programa Beca Permanencia en especial mención a los asesores de Pronabec por su disposición y acompañamiento durante los últimos años de pregrado y motivarnos a ser mejores profesionales al servicio de nuestro País.

**INDICE**

**DEDICATORIA** ..... ii

**AGRADECIMIENTO** ..... iii

**RESUMEN** ..... vii

**ABSTRACT** ..... viii

**I.INTRODUCCIÓN** ..... 10

**1.1.Planteamiento del problema** ..... 10

**1.2.Objetivos** ..... 14

**1.3.Importancia y alcance de la investigación** ..... 14

**II. REVISIÓN DE LITERATURA** ..... 16

**2.1. Antecedentes** ..... 16

**2.1.2 Antecedentes Internacionales** ..... 16

**2.1.2 Antecedentes Nacionales** ..... 17

**2.2. Bases teóricas** ..... 19

**2.2.1.Aspectos conceptuales sobre la adolescencia** ..... 19

**A. La adolescencia** ..... 19

**B. Etapas de la adolescencia** ..... 20

**2.2.2.Conductas de riesgo y situación de salud de los adolescentes** 21

**A. Conducta sexual de riesgo** ..... 23

**B. Consumo de sustancias nocivas** ..... 24

**C. Violencia interpersonal** ..... 24

**2.2.3.Habilidades sociales** ..... 25

**A. Aspectos conceptuales de las habilidades sociales** ..... 25

**B. Dimensiones de las habilidades sociales** ..... 28

**B.1. Autoestima** ..... 28

**B.2. Asertividad** ..... 30

**B.3. Comunicación** ..... 30

**B.4. Toma de decisiones** ..... 31

**4.3. Definición operacional de términos** ..... 32

**III. HIPÓTESIS Y VARIABLES** ..... 33

**3.1. Hipótesis** ..... 33

**3.2. Variables** ..... 33
**IV. MATERIALES Y MÉTODOS** ..... 34
**4.1. Tipo y método de investigación** ..... 34
**4.2. Diseño de investigación** ..... 34
**4.3. Sede de estudio** ..... 34
**4.4. Población, muestra y muestreo** ..... 35
**4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Validez y confiabilidad** ..... 37
**4.6. Proceso de Recolección y Análisis Estadístico de Datos** ..... 39
**4.8. Consideraciones éticas** ..... 39
**V. RESULTADOS** ..... 40
**5.1. Presentación de tablas y/o gráficos y descripción de los resultados** ..... 40
**VI. DISCUSIÓN** ..... 44
**VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES** ..... 51
**7.1 Conclusiones** ..... 51
**7.2 Recomendaciones** ..... 53
**VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** ..... 55

## RESUMEN

La adolescencia es considerada como una etapa no solo de oportunidades sino también de desafíos. Por tal razón se le debe brindar a los adolescentes los medios necesarios para consolidar aquellas competencias y/o habilidades que le permitan afrontar situaciones adversas las cuales podrían poner en riesgo su bienestar y salud.

**OBJETIVO:** Determinar la correlación entre el nivel de habilidades sociales y las conductas de riesgo para la salud en los adolescentes de una institución educativa pública del Callao.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Investigación de enfoque cuantitativo de corte transversal y diseño correlacional, la población estuvo conformada por 67 adolescentes, entre los 12 a 17 años de edad del nivel secundario. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de Habilidades Sociales del MINSA y el de Conductas de Riesgo Psicosocial adaptado por Saldívar y creado por Gonzales. La correlación entre las variables de estudio se llevó a cabo mediante la prueba estadística de Rho de Spearman.

**RESULTADOS:** Respecto a la relación entre las dos variables estudiadas, se encontró que el nivel de habilidades sociales se correlacionada inversamente con las conductas de riesgo para la salud. Asimismo, se evidenció en relación al nivel de habilidades sociales por dimensiones que los adolescentes presentan un nivel alto de asertividad, un nivel promedio de autoestima y toma de decisiones seguido por un nivel promedio bajo en la comunicación. Finalmente, respecto a las conductas de riesgo la más frecuente es la de tipo sexual seguida por el consumo de sustancias y la violencia interpersonal.

**CONCLUSIONES:** Los resultados indican que existe una correlación entre las variables de estudio. A medida que aumente el nivel de habilidades sociales las conductas de riesgo para la salud en los adolescentes se reducirán o no existirán.



**PALABRAS CLAVE:** conductas de riesgo para la salud; adolescente; habilidades sociales y salud del adolescente.

## ABSTRACT

Adolescence is considered a time not only of opportunities but also of challenges. For this reason, adolescents should be provided with the necessary means to consolidate those competencies and/or skills that allow them to face adverse situations that could jeopardize their well-being and health.

**OBJECTIVE:** To determine the correlation between the level of social skills and health risk behaviors in adolescents of a public educational institution in Callao.

**MATERIAL AND METHOD:** A quantitative cross-sectional research with a correlational design, the population consisted of 67 adolescents between 12 and 17 years of age at the secondary school level. The instruments used were the MINSA Social Skills Questionnaire and the Psychosocial Risk Behavior Questionnaire adapted by Saldívar and created by Gonzales. The correlation between the study variables was carried out using Spearman's Rho statistical test.

**RESULTS:** Regarding the relationship between the two variables studied, it was found that the level of social skills was inversely correlated with health risk behaviors. Likewise, it was evidenced in relation to the level of social skills by dimensions that adolescents present a high level of assertiveness, an average level of self-esteem and decision making followed by a low average level in communication. Finally, with respect to risk behaviors, the most frequent was sexual behavior, followed by substance use and interpersonal violence.

**CONCLUSIONS:** The results indicate that there is a correlation between the study variables. As the level of social skills increases, health risk behaviors in adolescents will be reduced or absent.



**KEYWORDS:** health risk behaviors; adolescent; social skills and adolescent health

# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Planteamiento del problema

La adolescencia al formar parte del proceso de desarrollo es considerada como un periodo de transición entre la niñez y la adultez en la cual se experimenta una serie muy marcada de cambios y transformaciones no solo físicas sino también psicosociales que tendrán una marcada influencia en la adquisición de competencias necesarias para un adecuado desarrollo hacia la vida adulta. Es así como la variabilidad e interacción que experimenta en estas dimensiones sumadas a la capacidad para obtener el mayor potencial concebido en todo su proceso de desarrollo, convierte a la adolescencia en una de las etapas de mayor trascendencia para adquirir el grado más alto posible de salud y bienestar. Asimismo, de lograrse ello generaría la obtención de enormes beneficios no solo en la vida personal de los adolescentes sino también para la sociedad al impulsar y consolidar los logros que se vienen desarrollando en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) [(1)]. Así como con los de la "estrategia mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescentes que guían las acciones a desarrollar en políticas de salud desde el 2016 al 2030" [(2)].

Análogamente a lo mencionado se puede agregar que, diversos estudios catalogan a los adolescentes como una población saludable debido entre otros aspectos a las bajas tasas de mortalidad que presentan en comparación con otros grupos etarios. A pesar de ello, si analizamos y ampliamos el concepto de salud obtendremos como resultado que las conductas de riesgo toman especial relevancia sobre todo en este grupo etario debido a que pueden propiciar que el adolescente se vea envuelto en escenarios que contribuyan a una mortalidad y morbilidad precoz [(3)(4)]. Y, en consecuencia, seguir contribuyendo al impacto negativo generado en la situación de salud del adolescente según los datos obtenidos tanto a nivel nacional [(5)] como en el contexto mundial [(6)].

Del párrafo anterior se desprende la necesidad de definir los dos conceptos que son abordados en el trabajo presentado; el primero de ellos hace referencia a las conductas de riesgo que según Jessor se definen como “toda actividad que aumenta la probabilidad de perder la condición de salud y que contribuye a una muerte prematura o discapacidad” [7]. Ello a su vez representaría un problema de salud pública si es que no se realizan acciones dirigidas para prevenir su aparición. Por otra parte, si se desea estudiar esta variable es reconocido y aceptado en el ámbito internacional el uso de la encuesta denominada Conductas de Riesgo en los Jóvenes[8] (YRBS, por sus siglas en inglés), la cual incluye seis categorías agrupadas en; riesgo a la actividad física inadecuada, el comportamiento sexual arriesgado (que puede conducir a un embarazo o infecciones de trasmisión sexual), el consumo de sustancias (uso y abuso de alcohol, cigarrillos y otras drogas), nutrición inadecuada, así como las lesiones no intencionales y la violencia.

Ante esta situación Oliva et al. [9] agregan que se debe fomentar el desarrollo de “habilidades, conductas y competencias necesarias para que el adolescente pueda tener éxito en los diferentes ámbitos en los cuales se desenvuelva”. Por tal motivo, es imprescindible que los adolescentes adquieran y fortalezcan el desarrollo de las habilidades sociales; que se definen según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un conjunto de conductas que nos permiten interactuar y relacionarnos con los demás de manera efectiva y satisfactoria. En ese sentido son una parte esencial de la actividad humana ya que el discurrir de la vida está determinado, al menos parcialmente, por el nivel de las habilidades sociales que desarrollemos debido a su influencia en el contexto personal, familiar y social. Es por ello que desarrollar la temática de las habilidades sociales es relevante debido a la existencia de un consenso cada vez mayor sobre que el desarrollo adecuado de estas habilidades en la adolescencia favorece no solo la capacidad para resolver problemas, sino que también brinda la autoconfianza necesaria para prevenir las conductas de riesgo.

Una de las políticas desarrolladas en nuestro país justamente se basa en la temática de promoción de habilidades sociales desde el ámbito educativo y el primer nivel de atención, sin embargo, a pesar de existir estrategias y lineamientos de política para lograr tal fin en la actualidad se puede observar que no se cumplen o que si lo hacen es de forma parcial, siendo los más perjudicados los adolescentes, la familia y la comunidad. Por esta razón es conveniente evidenciar mediante investigaciones de carácter científico la situación de salud actual de nuestros adolescentes, así como las falencias que existen e impiden alcanzar los objetivos planteados en la promoción de esta temática.

De esta manera la promoción de las habilidades sociales podrá cumplir una de sus principales metas al ayudar al adolescente en la adquisición de competencias indispensables para alcanzar un desarrollo adecuado en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelva ya sea este de tipo personal, académico, social, entre otros. Es así como los profesionales de la salud y los actores sociales y económicos entre los que se resalta la participación de la familia, comunidad y las instituciones de gobiernos tanto públicos como privados tienen un papel importante en la promoción de las habilidades sociales y la prevención o reducción de las conductas de riesgo en los adolescentes.

Entre los profesionales que conforman el equipo de salud podemos destacar la función que desempeña el profesional de enfermería quien vela por brindar cuidado a la población en su conjunto y en sus diferentes etapas de vida de una manera integral y multidimensional desde los diferentes niveles de atención de la salud. Es por ello que desde el primer nivel de atención se pone de manifiesto aún más la labor del profesional enfermero quien guía sus acciones desde el enfoque de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y brinda al adolescente los medios y/o mecanismos necesarios para incrementar su salud y por ende el bienestar general. Por otra parte, y para alcanzar tal fin reconoce y promueve la participación activa no solo del adolescente sino también de la familia y comunidad.

Asimismo, diversos trabajos científicos como los realizados por Martínez et al. [10] y Brandão et al. [11] en base al desarrollo de programas, actividades o intervenciones realizados por el profesional de enfermería han demostrado que ayudan a promover el ajuste social positivo y en la prevención diversas conductas de riesgo. Frente a lo expuesto, las instituciones educativas al representar uno de los principales agentes de socialización y aprendizaje de nuevos comportamientos se convierten en escenarios donde se puede abordar la promoción de las habilidades sociales y la prevención de conductas de riesgo.

Ahora bien, en base a la recolección de los testimonios de la comunidad educativa - los docentes, personal auxiliar, padres de familia, estudiantes entre otros - durante el periodo académico y la práctica comunitaria en la carrera de enfermería se obtuvo la siguiente información: "…hemos tenido dos casos de adolescentes embarazadas en lo que va el año..", "…contamos con una psicóloga en el turno mañana pero a ella le corresponde atender a los estudiantes de primaria pero si detectamos algún niño con problemas le pedimos que lo atienda…", "…la participación de los padres de familia en las reuniones de tutoría casi siempre es escasa…", "…en la hora de recreo ocurren algunas peleas…", "…hay estudiantes que no hacen caso a la indicación de los maestros y generan disturbios en clase…", "… si se detecta un caso de violencia lo derivamos a los especialistas pertinentes…", "…no se ha detectado a estudiantes que hayan consumido alcohol en el colegio pero sí se sabe que algunos se juntan en los alrededores para beber alcohol…", entre otros testimonios.

Teniendo en consideración estas situaciones que además fueron corroboradas se formularon las siguientes preguntas, ¿Cuáles son las habilidades sociales que los adolescentes han desarrollado con mayor frecuencia?, ¿Existe alguna diferencia entre el nivel de habilidades sociales que poseen los adolescentes según el género? ¿el desarrollo de habilidades sociales en los adolescentes será un factor protector para la prevención de conductas de riesgo? ¿a qué conductas de riesgo se encuentran expuestos o

son más vulnerables los adolescentes? Finalmente se considera importante identificar como se relacionan el nivel de habilidades sociales versus las conductas de riesgo en los adolescentes del nivel secundario de la I.E. Nro. 5050 “San Pedro” en el distrito del Callao.

**Formulación del problema**

Ante lo expuesto se formula la interrogante del estudio como:

- ¿Cuál es la relación entre el nivel de habilidades sociales y las conductas de riesgo para la salud en los adolescentes de la I.E. Nro. 5050 San Pedro- Callao 2019?

## 1.2. Objetivos

### 1.2.1. Objetivo general

- Determinar la correlación existente entre el nivel de habilidades sociales y las conductas de riesgo para la salud en los adolescentes de la I.E. Nro. 5050 “San Pedro- Callao”.

### 1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de habilidades sociales en los adolescentes de la I.E. Nro. 5050 “San Pedro” en sus dimensiones asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones.

- Describir las conductas de riesgo para la salud más recurrentes en los adolescentes de la I.E. Nro. 5050 “San Pedro” en sus dimensiones sexual, consumo de sustancias y violencia.

## 1.3. Importancia y alcance de la investigación

La adolescencia generalmente es considerada como un período de transición entre la infancia y la adultez, en la cual los adolescentes experimentan una serie de cambios y transformaciones que le permitirán obtener las competencias necesarias para conseguir el grado más alto posible de salud y bienestar. No obstante, también existe una mayor predisposición a adoptar

conductas riesgosas que en consecuencia pueden influir de manera negativa en su óptimo desarrollo personal.

En tal sentido se debe brindar al adolescente los mecanismos necesarios que le permitan aprender a identificar, fortalecer y poner en práctica las habilidades sociales que favorezcan no solo las relaciones interpersonales sino también la capacidad para superar las circunstancias adversas que pueda afrontar a lo largo de su vida. Por lo expuesto, esta población amerita ser intervenida por un equipo de trabajo multidisciplinario, intersectorial e integrado, capaz de brindar un cuidado integral a los grupos de mayor vulnerabilidad como es el de los adolescentes.

Es así como el profesional enfermero tiene una función transcendental al contribuir a la adquisición de conductas saludables que fomenten el autocuidado de los adolescentes y a la promoción de las habilidades sociales. Ello contribuye a su vez a la prevención de las conductas de riesgo y a la trascendencia de las intervenciones, resultado del trabajo en conjunto con la familia y comunidad desde el primer nivel de atención de salud.

La importancia del presente trabajo de investigación está dada porque brindará información relevante y de carácter científico que permitirá contrastar los resultados hallados con la realidad nacional, además de contribuir a la elaboración de futuros estudios desde un enfoque preventivo promocional.

Asimismo, favorecerá la priorización de acciones destinadas a la promoción de habilidades sociales y prevención de conductas de riesgo en los adolescentes dando como resultado respuestas eficientes y efectivas a esta problemática. De esta manera se podrá incrementar o aumentar el nivel de habilidades sociales del adolescente, así como mejorar el control sobre las conductas de riesgo.

# II. REVISIÓN DE LITERATURA

## 2.1. Antecedentes

### 2.1.2 Antecedentes Internacionales

Paredes-Iragorri MC y Patiño-Guerrero LA**.** [12] realizaron en Colombia durante el 2018 un estudio titulado "Comportamientos de riesgo para la salud en los adolescentes". Siendo la metodología empleada para tal fin la búsqueda bibliográfica en la cual se incorporó al estudio un total de 45 artículos científicos, donde se concluyen:

> "*sí queremos disminuir la morbimortalidad en los adolescentes se debe realizar tamizaje de múltiples comportamientos de riesgo. De esta manera podremos realizar un adecuado abordaje y manejo precoz de las intervenciones que se realicen sobre todo desde el primer nivel de atención*"

Carrillo Sierra SM. et al. [13] en el año 2018-Colombia, llevaron a cabo un trabajo de investigación titulado "Habilidades para la vida como elementos en la promoción y educación para la salud en los adolescentes y jóvenes". El estudio fue realizado mediante un diseño bibliográfico de tipo documental. Se tiene como conclusión:

> "(…) *a pesar de haberse implementado a nivel mundial el modelo de habilidades para la vida (…) solamente incluye en un mayor porcentaje a la prevención de las conductas de riesgo relacionadas con el consumo y abuso de sustancias (…) siendo escaso el manejo con frente a las conductas delictivas, auto lesivas…que presentan la principal causa de mortalidad (…)*"

Rosabal García et al. [14] en el año 2015, en Cuba, realizaron una revisión bibliográfica titulada "Conductas de riesgo en los adolescentes" la cual tuvo entre sus principales objetivos describir las conductas de riesgo presentes en los adolescentes de Cuba y el mundo, donde concluyen:

> *"La adolescencia es una etapa donde se presenta con mayor intensidad las conductas de riesgo (…) dando como resultado consecuencias nocivas para la salud (…) ello sumado a la existencia de diversos criterios para su abordaje y el*

> *desconocimiento sobre estos temas han hecho difícil su manejo integral por lo tanto es necesario su estudio; de esa manera se podrá implementar políticas y programas de prevención para disminuir estos comportamientos y sus consecuencias"*

Redondo Pacheco J., et al. [15], en el año 2015, en Colombia, realizaron el estudio titulado "Efectos comportamentales de un programa de habilidades sociales en jóvenes de 14 a 18 años en situación de vulnerabilidad". El estudio siguió la metodología cuasi experimental, para lo cual se contó con 50 adolescentes. Respecto a la conclusión se tiene que:

> *"el programa generó efectos comportamentales en los adolescentes es decir hubo un incremento de sus conductas socialmente adecuadas (…) de esa manera se pudo concluir que los programas de habilidades sociales son herramientas útiles que favorecen su desarrollo"*

### 2.1.2 Antecedentes Nacionales

Orellana Gavidia C., [16] quien realizó en el 2020 la tesis denominada "Conducta sexual de riesgo, educación sexual y expectativas a futuro en adolescentes de Lima". Siendo la metodología de tipo cualitativa en la cual además se diseñó una guía para llevar a cabo la entrevista semiestructurada. La población participante fue de 12 adolescentes donde además se concluye:

> *"existe una relación entre las conductas sexuales de riesgo sobre todo la asociada al embarazo durante la adolescencia y las expectativas a futuro (…) la educación que se brinda en el ámbito escolar es muy limitada y por lo tanto no estaría cumpliendo su rol en la prevención del comportamiento sexual de riesgo (…)"*

Cacho Becerra ZV. [17] realizó en el año 2019 la tesis doctoral denominada "Taller tutorial de habilidades sociales en prevención de conductas de riesgo en estudiantes de educación secundaria, Jequetepeque-2017". El estudio fue de tipo cuasi experimental y la muestra estuvo conformada por un total de 60 estudiantes. Se concluye;

> *"(…) en un principio los adolescentes presentaron un nivel medio para el desarrollo de conductas de riesgo, pero luego de la aplicación del taller de Habilidades Sociales dio como resultado la disminución de este tipo de comportamientos (…) asociados a riesgo de embarazo adolescente, consumo de drogas, violencia y Bullying (…)"*

Monasterio Ontaneda A. [18] realizó un trabajo de investigación en el 2019, con el objetivo de establecer la relación que existe entre las variables habilidades sociales y las conductas de riesgo en escolares de Lima Metropolitana. Para ello la metodología empleada fue de tipo cuantitativo, transversal y correlacional. La muestra está conformada por 83 estudiantes. Los resultados encontrados hacen énfasis en concluir:

> *"Se pudo observar una relación estadísticamente significativa entre las habilidades sociales y las conductas de riesgo (…) es decir mientras mayores son las competencias sociales menores son los comportamientos de riesgo de los adolescentes (...) aun así es necesario diseñar y ejecutar intervenciones que también aborden contenidos afectivos que involucren a los participantes"*

Rivera Neyra N.C., Zavaleta Yparraguirre G.C. [19], en el 2015 llevaron a cabo una investigación de tipo cuantitativa, transversal y correlacional que se tituló "Habilidades sociales y conductas de riesgo en adolescentes escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo – Trujillo, 2015". A su vez la muestra estuvo conformada por 208 adolescentes. Encontrándose entre otras conclusiones:

> *"La mayoría de los adolescentes presentan un nivel de asertividad con promedio alto (…) encontrándose en las categorías de autoestima y toma de decisiones un nivel bajo lo que predispone a desarrollar conductas de riesgo (…) a su vez que a menor nivel de habilidades sociales se presentan más conductas de riesgo (…)"*

Los trabajos de carácter científico citados tanto a nivel nacional como internacional fueron utilizados como guía para orientar el presente trabajo de investigación debido a que facilitaron el desarrollo de las variables de estudio y describen la importancia de las intervenciones del personal de salud en la promoción de la salud.

## 2.2. Bases teóricas

### 2.2.1. Aspectos conceptuales sobre la adolescencia

La presente investigación aborda cuatro principales conceptos que se interrelacionan entre sí y permiten tener una visión más amplia de la situación de salud del adolescente. Es por ello pertinente partir describiendo la adolescencia y sus principales enfoques de estudio para luego identificar cómo se relaciona con las conductas de riesgo y encuentra en las habilidades sociales una alternativa para hacerle frente a esta disyuntiva. La cual no es ajena al quehacer del profesional de enfermería quien contribuye al óptimo desarrollo del adolescente mediante el cuidado de la salud de manera integral.

#### A. La adolescencia

En el ámbito internacional, cronológicamente la etapa de la adolescencia está comprendida entre los 10 y los 19 años de edad según lo dispuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) [20] y que también es avalado por la Organización de Naciones Unidas (ONU) [21] y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) [22]. Ahora bien, aunque este rango de edad es un referente para llevar a cabo diversas investigaciones, así como la aplicación de las principales encuestas de salud a nivel mundial como la relacionado con el tabaquismo en jóvenes (GYTS) [23] o la salud estudiantil basada en la escuela (GSHS) [24] solo por mencionar algunos ejemplos.

En el ámbito nacional los ciudadanos catalogados como adolescentes son todas las personas cuyas edades están comprendidas entre los 12 y 17 años de edad [26] en concordancia con el Código del Niño y adolescente [27] y los demás convenios internacionales ratificados por el Perú. Por lo expuesto, se puede apreciar que existen diferentes parámetros sobre cómo enmarcar de forma cronológica a la etapa de la adolescencia lo que guarda relación entre otros aspectos a la

particularidad del contexto sociocultural que le toque vivir al adolescente.

Por otra parte, actualmente existen entidades académicas internacionales, dedicadas a la investigación y al cuidado de la salud de los adolescentes como la Comisión de The Lancet sobre la salud y el bienestar del adolescente [25] que han anunciado una nueva propuesta para catalogar la etapa de la adolescencia como aquella que se encuentra comprendida entre los 10 a 24 años de edad, aludiendo que los patrones de desarrollo contemporáneos varían de acuerdo al contexto cultural en el cual se desenvuelve el adolescente.

**B. Etapas de la adolescencia**

La OMS clasifica a la adolescencia en 2 fases; la adolescencia temprana entre los 12 a 14 años de edad y la fase tardía que va desde los 15 hasta los 19 años. Por el contrario, en el ámbito regional la Organización Panamericana de la Salud (OPS) agrega una fase adicional distinguiéndose en 3 etapas, la adolescencia temprana de los 10 a 13 años de edad, de 14 a 16 años la adolescencia media y de 17 a 19 años la fase tardía.

Por otro lado, en el Perú la adolescencia se divide en dos subgrupos, la primera fase entre los 12 a 14 años de edad y la segunda entre los 15 a 17 años según lo mencionado en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Adolescentes en donde además se agrega que el adolescente es un ser sujeto a derechos tanto generales, que son los inherentes a cada persona, como específicos, producto del proceso de desarrollo que experimenta. Ejemplo de esto último encontramos determinados enfoques que orientan la atención integral del adolescente como los basados en el desarrollo positivo, género, curso de vida, interculturalidad, inclusión social, entre otros.

En definitiva, se deduce que no hay una homogeneidad para designar estas etapas o fases de desarrollo en el adolescente. Por esta razón y debido al carácter tradicional para dividir las fases de la adolescencia la presente investigación optó por trabajar con los rangos etarios propuestos por la OPS.

Asimismo, si bien tampoco existe un consenso general sobre cómo definir a la adolescencia varios autores como Martínez, D et al., concuerdan en señalar que esta etapa del desarrollo humano no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo [28]. Por lo tanto, si como nación o estado no se favorece un entorno o las condiciones necesarias para que el adolescente adquiera las habilidades o estrategias que le permitan lograr un adecuado desarrollo, puede verse inmerso en una situación de vulnerabilidad que podría afectar su salud y bienestar futuro. Es así como la adolescencia es quizás, en términos emocionales y de desarrollo, la etapa más complicada de todo el ciclo de vida [29].

### 2.2.2. Conductas de riesgo y situación de salud de los adolescentes

En el ámbito mundial los adolescentes entre los 10 y 19 años de edad constituyen una sexta parte de la población total, de los cuales aproximadamente el 16 % (157, 079,000) se concentra en la región de las Américas. A nivel nacional se puede apreciar que de acuerdo a las proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para el presente año (2021), se contabilizan un total de 3,150, 668 adolescentes peruanos quienes representan un 9,5 % de la población general (33, 039,668) [30].

Ahora bien, si analizamos la situación de salud de los adolescentes encontraremos que este grupo etario es catalogado como una población sana debido a su potencial para alcanzar el grado más alto posible de salud y bienestar. Asimismo, la carga de mortalidad es reducida si la comparamos con

otros grupos etarios. Sin embargo, al indagar sobre las principales causas de morbilidad encontraremos que los adolescentes representan el 6% de la carga mundial de enfermedades y lesiones las cuales en su mayoría pudieron ser prevenibles o tratables [31].

Por otra parte, al indagar sobre las 5 principales causas de morbimortalidad encontraremos que tres de ellas se relacionan con las conductas de riesgo como las lesiones no intencionales producto de los accidentes de tránsito, la infección por VIH y la violencia interpersonal, situación que se ve reflejada no solo a nivel mundial sino también en los países que forman parte del continente americano, entre ellos el Perú. Al respecto, según la última edición del "documento técnico sobre la situación de salud de los adolescentes" [32] se menciona que una de las principales causas de morbilidad y mortalidad se relacionan con las complicaciones producto del parto y el embarazo y el consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco.

Ante esta situación, son diversas las políticas gubernamentales y los programas que se han venido desarrollando a lo largo de los años con el fin de prevenir las conductas de riesgo en los adolescentes y promover el desarrollo de habilidades que les permitan afrontar este tipo de situaciones. En tal sentido la Organización Panamericana de la Salud (OPS) agrega que también se debe tener en consideración los determinantes sociales de la salud, la situación socioeconómica y la educación como parte de los factores contextuales que favorecen la morbimortalidad en este grupo etario [33].

Por esta razón, es conveniente analizar las conductas de riesgo que representan una carga negativa para la salud actual y futura de los adolescentes que incluyen a las conductas sexuales de riesgo, la violencia interpersonal y el consumo de sustancias como el alcohol y el cigarrillo, que comienzan a tener un impacto importante a esta edad y generan grandes repercusiones tanto en el ámbito familiar, social y económico.

## A. Conducta sexual de riesgo

La mayoría de estudios sobre esta conducta de riesgo se relacionan con sus principales posibles consecuencias entre las que encontramos al embarazo adolescente y las infecciones de trasmisión sexual (ITS) como la infección causada por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH).

Respecto al primer punto, los datos estadísticos otorgados por la OMS nos muestran que si bien desde finales del siglo XX se ha registrado una disminución considerable de las tasas de natalidad entre las adolescentes aún en el presente milenio el embarazo precoz representa aproximadamente un 11% de los nacimientos a nivel mundial [34]. En el ámbito nacional se tiene un porcentaje parecido a la estadística mundial simbolizado por un 10,1% de nacimientos de madres adolescentes [32].

Asimismo, si bien las ITS no solo abarcan a la infección por el VIH la mayoría de estudios abordan este tema debido a las repercusiones en su mayoría negativas en la calidad de vida de quien contraiga la enfermedad, así como al incremento de los reportes de adolescentes infectados que solo en el 2019 ascendían a un total de 1,7 millones. Cifra que es alarmante sobre todo porque muchos de ellos desconocen en un principio su estado de seropositividad debido a la falta de acceso y cobertura de pruebas diagnósticas, por lo cual no reciben un tratamiento antirretroviral oportuno o si en todo caso acceden al servicio hay un incumplimiento del tratamiento debido entre otras circunstancias a la falta de servicios adaptados a la necesidad de los adolescentes y como consecuencia no se suprime la carga viral [35].

En vista de esta problemática se viene reforzando los trabajos a nivel mundial y nacional que buscan asegurar y garantizar el acercamiento a los servicios destinados a prestar atención en los que respecta a la salud sexual y reproductiva. Lo cual es respaldado por diversos acuerdos internacionales como los establecidos en la “Estrategia Mundial para la

Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente" [28] y los "objetivos de Desarrollo Sostenible abocados al número 3" [36].

**B. Consumo de sustancias nocivas**

Esta conducta de riesgo hace referencia al uso y abuso de alcohol, cigarrillos y otras drogas. Es así como en el mundo actualmente se tiene que más de una cuarta parte de los adolescentes equivalente a 155 millones son consumidores de alcohol y que el continente americano ocupa el segundo lugar en magnitud [37]. En el Perú, la edad promedio para iniciarse en el consumo de alcohol es de 12.6 años lo cual puede variar entre 11.9 a 13.1 de acuerdo al área rural y urbana [32]. Asimismo, se ha reportado que la gran mayoría de adultos consumidores de alcohol iniciaron a realizarlo durante la adolescencia.

El consumo de tabaco es otra conducta de riesgo que se inicia a edades tempranas, razón por la cual, por lo menos 1 de cada 10 adolescentes entre los 13 a 15 años de edad consumen tabaco [19]. Rango de edad que no difiere mucho de nuestra realidad nacional en la cual los y las adolescentes inician el consumo de tabaco entre los 13.4 a 13.9 años. De ahí que sus efectos principales se evidencian durante la adultez.

El consumo de estas sustancias nocivas genera alteraciones neuro cognitivas que más adelante pueden generar problemas de comportamiento, emocionales, sociales o académicos. Por ello las estrategias e intervenciones que se desarrollen buscan involucrar no solo al adolescente sino también a su entorno más cercano como la escuela, la familia y la comunidad.

**C. Violencia interpersonal**

Otra conducta de riesgo que también es considerada como un problema de salud pública que afecta a los adolescentes indiscriminadamente según su sexo y edad está relacionada con la violencia. A propósito, según el informe elaborado por el "Fondo de las Naciones Unidas para

la Infancia (UNICEF)" [38] se tiene que alrededor del 81% de adolescentes fueron víctimas de violencia psicológica o física alguna vez en su vida. Situación que no difiere de nuestra realidad nacional en donde más del 78 % de adolescentes han sido víctimas de violencia física y/o psicológica en el hogar y un 68,5 % fueron violentados en el ámbito escolar [39]. Es así como se puede corroborar que de todas las formas de violencia la de tipo interpersonal ocupa la cuarta causa de mortalidad mundial.

### 2.2.3. Habilidades sociales

#### A. Aspectos conceptuales de las habilidades sociales

Es necesario mencionar que existen diferentes maneras de definir y clasificar a las habilidades sociales dado su complejidad multidimensional. Por tal razón, se ha optado por abordarla desde la teoría del Aprendizaje Social y Sociocultural con la finalidad de tener una visión más amplia y precisa sobre el tema. Finalmente se realizará un análisis de las habilidades que contribuyen al desarrollo de las habilidades sociales, destacando entre ellas: asertividad, autoestima, comunicación y la toma de decisiones.

Según Caballo [40] las raíces históricas de las habilidades sociales datan del siglo XX, cuando representantes como Phillips [41] Murphy [42] y Jack [43] estudiaron aspectos de la vida social de los niños. Sin embargo, años más tarde y tras la introducción de la conducta asertiva en el desarrollo de las terapias conductuales, así como los estudios realizados en base a la psicología social y el desarrollo de la terapia de aprendizaje estructurado por Goldstein [44] permitieron ampliar las bases sentadas por sus antecesores y le otorgaron el carácter científico y sistemático.

1. **Teoría del Aprendizaje Social**

   También conocida como modelo cognitivo social tiene como precedente a los trabajos realizados por Miller y Dollard en 1941, posteriormente es Bandura y Walters quienes amplían esta teoría al otorgarle un enfoque experimental al aprendizaje mediante los principios de la observación o modelado.

   La teoría en mención postula que el aprendizaje de nuevos comportamientos o conductas se da mediante la observación e interacción social y que al ponerlos en práctica se obtienen resultados favorables o permiten al sujeto actuar de un modo socialmente competente.

   Además, agrega que no todos los comportamientos observados se aprenden con eficacia por lo que se debe considerar otros aspectos para lograr la efectividad de las intervenciones, entre los cuales se menciona la educación de los pares y la autosuficiencia, esta última entendida como la confianza para desempeñar diversas conductas mediante cualidades internas.

2. **Teoría Sociocultural**

   Vygotsky [45] plantea que el proceso enseñanza-aprendizaje surge mediante la interacción que ocurre entre el sujeto y su entorno sociocultural. Es así como esta teoría hace énfasis en la manera determinante como ambos aspectos se interrelacionan y favorecen no solo el desarrollo cognoscitivo sino también el de las habilidades sociales.

   Asimismo, agrega que a través de este proceso podremos apreciar a un sujeto interactivo que responde a las necesidades no solo de su entorno cultural, sino que también contribuye al propio desarrollo y fortalecimiento de sus habilidades sociales. De la misma forma esta teoría tiene un papel importante en el ámbito de la educación y

desarrollo de programas de aprendizaje mediante la interacción docente-estudiante.

### 3. La OMS y las habilidades para la vida

Por su parte la OMS, si bien no define el concepto de habilidades sociales tácitamente si trata el tema de habilidades para la vida que son definidas como “aquellas destrezas o capacidades que posee un individuo para enfrentarse con éxito a los desafíos de la vida diaria” [46]. Las cuales a su vez se dividen en tres categorías que se complementan, refuerzan y son esenciales para el desarrollo saludable del adolescente siendo una de las tres subdivisiones representada por las habilidades sociales, entre las que se menciona a la comunicación, asertividad entre otras habilidades.

Es así como diversos estudios han demostrado que los programas que abordan el tema de las habilidades para la vida o las habilidades sociales son considerados como un factor protector para la promoción y prevención de la salud en adolescentes. Así pues, dado estos resultados favorables la OPS y la UNICEF han optado por sumar esfuerzos e implementar programas de intervención basada en las habilidades de acuerdo a la realidad socio sanitaria de cada país [47].

### 4. Las habilidades sociales en el ámbito nacional

En el ámbito nacional, el Ministerio de Salud (MINSA), señala que tal concepto se relaciona con el desarrollo de competencias necesarias para una saludable transición a la vida adulta. Además, agrega que las habilidades sociales forman parte del desarrollo de una conducta que al ser empleada en el cotidiano permitirá a la persona obtener resultados favorables y por ende estilos de vida más saludables que influenciará de manera positiva sobre los determinantes de la salud, los cuales son ejes fundamentales para el desarrollo biopsicosocial de las y los adolescentes [48].

## B. Dimensiones de las habilidades sociales

En el Perú en el marco del convenio entre el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Educación (MINEDU) han desarrollado el Programa de Promoción de la Salud en Instituciones educativas [50]. El cual tiene entre sus principales objetivos que los estudiantes, así como los demás integrantes de la comunidad educativa (docentes, padres de familia, entre otros) realicen prácticas saludables en torno a su salud individual y colectiva.

Es así como una de las estrategias a desarrollar consiste en la capacitación en habilidades sociales a los adolescentes escolares por lo cual se toma como referencia la aplicación del Manual de Habilidades Sociales que fue aprobado tanto por el MINSA como por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi, siendo a este último a quien se le atribuye la creación. Asimismo, es conveniente mencionar que su estudio de divide en 4 dimensiones; asertividad, toma de decisiones, comunicación y autoestima [48].

### B.1. Autoestima

La definición del concepto autoestima ha sido estudiada por diversos autores los cuales en su mayoría consideran que tiene gran relevancia en el desarrollo normal y sano de las personas al favorecer no sólo la interacción social sino también el desenvolvimiento de sus competencias personales. En el contexto cronológico la definición de la autoestima y los estudios al respecto han derivado de diversas investigaciones de carácter científico que buscaban el entendimiento de la conducta humana. Es por ello que algunas de las principales definiciones se encuentran influenciadas por las Escuelas Psicológicas, como el Humanismo.

Entre los primeros exponentes encontramos a William James, quien publicó en 1980 el libro titulado Principios de la Psicología, donde

definió a la autoestima como “La estima que sentimos por nosotros, depende enteramente de lo que pretendemos ser y hacer” [50]. Asimismo, añade que la autoestima se puede medir en base a los éxitos obtenidos relacionados inversamente con nuestras pretensiones “aspiraciones”.

Por su parte Abraham Maslow y Carls Rogers, uno fundador y el otro impulsor respectivamente del Humanismo, son quienes amplían la definición propuesta por James. El primero agrega que la naturaleza interna del ser humano busca satisfacer sus necesidades básicas - entre las cuales se encuentra la autoestima – y de esta manera podrá lograr la autorrealización. Pérez [50] quien cita a Rogers, señala que este último encontró que la mayoría de personas se desprecian y no creen en su capacidad para lograr ser amados pero que la aceptación incondicional nos permitirá aceptarnos, amarnos y ser nosotros mismos.

Por otro lado, Rosenberg M. desde un enfoque sociocultural la define como “la totalidad de los pensamientos y sentimientos de la persona con referencia a sí misma como objeto” [50]. En donde el entorno social y la cultura se relacionan de manera directa con la valoración ya sea positiva o negativa que pueda tener sobre sí misma la persona. Asimismo, podremos diferenciar dos niveles; la autoestima alta y autoestima baja, diferenciación que también sirve de referencia para los estudios que se vienen realizando en la actualidad sobre el tema. Finalmente, Pérez [50] y Panesso et al. [51] señalan que el auto concepto, la auto eficacia, la auto dignidad y el auto conocimiento, son los pilares fundamentales de la autoestima y que la ausencia de uno de ellos es capaz de deteriorarla.

### B.2. Asertividad

Tortosa, quien pone de manifiesto la importancia del desarrollo de las habilidades sociales desde el ámbito educativo y además cita a Alberti y Emmons quienes definen el ser asertivo como “una conducta que nos permite expresar nuestros intereses, sentimientos, así como el defender y ejercer nuestros derechos, sin negar el de las otras personas” [52]. Al respecto Rodríguez et al., agrega que también forma parte de un comportamiento comunicacional maduro que cuenta con las características de ser consciente, directo y equilibrado [53]. Siendo la definición otorgada por el MINSA como la “manifestación de uno mismo en sus valores, conductas, pensamientos y actitudes” [54].

Por otra parte, estudios como los realizados por Gonzales et al. [55], en un grupo de adolescentes escolarizados, señalan que la falta de asertividad se relaciona directamente con síntomas de ansiedad y altos niveles de agresividad, lo cual podría desencadenar un rendimiento académico bajo y terminar en un fracaso escolar. Así mismo, se recoge como parte de las principales conclusiones que se debe promover el desarrollo de programas educativos que tengan como objetivo explícito el fomento y desarrollo de la asertividad debido a su relevancia en los diferentes aspectos de la vida en los adolescentes.

Para concluir este punto, es conveniente mencionar que la asertividad no solo forma parte de las habilidades sociales, sino que también en sí misma incluye a otras como por ejemplo la capacidad de comunicación, a la vez que posee gran relevancia en los diferentes ámbitos de desarrollo de la persona y que el ámbito académico debe ser un punto de partida para fortalecer o fomentar la asertividad.

### B.3. Comunicación

Respecto a la comunicación se menciona que forma parte de un proceso en donde se busca no sólo recibir información (emociones, ideas, intereses, entre otros) sino también el “poder transmitirla a través

de los signos verbales y no verbales" [54]. Lo cual repercutirá en diferentes aspectos de nuestra vida personal, así como en la interacción con el entorno social. Sobre este punto también se argumenta que la comunicación, si bien facilita las relaciones interpersonales, a la vez se debe tener en cuenta que existen obstáculos o barreras como las de tipo personales, semánticas o ambientales que de presentarse repercuten de manera negativa al proceso de comunicación [52].

Ahora bien, el estudio de la comunicación como parte de las habilidades sociales se ha caracterizado por dividirla en tres estilos comunicativos; asertivos, pasivos y agresivos. La persona que utiliza el primer estilo se caracteriza por respetarse a sí mismo como al resto, defiende sus derechos, pero también sus obligaciones y necesidades [56]. El estilo pasivo se diferencia por presentar limitaciones al expresar de manera abierta nuestros pensamientos, sentimientos y opiniones, por mencionar algunos ejemplos. Situación contraria al estilo agresivo en el cual la persona si bien es capaz de manifestar lo que desea comunicar, lo realiza mediante amenazas o imponiendo su papel como emisor [56].

Por su parte, Tacca et al [57], mencionan que, si favorecemos la construcción de una imagen positiva en los adolescentes, ellos serán capaces de entablar una comunicación a nivel interpersonal con sus coetáneos. Contribuyendo de esta manera al desarrollo de las habilidades blandas que le facilitarán alcanzar el éxito.

### B.4. Toma de decisiones

Según la literatura la toma de decisiones se define como la capacidad o habilidad para elegir una opción de solución ante un problema o circunstancia del cual también tendremos que asumir el compromiso ante las consecuencias a corto plazo como los resultados a futuro. Ello guarda relación con lo postulado por Villegas et al [58], quienes agregan

que se debe elegir una opción ventajosa y evaluar los riesgos que implica la elección. Por otra parte, Betancur describe que la toma de decisiones parte de dos posturas, la primera consiste en decidir y asumir el compromiso con los resultados o la segunda opción que es el no decidir y por ende no hacer nada para alcanzar los resultados que se desea [59].

Lo dicho hasta aquí supone que a lo largo de nuestra vida siempre hemos tenido o vamos a vernos en la necesidad de tomar decisiones y por ende tendremos que asumir las consecuencias sean estas positivas o negativas para nuestro interés. Pero es en la adolescencia cuando este proceso toma una mayor trascendencia debido a que muchas veces marcará el rumbo de su proyecto de vida en un contexto generalmente de incertidumbre y de factores que pueden afectar la toma de decisiones como la presión grupal, el tiempo, el estrés, la funcionalidad familiar, entre otros [17]. Ante esta situación Esteves et al., postulan que la disfuncionalidad familiar podría limitar la toma de decisiones en los adolescentes [60].

Por ello, es sumamente importante, que el adolescente aprenda a conocerse a sí mismo y la realidad de su entorno con el fin de analizar tanto las posibilidades como los límites u obstáculos que le ofrece el contexto social en el que vive. Por tal motivo, la toma de decisiones se podría considerar como una habilidad indispensable que debe ser enseñada para potenciar su desarrollo personal y social.

## 2.3. Definición operacional de términos

### Habilidades Sociales

- Son las capacidades y/o competencias que poseen los adolescentes de la I.E. Nro. 5050 “San Pedro” que le permiten relacionarse de manera efectiva con su entorno social y contribuyen a reducir y/o evitar conductas desfavorables para su desarrollo saludable al poner

en práctica la autoestima, comunicación, asertividad y toma de decisiones.

**Conductas de riesgo**

- Son aquellas acciones realizadas por los adolescentes de la I.E. Nro. 5050 “San Pedro”, que pueden repercutir de manera negativa en su salud al verse expuestos al consumo de sustancias (alcohol y tabaco), situaciones de violencia interpersonal y la conducta sexual riesgosa como el embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual.

**Adolescentes**

- Son todos los estudiantes tanto de sexo femenino y masculino cuyas edades se encuentran comprendidas entre los 12 a 17 años de edad, quienes además cursan el nivel secundario durante el turno tarde en la I.E. Nro. 5050 “San Pedro” durante el año 2019.

# III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

## 3.1. Hipótesis

- **Hi:** "Existe correlación significativa entre el nivel de habilidades sociales y las conductas de riesgo para la salud en los adolescentes de la I.E. Nro. 5050 San Pedro”.

- **Ho:** "Existe correlación no significativa entre el nivel de habilidades sociales y las conductas de riesgo para la salud en los adolescentes de la I.E. Nro. 5050 San Pedro”.

## 3.2. Variables

**Identificación de las variables**

- Habilidades sociales de los adolescentes: variable independiente.
- Conductas de riesgo de los adolescentes: variable dependiente.

# IV. MATERIALES Y MÉTODOS

## 4.1. Tipo y método de investigación

El trabajo de investigación presentado es de tipo cuantitativo dado que las variables de estudio son susceptibles de ser cuantificadas mediante el uso del análisis estadístico; y de nivel aplicativo ya que los resultados contribuirán y orientarán al desarrollo de estrategias de aprendizaje en la temática de prevención de las conductas de riesgo y la promoción de las habilidades sociales de los adolescentes.

## 4.2. Diseño de investigación

Descriptivo, correlacional y de corte transversal, ello favoreció que el estudio de las variables de investigación considerando la realidad en la cual se presentan, así como el grado de relación existente entre sí y que además fueron medidas en un espacio y tiempo determinado.

## 4.3. Sede de estudio

El estudio se llevó a cabo en la institución educativa Nro. 5050 “San Pedro”, situada en la urbanización Ciudad del Pescador del distrito de Bellavista, de la Provincia Constitucional del Callao. Por consiguiente, integra la Dirección regional de Educación (DRE) del Callao.

La infraestructura de la institución educativa es de material noble, cuenta con una segunda planta, 2 patios principales, 1 ambiente utilizado como dirección, 1 aula de cómputo, 1 biblioteca y 1 sala de reunión de profesores. En lo referente a los salones cuenta con un total de 17 secciones distribuidos en 10 para el nivel primario y 7 para el secundario. Por otro lado, se puede mencionar que el horario de clases de distribuye en dos turnos; mañana y tarde. Es así como el primer turno – el de la mañana- inicia desde las 8: 00 hasta las 1: 00 pm seguida respectivamente por el turno tarde de 2:00 pm a 6: 00 pm, respectivamente.

### 4.4. Población, muestra y muestreo

#### 4.4.1. Población

La población objeto de estudio estuvo conformada por un total de 223 estudiantes adolescentes del 1º al 5° año de secundaria, quienes reciben clases en el turno tarde, en la I.E. Nro. 5050 “San Pedro”. De acuerdo al grado académico al cual pertenecen se encuentran divididos de la siguiente manera:

| **Nivel Secundario** | |
|---|---|
| **Grado** | **Cantidad de estudiantes** |
| **1°** | 24 |
| **2°** | 28 |
| **3°** | 52 |
| **4°** | 67 |
| **5°** | 52 |
| **TOTAL** | **223** |

#### 4.4.2 Muestra y Muestreo

La muestra fue conformada por un total de 67 estudiantes adolescentes del 1ero al 5to grado de secundaria. Siendo el método empleado el de tipo probabilístico estratificado con afijación proporcional (Ver anexo B). Asimismo, se consideró como estrato al grado académico al cual pertenecían los adolescentes durante el año 2019. Es así como, podemos ver la distribución de los estudiantes en el cuadro que sigue:

| AÑO | Sección | N° | Muestra |
|---|---|---|---|
| **1°** | D | 24 | 7 |
| **2°** | C | 28 | 8 |
| **3°** | C | 23 | 7 |
| | D | 29 | 9 |
| **4°** | B | 23 | 7 |
| | C | 24 | 7 |
| | D | 20 | 6 |
| **5°** | B | 26 | 8 |
| | C | 26 | 8 |
| **Total** | | **223** | **67** |

### 4.4.3. Criterios de inclusión

- Adolescente matriculado en la I.E. Nro. 5050 “San Pedro” y que asiste regularmente – no tiene faltas reiterativas - a clases.
- Adolescente estudiante de secundaria en el turno tarde.
- Adolescente comprendido entre los 12 a 17 años de edad.
- Adolescente, cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado con el objetivo de participar en la investigación.

### 4.4.4. Criterios de exclusión

- Adolescente que manifieste verbalmente no dar el consentimiento para participar en la investigación.
- Adolescente que no tenga firmado el consentimiento informado dirigido a los padres de familia.
- Adolescente que cuente con una edad diferente al intervalo de 12 a 17 años de edad.

## 4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Validez y confiabilidad

Para llevar a cabo la recolección de datos de forma sistemática y ordenada se recurrió a la técnica conocida como encuesta, la misma que permitió el uso de dos cuestionarios a manera de instrumentos. Por consiguiente, para la primera variable de estudio se utilizó el cuestionario de habilidades sociales elaborado por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi [48] y que además fue aprobado por el Ministerio de Salud [62] para su uso generalizado en el ámbito de la salud pública. Sobre el cuestionario en mención se recalca que analiza las habilidades sociales en base a 4 dimensiones; asertividad, autoestima, comunicación y toma de decisiones, sumándose así un total de 42 ítems, con cinco alternativas de respuesta (Ver Anexo C).

Asimismo, cada pregunta posee un valor comprendido entre 1 a 5 lo cual depende de la frecuencia en la cual se realicen determinadas habilidades sociales. El valor final corresponde al nivel de habilidades sociales que presentan los adolescentes y se divide en 7 valores finales; Muy alto (entre 174–210 puntos), Alto (entre 162–173 puntos), Promedio alto (152–161 puntos), Promedio (142–151 puntos), Promedio bajo (127-141 puntos), Bajo (88-126 puntos) y finalmente Muy bajo (≤ a 88 puntos). (Ver anexo C).

En relación al segundo cuestionario este hace referencia al de conductas de riesgo psicosocial, el cual fue validado a nivel nacional por Saldívar [78] y consta de 40 preguntas. Asimismo, se realizó una prueba piloto con 30 estudiantes, 6 de cada año académico, con el cual se evaluó la redacción y alternativas de respuestas del instrumento; determinándose de esta manera disminuir el total de las preguntas originales a 20 con el fin de mejorar la validez interna del estudio. Asimismo, es importante mencionar que la información recolectada en este proceso de validación fue excluida del análisis de los datos.

Finalmente, las dimensiones de las conductas de riesgo están conformadas por riesgo en torno a la conducta sexual, el consumo de sustancias y la violencia interpersonal. Siendo la opción de respuesta de tipo múltiple con una puntuación de 1 y 0 de acuerdo a la presencia o ausencia de la conducta de riesgo. El valor final corresponde a si presentan conductas de riesgo (entre 6 a 20 puntos) o si no presentan conductas de riesgo (entre 0 a 5 puntos). (Ver anexo C).

**Validez**

El cuestionario de habilidades sociales al ser un instrumento utilizado a nivel nacional aprobado mediante el Documento Técnico N° 917 con Resolución Ministerial N°1077-2006 [61], y formar parte de las políticas de promoción de salud del estado peruano por tal motivo no fue necesario comprobar su validez.

Respecto al cuestionario de Conductas de Riesgo este fue sometido a un juicio de expertos a través del coeficiente de contenido (CVC) encontrándose el valor de 0.8027 por lo cual se determina que posee una buena validez y concordancia (mayor a 0.80 y menor o igual a 0.90). (Ver Anexo D)

**Confiabilidad**

Para determinar el grado de confiabilidad de los dos instrumentos utilizados en el presente estudio se aplicó ambos cuestionarios en 30 sujetos que no pertenecen a la población de estudio y para su evaluación se empleó el *Coeficiente Alpha de Cronbach*. El cual fue calculado a través del paquete estadístico SPSS versión 27, encontrándose como resultado el valor de 0.854 respecto al cuestionario de habilidades sociales y de 0.710 para el de conductas de riesgo psicosocial, ambos valores muy cercanos a 1; concluyéndose que ambos instrumentos son confiables. Las varianzas necesarias para el cálculo del coeficiente se detallan en el cuadro 1, 2, 4 y 5 (Ver Anexo E).

### 4.6. Proceso de Recolección y Análisis Estadístico de Datos

La recolección de datos se realizó con previa autorización del área de la dirección educativa. Posterior a ello se coordinó las fechas en las cuales se llevó a cabo la entrega; en un primer momento, del consentimiento informado dirigido a los padres de familia. Luego con el apoyo de los docentes y tutora del plantel se procedió a aplicar los instrumentos de evaluación a aquellos estudiantes adolescentes que manifestaron verbalmente el querer participar del estudio y cuyos padres firmaron el consentimiento informado. Antes de la aplicación de los cuestionarios se les informó en una segunda oportunidad sobre el objetivo del estudio, sus implicancias, así como el carácter de confidencialidad y anonimato del estudio.

Finalmente, al haber concluido con la recolección de datos estos fueron procesados mediante el paloteo en una tabla matriz codificada. En consecuencia, los resultados obtenidos fueron representados mediante cuadros y gráficos estadísticos que facilitaron su análisis e interpretación.

En lo que respecta al análisis estadístico se utilizó el programa de Microsoft Excel en la versión 2016 con el fin de completar la matriz de la base de datos de los instrumentos utilizados para luego ser procesados en el software Statistical Package for Social Sciences, mejor conocido por sus siglas como SPSS versión 21. Lo que a su vez contribuyó a la representación mediante gráficos y tablas de los resultados, según los objetivos del estudio. Cabe concluir que al ser un estudio de tipo correlacional la relación entre las dos variables fue realizada mediante el Rho de Spearman. (Ver tabla 1)

### 4.8. Consideraciones éticas

Previa coordinación con la directora de la institución educativa quien brindó la autorización y a la vez informó y solicito proporcionar las facilidades del caso a los docentes y tutora del plantel -responsables del nivel secundario- para realizar el presente trabajo de investigación. Se procedió a llevar a cabo el primer contacto con los estudiantes adolescentes, a quienes se les entregó el consentimiento informado en físico para posteriormente ser anexado en la

agenda de control, con la finalidad de ser entregado a los padres de familia y/o apoderado para que puedan firmar el documento de autorización. (Ver Anexo H).

Posteriormente el día coordinado para la aplicación de los instrumentos se les entrego a los adolescentes el asentimiento informado (Ver Anexo I). Así mismo se mencionó y reforzó de manera verbal el objetivo, las implicaciones y la ausencia de riesgo que conllevaba participar en el estudio haciendo énfasis en la autonomía y libertad de los participantes de aceptar, negarse o retirarse de la investigación si lo consideran pertinente.

Para concluir también se preservó el carácter confidencial y el uso de la información recolectada sólo para fines de esta investigación.

# V. RESULTADOS

## 5.1. Presentación de tablas y/o gráficos y descripción de los resultados

Una vez concluido el proceso de recolección de datos mediante la aplicación de los instrumentos, se procedió al procesamiento y agrupación de los mismos con el objetivo de ser representados en gráficos y tablas estadísticos. De esta manera se buscó facilitar su posterior análisis e interpretación en afinidad con los objetivos e hipótesis planteadas y la base teórica en el trabajo de investigación presentado.

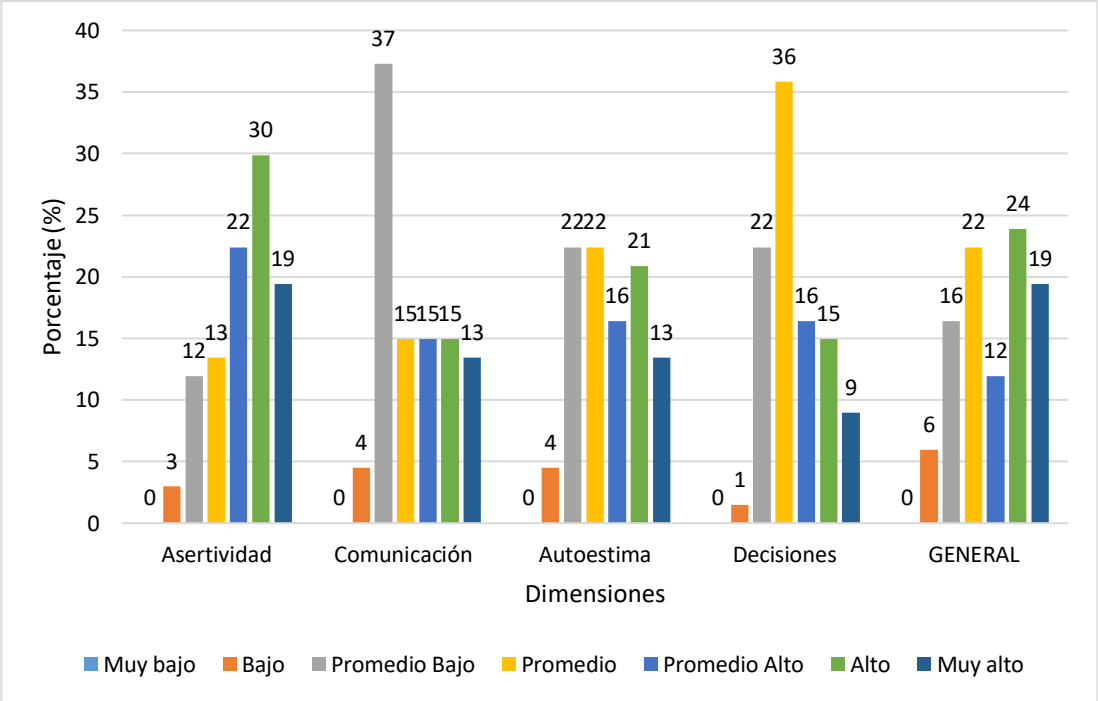
### 5.1.1 Datos generales

- Referente a los datos generales de la muestra se obtuvo que de un total del 100% (67) adolescentes encuestados, la gran mayoría 73 % (49) se encuentran en la etapa de la adolescencia intermedia es decir entre los 14-16 años de edad. (Ver anexo G)
- Con respecto al sexo no existe una diferencia significativa en relación al porcentaje alcanzado tanto por los adolescentes del sexo masculino como del femenino es así como se puede apreciar que el 50.7 % (34) pertenece al segundo grupo en mención. (Ver anexo G)

- En cuanto al grado de instrucción se encontró que el 33% (16) están cursando el quinto grado de secundaria. (Ver anexo G)

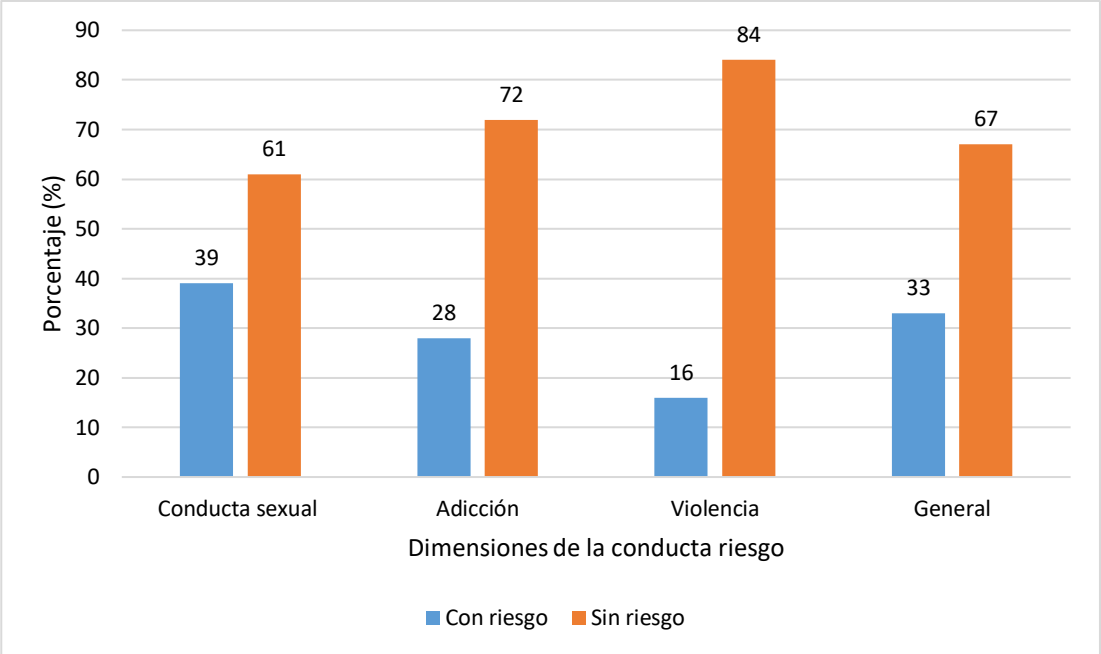
### 5.2.2 Datos específicos

**Gráfico 1. Nivel de Habilidades Sociales según dimensiones en los adolescentes de institución educativa. Callao- Perú. 2019**



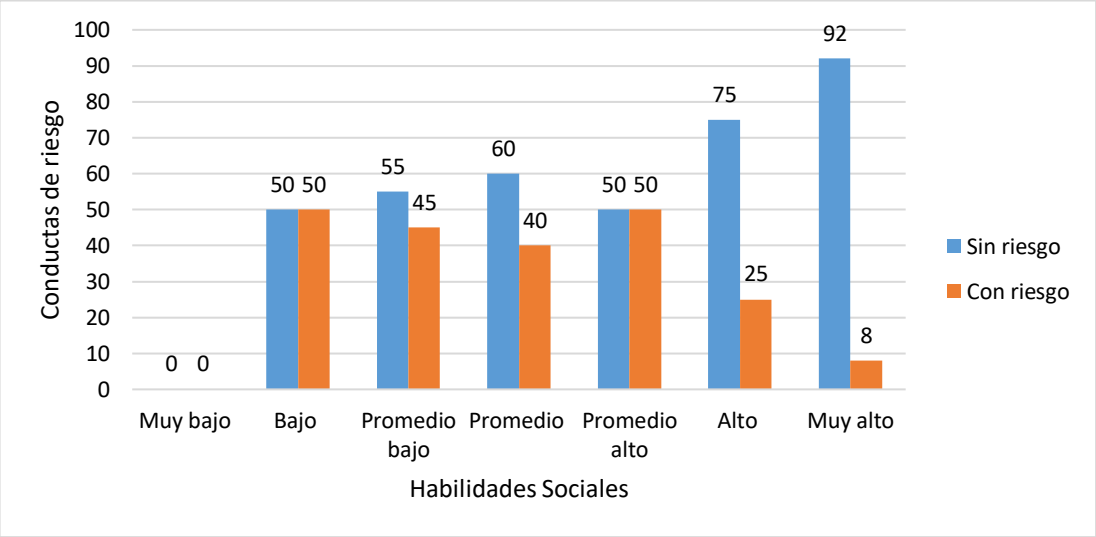

El gráfico 1, muestra las habilidades sociales de los adolescentes, donde a nivel general se observa que el 24% (16) de adolescentes tiene un alto nivel de habilidades sociales. Mientras que por dimensiones se puede encontrar que el 30% (20) de adolescentes tiene un nivel alto en Asertividad, el 37% (25) de adolescentes tiene un promedio bajo en la dimensión Comunicación, el 22% (15) presenta una autoestima de nivel promedio y el 36% (24) de adolescentes tiene un nivel promedio en la habilidad de toma de decisiones.

**Gráfico 2. Conductas de riesgo para la salud en los adolescentes de institución educativa. Callao-Perú. 2019**




En el gráfico 2 se observa que a nivel general el 67% (45) de adolescentes encuestados no tienen conductas de riesgo y solo 33% (22) presenta el riesgo. Del mismo modo, el gráfico muestra que, de las tres dimensiones, la dimensión de Conducta sexual tiene mayor porcentaje de riesgo, con 39% (26), seguido de un 28% (19) en la dimensión Adicción y 16% (11) en la dimensión Violencia.

**Gráfico 3. Correlación estadística entre el nivel de Habilidades Sociales y las Conductas de Riesgo para la Salud en adolescentes de una institución educativa. Callao-Perú. 2019**




El Gráfico 3. Representan el cruce de las variables habilidades sociales y conducta de riesgo, donde se observa que el 92% de adolescentes que tienen muy alto nivel de habilidades sociales, se encuentran sin riesgos de conducta, mientras que la conducta de riesgo se va incrementando a medida que las habilidades sociales de los adolescentes van disminuyendo de nivel.

La relación de ambas variables se confronta estadísticamente a través del Coeficiente de Correlación de Spearman, utilizado para identificar la relación de variables cualitativas o categóricas al 95% de confianza estadística y contrastando la hipótesis estadística nula (Ho) y alterna (Ha) en los siguientes términos:

- Ho: No existe relación entre las habilidades sociales y las conductas de riesgo en adolescentes.
- Ha: Existe relación entre las habilidades sociales y las conductas de riesgo en adolescentes.

  La hipótesis nula será rechazada cuando el valor de p sea menor a 0.05, como resultado significativo.

**Tabla 1. Correlación estadística entre el nivel de Habilidades Sociales y las Conductas de Riesgo en adolescentes de una institución educativa. Callao - Perú. 2019**

| | Coeficiente de correlación de Spearman |
|---|---|
| | Habilidades Sociales |
| Conducta de riesgo | -0,285* |

En la Tabla 1. Se observa el coeficiente de correlación de las Habilidades sociales y la Conducta de riesgo, donde se puede evidenciar que solo existe una correlación baja (Ro= -0.285;p<0.05) (está en el rango menor a 0.4) siendo estadísticamente significativo, por presentar además un valor de p<0,05; además es una correlación negativa, es decir inversamente proporcional; el cual se interpreta que, cuanto más altas sean las habilidades sociales en el adolescente, las conductas de riesgo serán bajas o no existirán. Por lo tanto, existe relación entre ambas variables siendo una relación baja e inversamente proporcional.

## VI. DISCUSIÓN

Definir la adolescencia sobre todo desde un enfoque trascendental e integral más que meramente cronológico es una tarea amplia sobre todo cuando no hay un consenso general al respecto. Es por ello que la definición o característica que es más aceptada es considerarla como un periodo de transición entre una etapa de la vida a la otra haciendo referencia claro está a la niñez y la adultez. Por otra parte, si bien existe una serie de cambios específicos que se da a nivel biopsicosocial producto de cada etapa de desarrollo, estas no se desligan sino más bien se influyen mutuamente, por tal razón, los impactos tanto positivos o

negativos en el desarrollo de cada etapa tendrá una repercusión en la siguiente y así sucesivamente.

Por ejemplo, en la actualidad podemos observar que las conductas o comportamientos que se manifiestan mayoritariamente en la adultez como; el consumo excesivo de tabaco, alcohol, problemas en el control de las emociones, la falta de habilidades comunicativas, estilos de vida poco saludables, así como la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, iniciaron y se asentaron durante la adolescencia.

Asimismo, es pertinente comprender que la adolescencia es una etapa de oportunidades y también de desafíos por lo tanto como sociedad tenemos el deber de contribuir al desarrollo integral y bienestar futuro de todos los adolescentes por qué en definitiva representan un recurso humano o bono demográfico potencial para impulsar el desarrollo social a nivel mundial.

Ahora bien, entre los principales problemas de salud que aquejan y convierten a los adolescentes en un grupo vulnerable se encuentran los comportamientos o conductas asociados a la violencia interpersonal, el embarazo adolescente, el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual como el VIH-SIDA y la adicción al consumo de alcohol y cigarrillo; las cuales arrastran entre sus principales consecuencias una morbilidad crítica, discapacidades, defunciones inmediatas, estilos de vida que condicionan enfermedades y la muerte temprana durante la adultez

Ante este contexto se le debe brindar al adolescente las competencias necesarias para afrontar los retos de la vida diaria o situaciones en las cuales su salud e integridad se vean vulnerados. Tal es el caso de las habilidades sociales como la toma de decisiones, la autoestima, la asertividad y la comunicación que si bien son aprendidas durante la infancia tienen su mayor apogeo durante la adolescencia debido a la búsqueda constante de

relacionarse con sus pares de quienes además aprenderán o reforzarán nuevas formas de comportamiento con resultados positivos o negativos.

Por lo tanto, se deduce que se debe trabajar con las conductas de riesgo y actuar sobre ellos previniendo las posibles consecuencias dañinas para la salud. Se asume también que, a mayor conocimiento de los eventos negativos, mayor posibilidad de evitarlos, pero se ha demostrado que no basta tener conocimientos adecuados para generar cambios; es por ello que, en base a lo anteriormente expuesto, se puede decir que surge la necesidad de identificar el nivel de habilidades sociales y las conductas de riesgo que poseen los adolescentes, así como la interrelación de estas dos variables es fundamental para promover y motivar estrategias educativas que les permitan adquirir y fortalecer sus habilidades sociales como medida de protección ante el desarrollo de determinadas conductas de riesgo.

Por tal razón, a partir de los hallazgos evidenciados, se acepta la hipótesis alternativa general que establece la existencia de una relación significativa débil e inversamente proporcional entre las habilidades sociales y las conductas de riesgo en los adolescentes de una institución educativa pública del Callao. Estos resultados guardan relación con lo que sostienen Monasterio Ontaneda A. [18] y Redondo Pacheco J., et al. [15], quienes afirman que ha mayor desarrollo de las habilidades sociales menor será la presencia de los comportamientos de riesgo en los adolescentes. Además, señalan que la adolescencia es una etapa fundamental para potenciar este tipo de habilidades por lo cual se debe realizar programas que aborden su promoción. Por otra parte, los resultados señalados difieren con el trabajo de Pérez F.Y y Vílchez M.A.M. [62] en donde señalan que no existe una asociación entre ambas variables y que el papel que desempeña la funcionalidad familiar es trascendental para el desarrollo de las habilidades sociales.

En lo que respecta a las dimensiones de las habilidades sociales como en el caso de la asertividad podemos mencionar que, si bien la mayoría de los adolescentes posee un nivel alto y muy alto de asertividad, existe en

contraparte un porcentaje considerable en el cual el nivel de asertividad se cataloga como promedio bajo o muy bajo lo cual se podría traducir en la dificultad para establecer relaciones interpersonales de manera efectiva. Dichos hallazgos difieren de lo encontrado por Mamani [63] y Rivera y Zavaleta [19] quienes evidenciaron que más de la tercera parte de su población de estudio presentaba una buena y alta asertividad. Esta situación llama mucho la atención sobre todo porque esta habilidad social es la que favorece la capacidad de poder expresar nuestros sentimientos, emociones, intereses y demás de manera tal que no imponemos ni nos imponen los puntos de vista o perspectivas que tengan las personas con las cuales nos relacionamos. Asimismo, un estudio realizado en Colombia [55] revela que bajos niveles de asertividad influyen de manera negativa en el rendimiento escolar.

La autoestima, en contraparte a la definición que la mayoría de personas maneja relacionándola como la capacidad de quererse o amarse a uno mismo su significado trasciende ese concepto debido a que también abarca una necesidad para lograr la autorrealización y que es el entorno social que influye en el tipo de valoración que tengamos sobre nosotros mismos. Es así como otro hallazgo importante de este estudio es que el mayor porcentaje respecto al nivel de autoestima se encuentra entre un nivel promedio y promedio bajo debido a la presencia de un empate entre ambos niveles. Algo similar ocurre con los resultados encontrados por Esteves [61] y Rivera y Zavaleta [19] donde la tendencia es a alcanzar niveles por igual o por debajo del promedio.

Ahora bien, y como se ha mencionado al principio el nivel de autoestima que tengamos sobre nuestro ser no solo parte de una valoración individual sino también es influenciada por nuestro entorno social es ahí donde la familia tiene un rol preponderante debido a que ayuda al adolescente desde tempranas edades a formar percepciones sobre sí mismo lo cual contribuirá a potenciar su autoestima. Tal como lo demuestran los estudios realizados por Pacheco y Osorno [64] y Chinchay [65] quienes a la vez señalan que la baja autoestima

genera que los adolescentes se sientan inseguros y busquen ser aprobados por los demás.

En cuanto a la dimensión toma de decisiones se evidencia un nivel promedio con un porcentaje significativo que duplica y hasta triplica lo obtenido en los niveles alto y muy alto, respectivamente. Resultados similares a los encontrados por Cacho [17] y Mamani [63] pero que a la vez no guardan relación con lo mencionado por González y Vilca [66] quienes encontraron un nivel alto de toma de decisiones en los adolescentes y también agregan que una autoestima alta favorecerá su desarrollo. Respecto a este tipo de habilidad social es conveniente señalar que los adolescentes si bien tienen la capacidad de razonamiento del adulto para tomar decisiones se diferencian fundamentalmente por que guían sus decisiones en base a las emociones que experimentaron, producto de los resultados obtenidos.

Motivo por el cual es fundamental que el adolescente aprenda a tomar decisiones que fomenten su crecimiento personal y social aun ante la presencia de factores como la presión grupal, el estrés, la incertidumbre sobre el futuro, la disfuncionalidad familiar, este último mencionado por Esteves et al. [60], entre otros que podrían limitar esta habilidad social.

Respecto a la habilidad social relacionada con la comunicación, se encontró que el nivel que predomina es el promedio bajo, datos que concuerdan a lo hallado por Quispe [67] y Calderón [68] evidenciándose además que el nivel muy alto está representado por un porcentaje mucho menor al alcanzado en los otros niveles de comunicación. Hallazgo que también se evidencia en el trabajo de investigación presentado. Por otra parte, diversos estudios han demostrado que, tras la aplicación de programas de intervención en adolescentes con déficit de habilidades sociales, entre ellas la comunicación, han dado resultados favorables no solo en el incremento y optimización de este tipo de habilidades sino también en la disminución de conductas de riesgo como el relacionado al embarazo adolescente, la violencia, el consumo de drogas, entre otros [69] [17].

Es importante destacar que durante la adolescencia el proceso de comunicación facilita las relaciones interpersonales de manera efectiva y también se ve afectado por los múltiples cambios de comportamiento y actitud por los cuales atraviesa el adolescente [54][52]. Un ejemplo de ello es el distanciamiento familiar dando como resultado que pasen la mayor parte del tiempo con sus coetáneos y se integren a diferentes grupos donde continuarán la búsqueda de su identidad. Por tal razón, es importante que se sigan promoviendo la aplicación de programas que faciliten el desarrollo de este tipo de habilidad social que además permite que el adolescente se desenvuelva en los distintos entornos sociales.

Sobre las conductas de riesgo se evidenció que a nivel general los adolescentes encuestados presentan en su gran mayoría conductas sin riesgo ante el desarrollo de determinados comportamientos como la violencia interpersonal, la conducta sexual de riesgo y las adicciones que podrían poner en riesgo su salud integral. Resultados similares arrojó la investigación de Mamani [63] y Rivera y Zavaleta [19]. Por otra parte, si bien existe un porcentaje significativo y mayoritario de adolescentes sin conductas de riesgo es conveniente mencionar la contraparte representada por aquellos que sí presentan tales conductas y por lo tanto surge la necesidad de abordar esa problemática con el fin de disminuir o evitar que tal condición se siga manteniendo. Al respecto Cacho agrega que luego de la aplicación de un Taller de Habilidades, el porcentaje de adolescentes quienes presentan conductas de riesgo se redujo en su totalidad [17].

La conducta sexual de riesgo se abordó en base a las consecuencias de mayor impacto en la salud pública es decir el embarazo adolescente y el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual producto de la actividad sexual sin protección. Es así como se pudo identificar que más de la tercera parte de los adolescentes encuestados independientemente de su sexo y edad presentan conductas sexuales de riesgo. Hallazgos que también fueron señalados por

Orellana [16] y Rivera y Zavaleta [19]. En los que a su vez se pudo identificar que la actividad sexual precoz, el no usar preservativos, son los principales factores relacionados con su incidencia.

En tal sentido la mayoría de las investigaciones que han abordado este tema señalan que aplicar un programa de intervención basado solo en brindar o incrementar los conocimientos sobre la prevención de esta conducta de riesgo no es efectivo [16][70]. Por el contrario, programas realizados en Cuba [71] y EEUU [72] como el fortalecimiento de habilidades sociales o la promoción de conductas sexuales saludables, han demostrado obtener resultados sostenibles al abordar esta problemática señalan que se debe involucrar al adolescente en la elaboración de las propuestas de intervención, así como la participación de la familia y comunidad.

En relación a la conducta de riesgo relacionada con la dimensión consumo de sustancias se pudo hallar que el porcentaje de adolescentes encuestados y que poseen una predisposición al desarrollo de este tipo de comportamiento está representado por un poco más de la quinta parte del total. Cabe mencionar también que esta conducta - en la que se incluye la ingesta de alcohol y el consumo de cigarrillos- ocupa el segundo lugar de incidencia respecto a las otras conductas de riesgo que forman parte del estudio presentado. Asimismo, podemos observar que los estudios realizados a nivel nacional como internacional señalan que la ingesta de alcohol es mucho más frecuente que la del cigarrillo y que abordar esta problemática implica un enfoque multisectorial en el cual no solo se busca limitar su venta o el acceso sino también el favorecer un entorno saludable en el que participe la familia, la escuela y las instituciones públicas y privadas [18][73][74][75].

En cuanto a la dimensión violencia interpersonal se pudo observar que posee un porcentaje menor a la quinta parte del total de adolescentes encuestados, lo que a su vez le otorga el tercer lugar de incidencia en comparación con las otras conductas de riesgo -conducta sexual de riesgo y el consumo de

sustancias-estudiadas-. Resultados que coinciden con los estudios realizados por Llontop [76] y Cacho [17] en donde además se menciona que las buenas relaciones familiares y la aplicación de un programa sobre habilidades sociales favorece que los adolescentes no presenten esta conducta de riesgo. Por otra parte, García y Ticona [77] encontraron que si bien la gran mayoría de adolescentes presentan conductas violentas esto se debe a que forman parte de grupos juveniles en donde se evidencia agresión de tipo física y verbal.

# VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## 7.1 Conclusiones

Posterior al análisis de los estudios realizados sobre las habilidades sociales y las conductas de riesgo en los adolescentes se establecen las siguientes conclusiones:

- Se determina que existe una correlación baja e inversamente proporcional entre las variables -habilidades sociales y conductas de riesgo- por lo que se indica que a mayor nivel de habilidades sociales menor o nula será la incidencia de las conductas de riesgo en los adolescentes.

- Respecto a las habilidades sociales se identificó que la mayoría de los adolescentes posee un nivel alto y además que si analizamos cada dimensión que la compone encontraremos variaciones considerables tanto de tendencia negativa como positiva. De esta manera:

  - En la dimensión asertividad la mayoría de los adolescentes presentaron un nivel alto y que además en comparación con las otras dimensiones estudiadas es la única que posee un porcentaje representativo y favorable respecto a las habilidades sociales lo que da a entender que son capaces de poder expresar sus opiniones, intereses, sentimientos, entre otros, de manera favorable lo que favorece el establecimiento de las relaciones interpersonales.

- Sobre la autoestima el nivel alcanzado por los adolescentes se encuentra entre el nivel promedio y promedio bajo, con una tendencia negativa lo que da a entender que se debe procurar reforzar esta habilidad. Por otra parte, cabe mencionar que este hallazgo nos debe llamar la atención porque la autoestima no solo se construye por las percepciones que tiene el adolescente sobre sí mismo, sino que además se ve influenciada por la valoración que se haya construido desde la familia.

- Una gran proporción de los adolescentes presentaron un nivel promedio de toma de decisiones y además se halló que la tendencia negativa de esta habilidad social ocupa más de la mitad del porcentaje total de la muestra de estudio. Ante ello podemos señalar que esta situación vuelve al adolescente vulnerable a factores que podrían condicionar la toma de decisiones de una manera responsable y que por lo tanto le permitan asumir las consecuencias de ello. Asimismo, esta etapa implica que el adolescente comience a tomar importantes decisiones sobre su proyecto de vida por eso es necesario que puedan desarrollar de manera efectiva esta habilidad social.

- En la dimensión comunicación se identificó que la mayoría de los adolescentes presentaron un nivel catalogado como promedio bajo - que si bien representa un porcentaje considerable- hay una tendencia positiva en el desarrollo de esta habilidad social. De igual manera se evidenció que una manera efectiva para reforzar la comunicación entre los adolescentes está dada por la aplicación de programas de intervención que aborden de manera general la potencialización de las habilidades sociales.

- Respecto a las conductas de riesgo se identificó que la dimensión asociada a la conducta sexual agrupa al mayor porcentaje de adolescentes encuestados ocupando a su vez el primer lugar de incidencia – en comparación con las conductas asociadas al consumo de sustancias y la violencia interpersonal- ello tiene como implicancia que se encuentran expuestos al embarazo adolescente y a las infecciones de trasmisión sexual (ITS). Los hallazgos encontrados no difieren mucho de la realidad nacional en la que cual se le considera como un problema de salud pública y que amerita intervenciones de manera integral.

- La ingesta de alcohol y el consumo de cigarrillos -dimensión consumo de sustancias- es una conducta de riesgo que se identificó en más de la quinta parte de los adolescentes encuestados. Asimismo, se menciona que las estrategias de intervención deben ser abordadas mediante la participación de actores estratégicos relacionados con las políticas en salud pública, así como el entorno social debido al enfoque multifactorial de esta conducta de riesgo.

- Finalmente se identificó que el riesgo que se tiene para estar expuesto a situaciones de violencia fue representado por un porcentaje menor a la quinta parte del total de los adolescentes. Esta conducta de riesgo a su vez ocupa el tercer lugar entre las conductas de riesgo que formaron parte del estudio presentado. En contraparte resulta favorable que exista una proporción considerable de adolescentes que no se vean expuestos a esta conducta por lo cual es conveniente seguir favoreciendo entornos libres de violencia.

### 7.2 Recomendaciones

- Seguir realizando investigaciones que aborden la problemática de habilidades sociales y conductas de riesgo, tanto a nivel local como distrital y regional con el fin de identificar las principales características de la situación de salud de los adolescentes.

- Fomentar la aplicación de encuestas de uso internacional sobre las conductas de riesgo o habilidades sociales a fin de obtener resultados que permitan ser comparados con la situación de salud de los adolescentes, tanto a nivel nacional como internacional de esta forma se podrá coordinar acciones o estrategias con los diferentes países de la región.
- Realizar estudios longitudinales respecto a la aplicación de estrategias orientadas a la promoción de habilidades sociales como medida preventiva en el desarrollo de conductas de riesgo en los adolescentes.
- Ejecutar investigaciones en las cuales se analice los factores socioeconómicos que puedan influir en el desarrollo de habilidades sociales y las conductas de riesgo en los adolescentes.
- Llevar a cabo investigaciones que busquen abordar las diferentes conductas de riesgo - y no de manera individual - a las cuales se encuentran expuestos los adolescentes e influyen de manera negativa en la salud.
- Propiciar estudios experimentales con programas de intervención que permitan incrementar la salud mental positiva y habilidades sociales en los estudiantes.
- Fomentar la publicación de los trabajos de investigación realizados a nivel nacional sobre la temática de conductas de riesgo y habilidades sociales en revistas de divulgación científica.
- Es importante que los profesionales de enfermería participen, propongan y ejecuten programas de intervención enfocados en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades en los adolescentes escolares. Sobre todo, porque se cuenta con el aval legal de la Ley N°7582/2020-CR en la cual se le reconoce como integrante de la comunidad educativa y quien además contribuye en la formación integral de los estudiantes.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 [citado el 10 de noviembre, 2020]. Disponible en: http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf
2. Every Woman Every Child (EWEC). Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). [Internet]. Nueva York; EWEC; 2015. [citado el 31 de diciembre 2020]. Disponible en: https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Brochure_ES_2017_web.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe sobre la salud de los Adolescentes y Jóvenes en la región de las Américas. [Internet]. Pan American Health Organization.2018. [acceso: 31 de octubre, 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/
4. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Nuestro futuro: una comisión de The Lancet sobre la salud y el bienestar adolescente. Lancet. 2016; 387(10036):2423-78. Clave DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00579-1. Epub. 9 de mayo de 2016.
5. Ministerio de Salud del Perú. Documento técnico: Situación de la salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú 2017/ -1ª ed. [Internet]. Perú.2017. acceso 15 agosto 2020. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. (2018). Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions
7. Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. Journal of Adolescence Health, 12,-597- 605.
8. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. [Internet]. USA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2012 [citado 26 octubre, 2020]. Disponible en: www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/EncuestaConductasRiesgoJovenes/
9. Oliva A, Antolín-Suárez L, Povedano A, Suárez C, del Moral Arroyo G, Rodríguez-Meirinhos A, et al. Bienestar y desarrollo positivo adolescente desde una perspectiva de género: Un estudio cualitativo [Internet]. 2017. 266 p. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324889841

10. Martínez Esquivel D., Alvarado Rojas J., Campos Ramírez H., Elizondo Vargas K., Esquivel Solano H., Mancía Elizondo A., et al. Intervención de Enfermería en la adolescencia: experiencia en una Institución de Estudios Secundarios Publica. Rev. Actual en Costa Rica, 24,1-13. Disponible en: http://www.revenf.ucr.ac.cr/saludpublica.pdf ISSN 1409P4568
11. Brandão Neto W., Silva Catharina Ohany da, Amorim Renata Ribeiro Torres do, Aquino Jael Maria de, Almeida Filho Antonio José de, Gomes Betânia da Mata Ribeiro et al. Formation of protagonist adolescents to prevent bullying in school contexts. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2020.[citado 2021 mayo 18]; 73(Suppl1): e20190418. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2616-79642020000300009&lang=en
12. Paredes-Iragorri M, Patiño-Guerrero L. Comportamientos de riesgo para la salud en los adolescentes. US [Internet]. 30dic.2019 [citado 19may2021];22(1):58-9. Disponible en: https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3787
13. Carrillo-Sierra SM, Rivera-Porras D, Forgiony-Santos J., Nuván-Hurtado IL, Bonilla-Cruz NJ, Arenas-Villamizar VV. Habilidades para la vida como elementos en la promoción y educación para la salud en los adolescentes y jóvenes. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2018;37(5):567-572. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55963207022
14. Rosabal García E., Romero Muñoz N., Gaquín Ramírez K., Hernández Mérida RA. Conductas de riesgo en los adolescentes. Revista Cubana de Medicina Militar. [Internet]. 2015 junio [citado 2021 mayo 19]; 44(2): 218-229. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010&lng=es.
15. Redondo Pachecho J, Parra Moreno JS, Luzardo Briceño M. Efectos comportamentales de un programa de habilidades sociales en jóvenes de 14 a 18 años en situación de vulnerabilidad. Pensando Psicología. [Internet]. 15 de diciembre de 2015 [citado 20 de mayo de 2021]; 11(18):45-8. Disponible en: https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/1003
16. Orellana Gavidia C. Conducta sexual de riesgo, educación sexual y expectativas a futuro en adolescentes de Lima". [tesis de licenciatura]. Perú: Repositorio Digital de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2020. Disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/18455
17. Cacho Becerra Z.V. Taller tutorial de habilidades sociales en prevención de conductas de riesgo en estudiantes de educación

secundaria, Jequetepeque-2017. [tesis doctoral]. Perú: Repositorio Digital de la Universidad Cesar Vallejo; 2019. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29469/cacho_bz.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. Monasterio Ontaneda A. Habilidades sociales y Conductas de riesgo en adolescentes de una institución educativa privada de Lima Metropolitana. Perú. 2019. Universidad San Ignacio de Loyola; 2019. Disponible en: http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/8815/1/2019_Monasterio-Ontaneda.pdf
19. Rivera Neyra NC., Zavaleta Yparraguirre GC. "Habilidades sociales y conductas de riesgo en adolescentes escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo – Trujillo, 2015. Peru. Repositorio digital de la Universidad Privada Antenor Orrego – UPAO; 2015. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1666/3/RE_ENFER_HAB.SOCIALES-COND.RIESGO-ADOLES.ESCOLARIZADOS_DATOS.pdf
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Desarrollo de la adolescencia. [acceso 14 de enero 2021]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). La estrategia global para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030).2015. [acceso 21 de enero 2021]. Disponible en: http://www.who.int/life-course/partners/ global-strategy / ewec-globalstrategyreport-200915.pdf? Ua =
22. Organización Mundial de las Naciones Unidas (ONU). Adolescencia y juventud. Panorama general. [acceso 21 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html
23. Warren CW, Riley L, Asma S, et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey Project. Bull World Health Organ 2000; 78:868-76
24. WHO. Global school-based student health survey. [ acceso 21 noviembre 2020]. [acceso 15 enero 2021]. Disponible en: https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-school-based-student-health-survey
25. Age 10-24 is the new adolescence period: Lancet. IANS English. [publicado 2018. Jan 19]. [acceso 21 noviembre 2020]. Disponible en: https://search.proquest.com/newspapers/age-10-24-is-new-

adolescence-period-lancet/docview/1988909711/se-2?accountid=12268
26. Ministerio de Salud. Norma Técnica De Salud Para La Atención Integral De Salud De Adolescentes. 2019 [Internet]. 2019;174. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4942.pdf
27. El peruano. Código de los niños y adolescentes Ley N° 27337. [publicado 2000 agosto 02]. [ acceso 21 noviembre 2020]. Disponible en: https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0003/4-codigo-de-los-ninos-y-adolescentes-1.pdf
28. Martínez, D.; Alvarado, J.; Campos H.; Elizando, K.; Esquivel, H.; et al. Intervención de Enfermería en la adolescencia: experiencia en una Institución de Estudios Secundarios. Rev. Actual en Costa Rica, 24,1-13. [publicado 2013 abril 02]. [acceso 21 enero 2021]. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/448/44826081002.pdf
29. Livesey, CMW y Ronstain, AL. Involucrar a los padres / familia en el tratamiento durante la transición de la adolescencia tardía a la adultez temprana: fundamento, estrategias, ética y aspectos legales. 2017. Clínicas psiquiátricas de niños y adolescentes de América del Norte, 26 (2), 199-216. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.12.006.
30. Ministerio de Salud. Estadística Poblacional. [Consultado el 26 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_estimada.asp
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Acción Global Acelerada para la Salud de los Adolescentes (¡AA-HA!): Guía para apoyar la implementación del país. [Consultado el 26 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/
32. Ministerio de Salud del Perú. Documento técnico: Situación de la salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú 2017/ -1ª ed. [Internet]. Perú.2017. [acceso 15 agosto 2020]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf
33. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe sobre la salud de los Adolescentes y Jóvenes en la región de las Américas. [Internet]. Pan American Health Organization.2018. [acceso: 04 febrero 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/

34. Organización Mundial de la Salud (OMS). El embarazo en la adolescencia.2020. [acceso: 16 febrero 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy
35. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. 2021. acceso: 16 febrero 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions
36. Organización Panamericana de la Salud. Meta 3.7 - Acceso universal a servicios de salud relacionados con salud sexual y reproductiva. OPS. [Internet]. [acceso 2020 May 25]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud-0/ods-opsoms-material-cientifico-tecnico/meta-37-acceso
37. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. [acceso 2021 marzo 07]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639
38. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Niñez y Adolescencia sin violencia.2017. [Internet]. [acceso 15 marzo 2021]. Disponible en: https://www.unicef.org/peru/ninez-y-adolescencia-sin-violencia
39. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales (ENARES) 2019 Principales Resultados [Internet]. Perú.2020. [acceso 15 marzo 2021]. Disponible en: http://www.grade.org.pe/creer/archivos/ENARES-2019.pdf
40. Caballo E.V. Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales. 2007. Pág. 3-5. [citado 2021 enero 01]. Disponible en: https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/Caballo-V.-Manual-de-evaluaci%C3%B3n-y-entrenamiento-de-las-habilidades-sociales-ebook.pdf
41. Phillips E. L. (1985): Social Skills: History and prospect, en L. L ' Abate y M.A. Milan (EDS.): op. cit., pp. 3-21
42. Murphy, G., Murphy, L.B. y Newcomb, T.M. (1937): Experimental Social Psychology, New York: Harper and Row.
43. Jack, L. M. (1934): An experimental study of ascendant behavior in preschool children. Lowa City: University of Lowa Studies in Child Welfare.
44. Goldstein, A.P. et al. (1989): Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia, Barcelona: Martínez Roca.
45. Vygotsky, Lev. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. 1979. Barcelona; Crítica. [citado 2020 diciembre 29].

Disponible en: http://www.terras.edu.ar/biblioteca/6/TA_Vygotzky_Unidad_1.pdf
46. Organización Mundial de la Salud. Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir para niños y adolescentes. 1993.[ Citado 2020 diciembre 31]. Disponible en: http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0148/Ense%C3%B1anza_en_los_colegios_de_las_habilidades_para_la_vida.pdf
47. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. 2001. [Citado 2020 diciembre 31]. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Enfoque%20de%20Habilidades%20para%20la%20vida%20OPS_0.pdf
48. Ministerio de Salud (MINSA). Manual de Habilidades Sociales en Adolescentes Escolares. 2005. [ Citado 2021 enero 05]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/170_adolec.pdf
49. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección de Educación para la Salud. Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible. Ministerio de Salud. 2011. Lima. [Citado 2020 diciembre 31]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp
50. Pérez Villalobos H. Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal. Alternativas en psicología. [Internet].2019. [Citado 2021 enero 04]. Disponible en: http://www.alternativas.me/30-numero-41-febrero-julio-2019/190-autoestima-teorias-y-su-relacion-con-el-exito-personal
51. Panesso Giraldo K, Arango Holguín M J. LA AUTOESTIMA. PROCESO HUMANO. Psyconex [Internet]. 3 de agosto de 2017 [citado 14 de mayo de 2021]; 9(14):1-. Disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328507
52. Tortosa Jiménez A. El aprendizaje de habilidades sociales en el aula. RIAI [Internet]. 30 de septiembre de 2018 [citado 15 de mayo de 2021];4(4). Disponible en: https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/view/4371
53. Rodríguez Sanz J., Álvarez-Ude Cotera F., Gimeno Vicent E. La asertividad. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Volumen 23, Issue 6. 2016.Pages 352-357.ISSN 1134-2072.

54. MINSA. Manual de Habilidades Sociales e Adolescentes Escolares In R. Uribe, M. Escalante, M. Arévalo, E. Cortez, & W. Velasquez (Eds.), Manual de Habilidades Sociales en Adolescentes Escolares (Ministerio, p. 121). Peru. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/ PROMOCION/170_adolec.pdf

55. Gonzales Fragoso, Claudia et al. Relationship between Assertiveness, Academic Performance and Anxiety in a Sample of Mexican Students in Secondary Education. Act. Colom. Psicol. [online]. 2018, vol.21, n.1 [cited 2021-05-15], pp.116-138.Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552018000100116

56. Zurita Báez T de la Habilidades sociales y dinamización de grupos. 2da ed. Andalucía-España: IC Editorial; 2018. p.151.

57. Tacca Huaman, D.R., Cuarez Cordero, R., Quispe Huaycho, R. (2020). Habilidades sociales, Autoconcepto y Autoestima en Adolescentes Peruanos de Educacion Secundaria, International Journal of Sociology of Education, 9(3), 293-234. Disponible en: http://doi.org/10.17583/rise.2020.5186

58. Villegas Pantoja, M. A., Alonso Castillo, M. M., Benavides Torres, R.A., Guzmán Facundo, F.R. Consumo de alcohol y funciones ejecutivas en adolescentes: una revisión sistemática. Aquichan [Internet]. 2013;13(2):234-246. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74128688015

59. Betancur, J. R. (2016). Toma de decisiones: obtener el éxito [degerencia.com]. Recuperado de http://www.degerencia.com/articulo/toma_de_decisiones_obtener_el_exito

60. Esteves A, Paredes R, Calcina C, Yapuchura C. Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. Comunicación: Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo [revista en Internet] 2020 [acceso 29 de octubre de 2020]; 11(1): 16-27. 2020;11(1):16–27. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/comunica/v11n1/2226-1478-comunica-11-01-16.pd

61. Ministerio de Salud (MINSA). Orientaciones para la Atención Integral de Salud de las y los Adolescentes en el nivel de atención. 2014. [Citado 2020 diciembre 31]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/199066-917-2014-minsa

62. Pérez Figueroa, Y. y Vílchez Malca, AM. Factores relacionados al desarrollo de habilidades sociales de escolares de la Institución Educativa Teresa. Comunidad de Agua Dulce - VRAEM. Ayacucho

2018. [tesis de licenciatura]. Perú: Repositorio Digital de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Disponible en:
http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/1685318

63. Mamani Condori J.B. Habilidades sociales y Conductas de riesgo en los adolescentes escolares de la institución Educativa Secundaria Jose Antonio Encinas, Juliaca – 2016. [tesis de licenciatura]. Peru: Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Altiplano. Disponible en:
http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/5538
64. Pacheco Marimon M. y Osorno Álvarez, G. Y. Incidencia de competencias parentales en el desarrollo de habilidades sociales en hijos únicos. Interdisciplinaria [Internet]. 2021; 38(1):101-116. Recuperado de:
https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18065114007
65. Chinchay Pacheco, L.M. “Nivel de autoestima y relación familiar en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Ambato Tamborapa, Jaén. Cajamarca, 2015”. [tesis de maestría]. Perú: Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Cajamarca. Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1649/Tesis%20Lidia%20Marilu%20Chinchay.pdf?sequence=1&isAllowed=y
66. González Lezcano L A. y Vilca Ríos M.I. “Autoestima y toma de decisiones en adolescentes, Institución Educativa Zoila de Robles – Chepén”. Trujillo 2019. [tesis de maestría]. Perú: Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Trujillo. Disponible en: https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11635/1861.pdf?sequence=1&isAllowed=y
67. Quispe Rivas, C.L. “Nivel de habilidades sociales en adolescentes de la I.E. Jorge Basadre Goodman 6089”. Lima - Perú. 2020. [tesis de licenciatura]. Disponible en: http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/2808
68. Calderón Barja, R.I. Funcionamiento familiar y habilidades sociales de adolescentes de la I.E. Manuel Flores Calvo, distrito de Pocollay – Tacna, 2017. Trujillo 2017. [tesis de licenciatura]. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3133
69. Díaz Gutiérrez, E.J. y Huamán Cosme, Y.C. “Eficacia de la aplicación del manual de habilidades sociales en adolescentes escolares (minsa-2005) en una institución educativa de Cajamarca. Cajamarca 2016”. [ tesis de Maestría}. Perú: Repositorio Digital de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Disponible en: http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/264
70. Ccama Ccama, W. Y. “Conductas sexuales de riesgo en adolescentes peruanos”. Arequipa 2020. [trabajo de investigación de bachiller]. Perú: Repositorio Digital de la Universidad Católica

San Pablo. Disponible en: https://repositorio.ucsp.edu.pe/handle/20.500.12590/16709

71. Alfonso Figueroa L. y Figueroa Pérez L. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. Rev. Ciencias Médicas. [Internet]. 2017 abril [citado 2021 mayo 26]; 21 (2): 143-151. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020&lng=es.
72. Omán RF, Merritt BT, Fluhr J, Williams JM. Comparación de la programación escolar para la prevención del embarazo en adolescentes: resultados mixtos en un estado de riesgo. Revista de salud escolar [Internet]. Dic de 2015 [consultado el 28 de febrero de 2021]; 85 (12): 886–93.
73. Morales Cutipa L.A. Habilidades sociales que se relacionan con las conductas de riesgo en adolescentes de la institución educativa Fortunato Zora Carbajal, Tacna – 2012. Tacna 2013. [tesis de licenciatura]. Perú: Repositorio Digital de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/422/TG0192.pdf?sequence=1&isAllowed=y
74. Ferreiro K. M., Vinces Ubillus MA, Mendoza Cedeño IG, Briones Bermeo NP, Mera Leones FB. Intervención educativa para la prevención del alcoholismo en adolescentes en colegio ecuatoriano. Rev. Ciencias Médicas. [Internet]. 2020. [citado 15 febrero 2021]; 24(1): e4017. Disponible en: http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4017
75. RIKI TESLER, PhDa YOSSI HAREL-FISCH, PhDb ORNA BARONEPEL P. and Adolescent Risk Behaviors in Israel: A Multilevel Analysis. 2016; 86(6):435–43.
76. Llontop Cavero, AP. Factor individual, familiar, social y su relación con la violencia y victimización adolescente, Trujillo. Trujillo 2019. [tesis de maestría]. Perú: Repositorio Digital de la Universidad de Trujillo.
Disponible en: https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/12935/Llontop%20Cavero%20Adela%20del%20Pilar.pdf?sequence=1&isAllowed=y
77. García Huamán K.S. y Ticona Bayta F.R. El clima social familiar y su influencia en las conductas de riesgo de los adolescentes del Ceba Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Jacobo Hunter- Arequipa 2018. Trujillo 2018. [tesis de licenciatura]. Perú: Repositorio Digital de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Disponible en:

http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/7353/TSgahuks.pdf?sequence=1&isAllowed=y
78. Zaldívar del A.S.M. Conductas de riesgo psicosocial y clima social familiar en adolescentes de la institución educativa San Fernando de Manantay-Pucallpa-2018.Pucallpa 2019. [tesis de maestría]. Perú: Repositorio Digital de la Universidad de Huánuco. Disponible en: http://200.37.135.58/bitstream/handle/123456789/1946/SALDIVAR%20DEL%20%c3%81GUILA%2c%20Silvia%20Maribel.pdf?sequence=1&isAllowed=y

# ANEXOS

## ÍNDICE DE ANEXOS

A. **Operacionalización de la variable** ..... II

B.**Cálculo de tamaño de muestra** ..... IV

C.**Instrumento** ..... V

D.**Informe de juicio de expertos** ..... XII

E.**Confiabilidad por *alfa de cronbach*** ..... XIII

F.**Libro de codigos** ..... XVII

G.**Matriz de datos** ..... XXIII

H. **Consentimiento informado** ..... XXIX

I.**Asentimiento informado** ..... XXX

J.**Tablas** ..... XXXI

## ANEXO A

## OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

- **HABILIDADES SOCIALES**

| VARIABLE | DEF. CONCEPTUAL | DIMENSION | VALOR FINAL | DEF. OPERACIONAL DE LA VARIABLE |
|---|---|---|---|---|
| Nivel de habilidades sociales en adolescentes del nivel secundario | Las habilidades sociales son un conjunto de conductas que nos permiten interactuar y relacionarnos con las personas de nuestro entorno de manera efectiva y satisfactoria. Por lo tanto, también favorecen el óptimo desarrollo y manifestación del estado de bienestar mental, a través de comportamientos positivos en la cultura y el medio ambiente.<br><br>Es por ello necesario reconocer el papel transcendental que cumplen sobre todo durante la adolescencia, en la que al desarrollar las habilidades como la autoestima, asertividad, comunicación y toma de decisiones contribuyen también a la prevención de las conductas de riesgo que podrían afectar el óptimo desarrollo del adolescente. | Asertividad<br><br>**Autoestima**<br><br>**Toma de decisiones**<br><br>**Comunicación** | • Muy Alto<br>• Alto<br>• Promedio Alto<br>• Promedio<br>• Promedio bajo<br>• Bajo<br>• Muy bajo | Las habilidades sociales son un conjunto de capacidades y/o competencias que poseen los adolescentes del nivel secundario turno tarde del colegio San Pedro N° 5050 que les permitan relacionarse con las personas de su entorno más cercano. Dichas habilidades serán medidas a través de un cuestionario siendo los valores finales del mismo: muy alto, alto, promedio alto, promedio, promedio bajo, bajo y muy bajo. |

- **CONDUCTAS DE RIESGO**

| VARIABLE | DEF. CONCEPTUAL | DIMENSION | INDICADOR | VALOR FINAL | DEF. OPERACIONAL DE LA VARIABLE |
|---|---|---|---|---|---|
| Conductas de riesgo en los adolescentes del nivel secundario. | La adolescencia es una etapa de la vida la cual puede considerarse como una época de riesgos y también de oportunidades, debido a que en ella se experimentan una serie muy marcada de cambios y transformaciones que pueden implicar la aparición de conductas de riesgo, que se definen como aquellas acciones voluntarias o involuntarias de carácter múltiple y biopsicosocial las cuales son realizadas por el individuo o la comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas para su salud. Cabe resaltar que durante la adolescencia las conductas de riesgo a las cuales son más vulnerables se relacionan con las conductas sexuales de riesgo, el consumo de sustancias y la violencia. | Conducta sexual de riesgo | Embarazo adolescente | • Conducta con riesgo<br>• Conducta sin riesgo | Las conductas de riesgo son aquellas acciones que desarrollan los adolescentes del nivel secundario turno tarde de la institución educativa Nro. 5050 “San Pedro” que pueden comprometer su desarrollo normal, con repercusiones para su vida actual y futura.<br>Dichas acciones serán medidas a través de un cuestionario siendo los valores finales del mismo: conducta con riesgo y conducta sin riesgo. |
| | | | Actividad sexual sin protección | | |
| | | Consumo de sustancias | Ingesta de alcohol | | |
| | | | Consumo de tabaco | | |
| | | Conductas que contribuyen a la violencia | Violencia interpersonal | | |

## ANEXO B

## CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

- **Unidad de análisis:** Adolescente del 1° al 5° año de secundaria

- **Tamaño de la muestra:**

$$n = Z_{\alpha}^{2} \frac{N \cdot p \cdot q}{i^{2}(N-1) + Z_{\alpha}^{2} \cdot p \cdot q}$$

**Donde:**

N**:** Tamaño de la población

n: Tamaño de la muestra

Z: Nivel de confianza (95%=1.96)

i: Nivel de precisión 0.1

p: probabilidad de éxito 50% (p=0.50)

q: probabilidad de fracaso 50% (q=0.50)

- **Desarrollo de la formula**

$$n = (1.96)^{2} \frac{(223) \times (0.5) \times (0.5)}{(0.1)(223-1) + (1.96)^{2}(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{214{,}16}{3,18}$$

$$n = 67{,}34$$

$$n = 67\ estudiantes$$

- **Tipo de muestreo: método probabilístico aleatorio estratificado**

$$\text{Proporción} x = \frac{67}{223} \times 100$$

$$x = 30\%$$

## ANEXO C

## INSTRUMENTO




## CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES



### I. PRESENTACIÓN

Buenas tardes mi nombre es Esmeralda Inga Matamoros; estudiante del cuarto año de enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y me encuentro realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo obtener datos sobre el nivel de habilidades sociales en adolescentes que cursan el nivel secundario en el turno tarde de los grados del 1er a 5to año. Por lo cual solicito su colaboración para contestar sinceramente las preguntas que siguen a continuación cabe resaltar que los datos que me brinde serán **ANONIMOS** y **CONFIDENCIALES**.

Agradezco anticipadamente su participación.

### II. INSTRUCCIÓN

A continuación, les presento una serie de preguntas las cuales deberán ser respondidas con una X en el casillero de la columna derecha, de acuerdo a la frecuencia en la cual realicen las acciones en su vida diaria.

| | | | |
|---|---|---|---|
| S | SIEMPRE | RV | RARA VEZ |
| AM | A MENUDO | **N** | **NUNCA** |
| AV | A VECES | | |

### A. DATOS GENERALES

- **Edad: ……**
- **Sexo: (Femenino) (Masculino)**
- **Año de estudios: (1ero) (2do) (3ero.) (4to.) (5to.)**
- **Sección: ……**

## B. DATOS ESPECÍFICOS

- Leyenda: Siempre (S), A menudo (AM), A veces (AV), Rara vez (RV) o Nunca (N)

| HABILIDADES SOCIALES | N | RV | AV | AM | S |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas. | | | | | |
| 2.Si un amigo (a) habla mal de mi persona le insulto. | | | | | |
| 3.Si necesito ayuda la pido de buena manera. | | | | | |
| 4.Si un amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito. | | | | | |
| 5.Agradezco cuando alguien me ayuda | | | | | |
| 6.Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años | | | | | |
| 7.Si un amigo(a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura. | | | | | |
| 8.Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa. | | | | | |
| 9.Le digo a mi amigo(a) cuando hace algo que no me agrada. | | | | | |
| 10.Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado. | | | | | |
| 11.Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola. | | | | | |
| 12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol. | | | | | |
| 13.Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla. | | | | | |
| 14.Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen. | | | | | |
| 15.Miro a los ojos cuando alguien me habla. | | | | | |
| 16.No pregunto a las personas si me he dejado comprender. | | | | | |
| 17.Me dejo entender con facilidad cuando hablo. | | | | | |
| 18.Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor. | | | | | |
| 19.Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias. | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 20.Si estoy "nervioso(a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos. | | | | | |
| 21.Antes de opinar ordeno mis ideas con calma. | | | | | |
| 22.Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud. | | | | | |
| 23.No me siento contento(a) con mi aspecto físico. | | | | | |
| 24.Me gusta verme arreglado (a). | | | | | |
| 25.Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a). | | | | | |
| 26.Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno. | | | | | |
| 27.Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas. | | | | | |
| 28.Puedo hablar sobre mis temores. | | | | | |
| 29.Cuando algo me sale mal no sé cómo expresar mi cólera. | | | | | |
| 30. Comparto mi alegría con mis amigos (as). | | | | | |
| 31.Me esfuerzo para ser mejor estudiante. | | | | | |
| 32. Puedo guardar los secretos de mis amigos (as). | | | | | |
| 33.Rechazo hacer las tareas de la casa. | | | | | |
| 34.Pienso en varias soluciones frente a un problema. | | | | | |
| 35.Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema. | | | | | |
| 36.Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones. | | | | | |
| 37.Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas. | | | | | |
| 38. Hago planes para mis vacaciones. | | | | | |
| 39.Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro. | | | | | |
| 40.Me cuesta decir no por miedo a ser criticado. | | | | | |
| 41.Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados (as). | | | | | |
| 42.Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos. | | | | | |

## CUESTIONARIO SOBRE CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIAL EN EL ADOLESCENTE

**I. INSTRUCCIONES:** Estimado/a estudiante, esta es una encuesta que permitirá conocer las Conductas de riesgo que asumes como adolescente. Por lo cual debes leer con cuidado y marcar con un aspa (x) las respuestas con las que más te identifiques. Agradezco la veracidad de tus respuestas por ser un estudio serio. Tus respuestas serán anónimas y confidenciales.

Se agradece tu participación.

### A. DATOS GENERALES

- **Edad: ……**
- **Sexo: (Femenino) (Masculino)**
- **Año de estudios: (1ero) (2do) (3ero.) (4to.) (5to.)**
- **Sección: ……**

### B. DATOS ESPECÍFICOS

➢ **RIESGO EN TORNO A LA CONDUCTA SEXUAL**

1. **Ha tenido relaciones sexuales:**

   a) Si ( )  b) No ( )

2. **Si su respuesta fue afirmativa a la pregunta anterior ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?**
   a) Menor a 10 años ( )
   b) Entre los 10 a 15 años ( )
   c) Mayor a 15 años ( )
   d) No he tenido relaciones sexuales ( )

3. **¿Cuál fue la edad de su mamá cuando tuvo su primer hijo(a)?**

   a) Menor a 13 años ( )
   b) De 13 a 15 años ( )
   c) De 16 a 18 años ( )

d) Mas de 19 años ( )
e) No sabe ( )

**4. Te gustaría tener un hijo con tu pareja en:**

a) Los próximos 12 meses ( )
b) Le gustaría, pero aún no ( )
c) No lo he pensado ( )
d) No tengo pareja ( )

5. **¿Ha recibido información acerca de métodos anticonceptivos y la entendió?**

a) Si, he recibido la información y siento que la he entendido bien ( )

b) Si, he recibido la información pero aún tengo algunas dudas ( )

c) No ha recibido información al respecto ( )

Si su respuesta es la C, pase a la pregunta N°7

**6. La información sobre los métodos anticonceptivos la recibió de parte:**

a) Del colegio ( )
b) De sus padres ( )
c) De sus amigos ( )
d) De un centro o establecimiento de salud ( )
e) Se informó por su cuenta ( )
f) No ha recibido información ( )

**7. ¿Utilizarías algún método anticonceptivo?**

a) Si ( ) b) No ( )

**8. ¿Considera que el uso del preservativo o condón ayuda a prevenir el VIH-SIDA?**

a) Si lo creo y estoy seguro ( )
b) Si lo creo, pero no estoy seguro ( )
c) No lo creo ()
d) Desconozco la información sobre el tema ( )

- **RIESGO EN TORNO A LAS ADICCIONES**

**09. Durante la última semana ¿Ha consumido cerveza u otras bebidas con alcohol, cuantas veces?**

a) No ha consumido ( )
b) Una vez ( )
c) Entre 2 y 3 veces ( )
d) Entre 4 y 6 veces ( )
e) Entre 7 o más veces ( )

**10. ¿Ha tenido problemas en la escuela o en su casa porque consume bebidas alcohólicas?**

a) Si he tenido problemas ( )

b) No he tenido ningún problema ( )

c) No consumo bebidas alcohólicas ( )

**11. ¿Ha dañado o le han dañado accidentalmente estando bajo el efecto de las bebidas alcohólicas?**

a) Si me he hecho daño y también lo he ocasionado ( )

b) No me han hecho daño y tampoco lo he ocasionado ( )

c) No consume bebidas alcohólicas ( )

**12. De las siguientes sustancias, ¿cual ha probado y cuando lo hizo?**

a) Cigarrillo Si ( ) No ( ) edad: ……. años

b) Bebidas alcohólicas Si ( ) No ( ) edad ……. años

**13. ¿Alguno de sus padres consume bebidas alcohólicas y con qué frecuencia?**

a) Si, con frecuencia ( )
b) Si, pero muy de vez en cuando ( )
c) No está seguro ( )
d) No consume bebidas alcohólicas ( )

**14. ¿Alguno de sus amigos (o personas con las que frecuenta usualmente) consume bebidas alcohólicas?**

a) Si, con frecuencia ( )
b) Si, pero muy de vez en cuando ( )
c) No está seguro ( )
d) No consume bebidas alcohólicas ( )

**15. Respecto al consumo de bebidas alcohólicas en la actualidad usted:**

a) Toma alcohol y le gusta ( )

b) Toma alcohol y quisiera no tomar ( )
c) No toma alcohol ( )

**16. Respecto al consumo de cigarrillos en la actualidad usted:**

a) Fuma y le gusta ( )
b) Fuma y quisiera no fumar ( )
c) No fuma ( )

- **RIESGO EN TORNO A LA VIOLENCIA**

**17. ¿Ha recibido castigos físicos (golpes) por parte de algunos de sus padres?**

a) Hace menos de una semana ( )

b) Entre dos semanas y un mes ( )

c)Hace más de un mes ( )

d)No he sido golpeado en el último año ( )

**18. La última vez (durante el último año) que fue golpeado por otra persona (padres, hermanos, otros) fue:**

a) Hace menos de una semana ( )

b) Entre dos semanas y un mes ( )

c)Hace más de un mes ( )

d)No he sido golpeado en el último año ( )

**19. La última vez (durante el último año) que tuvo que utilizar la violencia física fue:**

a) Hace menos de una semana ( )

b) Entre dos semanas y un mes ( )

c)Hace más de un mes ( )

d)No he usado la violencia física en el último año ( )

**20. ¿Lleva usted algún tipo de arma que usted considere útil para defenderse de posibles agresiones?**

a) Si ( )
b) A veces ( )
c) No ( )

## ANEXO D

## INFORME DE JUICIO DE EXPERTOS

### COEFICIENTE DE VALIDEZ DE CONTENIDO (CVC)

(Hernandez-Nieto, 2011) **3 JUECES**

| Item | J1 | j2 | j3 | Σ xij | (Mx) | CVCi | Pei | CVCic |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 5 | 3 | 4 | 12 | 4.0000 | 0.8000 | 0.0370 | 0.7630 |
| 2 | 4 | 3 | 4 | 11 | 3.6667 | 0.7333 | 0.0370 | 0.6963 |
| 3 | 5 | 4 | 4 | 13 | 4.3333 | 0.8667 | 0.0370 | 0.8297 |
| 4 | 5 | 4 | 3 | 12 | 4.0000 | 0.8000 | 0.0370 | 0.7630 |
| 5 | 4 | 5 | 4 | 13 | 4.3333 | 0.8667 | 0.0370 | 0.8297 |
| 6 | 5 | 3 | 4 | 12 | 4.0000 | 0.8000 | 0.0370 | 0.7630 |
| 7 | 5 | 4 | 4 | 13 | 4.3333 | 0.8667 | 0.0370 | 0.8297 |
| 8 | 4 | 5 | 4 | 13 | 4.3333 | 0.8667 | 0.0370 | 0.8297 |
| 9 | 5 | 5 | 4 | 14 | 4.6667 | 0.9333 | 0.0370 | 0.8963 |
| 10 | 5 | 4 | 5 | 14 | 4.6667 | 0.9333 | 0.0370 | 0.8963 |
| 11 | 5 | 4 | 4 | 13 | 4.3333 | 0.8667 | 0.0370 | 0.8297 |
| 12 | 5 | 4 | 4 | 13 | 4.3333 | 0.8667 | 0.0370 | 0.8297 |
| 13 | 5 | 5 | 4 | 14 | 4.6667 | 0.9333 | 0.0370 | 0.8963 |
| 14 | 5 | 4 | 5 | 14 | 4.6667 | 0.9333 | 0.0370 | 0.8963 |
| 15 | 5 | 5 | 4 | 14 | 4.6667 | 0.9333 | 0.0370 | 0.8963 |
| 16 | 4 | 5 | 5 | 14 | 4.6667 | 0.9333 | 0.0370 | 0.8963 |
| 17 | 5 | 4 | 4 | 13 | 4.3333 | 0.8667 | 0.0370 | 0.8297 |
| 18 | 5 | 5 | 4 | 14 | 4.6667 | 0.9333 | 0.0370 | 0.8963 |
| 19 | 4 | 5 | 5 | 14 | 4.6667 | 0.9333 | 0.0370 | 0.8963 |
| 20 | 5 | 4 | 4 | 13 | 4.3333 | 0.8667 | 0.0370 | 0.8297 |
| | | | | | | | Σ | 16.7933333 |
| | | | | | n de ítems | 20 | CVCt | 0.8397 |
| | | | | | | | **CVCtc** | **0.8027** |

| **INTERPRETACIÓN DEL CÁLCULO DEL CVC** | |
|---|---|
| **Valor del CVC** | **Interpretación de la validez y concordancia** |
| De 0 a 0,60 | Inaceptable |
| Mayor a 0,60 y menor o igual a 0,70 | Deficiente |
| Mayor a 0,70 y menor o igual a 0,80 | Aceptable |
| Mayor a 0,80 y menor o igual a 0,90 | Buena |
| Mayor a 0,90 | Excelente |
| **Fuente:** Hernández-Nieto (2011) | |

## ANEXO E

## CONFIABILIDAD POR *ALFA DE CRONBACH*

## INFORME DE LA CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

- Para determinar el grado de confiabilidad del instrumento: "Cuestionario sobre Habilidades Sociales" se aplicó este instrumento en 30 sujetos que no pertenecen a la población de estudio y para su evaluación se empleó el *Coeficiente Alpha de Cronbach.* Este coeficiente toma valores entre 0 y 1, y un valor mayor a 0,7 indica que el test es confiable. El coeficiente Alpha de Cronbach, fue calculado a través del paquete estadístico SPSS versión 27, siendo el resultado 0.854, muy cercano a 1; concluyendo que instrumento es confiable. Las varianzas necesarias para el cálculo del coeficiente se detallan en el cuadro 1 y 2.

**Cuadro 1. Resumen de procesamiento de casos**

| | | N | % |
|---|---|---|---|
| Casos | Válido | 30 | 100,0 |
| | Excluido[a] | 0 | ,0 |
| | Total | 30 | 100,0 |

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Cuadro 2. Estadísticas de fiabilidad**

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|---|---|
| ,854 | 42 |

**Cuadro 3. Estadísticas de total de elemento**

| | Media de escala si el elemento se ha suprimido | Varianza de escala si el elemento se ha suprimido | Correlación total de elementos corregida | Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido |
|---|---|---|---|---|
| @1 | 155,97 | 418,999 | ,197 | ,853 |
| @2 | 155,90 | 406,024 | ,418 | ,848 |
| @3 | 154,77 | 417,357 | ,299 | ,851 |
| @4 | 155,67 | 431,747 | -,070 | ,859 |
| @5 | 154,53 | 423,430 | ,207 | ,853 |
| @6 | 155,13 | 410,740 | ,308 | ,851 |
| @7 | 156,37 | 428,723 | -,020 | ,859 |
| @8 | 156,20 | 404,303 | ,359 | ,850 |
| @9 | 155,30 | 398,079 | ,514 | ,846 |
| @10 | 155,37 | 410,516 | ,306 | ,851 |
| @11 | 155,33 | 414,023 | ,264 | ,852 |
| @12 | 156,07 | 412,340 | ,200 | ,855 |
| @13 | 156,60 | 394,248 | ,534 | ,845 |
| @14 | 155,47 | 412,878 | ,269 | ,852 |
| @15 | 155,27 | 405,582 | ,400 | ,849 |
| @16 | 156,00 | 405,862 | ,341 | ,850 |
| @17 | 155,47 | 392,809 | ,674 | ,843 |
| @18 | 155,27 | 407,030 | ,390 | ,849 |
| @19 | 155,87 | 407,775 | ,383 | ,849 |
| @20 | 155,27 | 404,478 | ,497 | ,847 |
| @21 | 155,23 | 402,461 | ,549 | ,846 |
| @22 | 154,93 | 421,030 | ,195 | ,853 |
| @23 | 155,67 | 395,747 | ,498 | ,846 |
| @24 | 154,93 | 418,892 | ,221 | ,853 |
| @25 | 155,17 | 399,454 | ,523 | ,846 |
| @26 | 155,07 | 412,409 | ,326 | ,851 |
| @27 | 155,50 | 405,431 | ,453 | ,848 |
| @28 | 156,07 | 411,513 | ,336 | ,850 |
| @29 | 156,10 | 426,507 | ,026 | ,857 |
| @30 | 155,20 | 406,510 | ,443 | ,848 |
| @31 | 155,27 | 402,616 | ,553 | ,846 |
| @32 | 154,57 | 425,082 | ,158 | ,853 |
| @33 | 155,80 | 406,786 | ,353 | ,850 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| @34 | 155,33 | 404,644 | ,539 | ,847 |
| @35 | 155,10 | 415,748 | ,346 | ,851 |
| @36 | 155,17 | 401,247 | ,614 | ,845 |
| @37 | 156,80 | 427,614 | ,000 | ,858 |
| @38 | 155,83 | 410,282 | ,252 | ,853 |
| @39 | 155,40 | 402,800 | ,508 | ,847 |
| @40 | 155,33 | 422,368 | ,102 | ,855 |
| @41 | 155,47 | 406,189 | ,410 | ,849 |
| @42 | 155,57 | 425,978 | ,014 | ,859 |

- Para determinar el grado de confiabilidad del instrumento: "Cuestionario sobre Conductas de Riesgo" se aplicó este instrumento en 30 sujetos que no pertenecen a la población de estudio y para su evaluación se empleó el *Coeficiente Alpha de Cronbach.* Este coeficiente toma valores entre 0 y 1, y un valor mayor a 0,7 indica que el test es confiable. El coeficiente Alpha de Cronbach, fue calculado a través del paquete estadístico SPSS versión 27, siendo el resultado 0.710, muy cercano a 1; concluyendo que instrumento es confiable. Las varianzas necesarias para el cálculo del coeficiente se detallan en el cuadro 1 y 2.

**Cuadro 4. Resumen de procesamiento de casos**

| | | N | % |
|---|---|---|---|
| Casos | Válido | 30 | 100,0 |
| | Excluido[a] | 0 | ,0 |
| | Total | 30 | 100,0 |

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Cuadro 5. Estadísticas de fiabilidad**

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|---|---|
| ,710 | 20 |

**Cuadro 6. Estadísticas de total de elemento**

| | Media de escala si el elemento se ha suprimido | Varianza de escala si el elemento se ha suprimido | Correlación total de elementos corregida | Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido |
|---|---|---|---|---|
| @1 | 4,07 | 7,582 | ,583 | ,663 |
| @2 | 4,20 | 8,372 | ,346 | ,692 |
| @3 | 4,37 | 9,344 | -,023 | ,715 |
| @4 | 4,33 | 9,195 | ,060 | ,713 |
| @5 | 4,13 | 8,533 | ,234 | ,704 |
| @6 | 4,30 | 9,321 | -,033 | ,721 |
| @7 | 3,90 | 8,921 | ,057 | ,726 |
| @8 | 3,83 | 8,971 | ,042 | ,727 |
| @9 | 4,07 | 7,168 | ,761 | ,641 |
| @10 | 4,27 | 8,892 | ,165 | ,708 |
| @11 | 4,37 | 8,999 | ,292 | ,702 |
| @12 | 3,93 | 7,582 | ,541 | ,667 |
| @13 | 4,40 | 9,352 | ,000 | ,712 |
| @14 | 4,23 | 8,944 | ,117 | ,713 |
| @15 | 4,17 | 7,799 | ,569 | ,668 |
| @16 | 4,13 | 7,637 | ,608 | ,663 |
| @17 | 4,17 | 9,109 | ,022 | ,724 |
| @18 | 4,30 | 9,183 | ,041 | ,716 |
| @19 | 4,13 | 8,120 | ,402 | ,686 |
| @20 | 4,30 | 8,355 | ,512 | ,683 |

## ANEXO F

## LIBRO DE CODIGOS

TABLA DE CODIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO DEL CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES Y CONDUCTAS DE RIESGO

**DATOS GENERALES:**

| CATEGORÍA | CÓDIGO |
|---|---|
| **Edad** | |
| 10-13 | 1 |
| 14-15 | 2 |
| 17-19 | 3 |
| **Sexo** | |
| Femenino | 1 |
| Masculino | 2 |
| **Año de estudios** | |
| Primer año | 1 |
| Segundo año | 2 |
| Tercer año | 3 |
| Cuarto año | 4 |
| Quinto año | 5 |

**DATOS ESPECÍFICOS:**

| HABILIDADES | N | RV | AV | AM | S |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Si un amigo (a) habla mal de mi persona le insulto. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Si necesito ayuda la pido de buena manera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Si un amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Agradezco cuando alguien me ayuda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Si un amigo(a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. Le digo a mi amigo(a) cuando hace algo que no me agrada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Miro a los ojos cuando alguien me habla. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. Me dejo entender con facilidad cuando hablo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19.Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. Si estoy "nervioso(a)" trato de relajarme para ordenar mis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| pensamientos. | | | | | |
| 21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. No me siento contento(a) con mi aspecto físico. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 24. Me gusta verme arreglado (a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Puedo hablar sobre mis temores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Cuando algo me sale mal no sé cómo expresar mi cólera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Comparto mi alegría con mis amigos (as). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Puedo guardar los secretos de mis amigos (as). | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 33. Rechazo hacer las tareas de la casa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Pienso en varias soluciones frente a un problema. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 35. Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 37. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Hago planes para mis vacaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Me cuesta decir no por miedo a ser criticado. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 41.Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados (as). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42.Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**CUADRO DE AREAS DE ITEMS**

| AREAS | ITEMS |
|---|---|
| **ASERTIVIDAD** | 1 – 12 |
| **COMUNICACIÓN** | 13 – 21 |
| **AUTOESTIMA** | 22 – 33 |
| **TOMA DE DECISIONES** | 34 - 42 |

**CUADRO DE AREAS DE ITEMS**

| CATEGORÍAS | PUNTAJE DE ASERTIVIDAD | PUNTAJE DE COMUNICACIÓN | PUNTAJE DE AUTOESTIMA | PUNTAJE DE TOMA DE DECISIONES | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| Muy bajo | 0-20 | Menor a 19 | Menor a 21 | Menor a 16 | Menor a 88 |
| Bajo | 20-32 | 19 a 24 | 21 a 34 | 16 a 24 | 88 a 126 |
| Promedio bajo | 33-38 | 25 a 29 | 35 a 41 | 25 a 29 | 127 a 141 |
| Promedio | 39-41 | 30 a 32 | 42 a 46 | 30 a 33 | 142 a 151 |
| Promedio alto | 42-44 | 33 a 35 | 47 a 50 | 34 a 36 | 152 a 161 |
| Alto | 45-49 | 36 a 39 | 51 a 54 | 37 a 40 | 162 a 173 |
| Muy alto | 50 a mas | 40 a mas | 55 a mas | 41 a mas | 174 a mas |

**TABLA DE CÓDIGOS DE LOS DATOS ESPECIFICOS DEL CUESTIONARIO DE CONDUCTAS DE RIESGO**

| Nro. Ítem | CLAVE | Puntuación |
|---|---|---|
| **Conducta Sexual de riesgo** | | |
| **1** | a | 1 |
| **2** | a | 1 |
| **3** | a o b | 1 |
| **4** | a | 1 |
| **5** | B o C | 1 |
| **6** | f | 1 |
| **7** | b | 1 |
| **8** | b, c o d | 1 |
| **Consumo de drogas licitas** | | |
| **9** | c o d | 1 |
| **10** | b | 1 |
| **11** | a | 1 |
| **12** | a o b | 1 |
| **13** | a | 1 |
| **14** | a | 1 |
| **15** | A o b | 1 |
| **16** | A o b | 1 |
| **Conductas derivadas de la violencia** | | |
| **17** | A o b | 1 |
| **18** | A o b | 1 |
| **19** | A o b | 1 |
| **20** | a o b | 1 |

## ANEXO G

## MATRIZ DE DATOS

- **HABILIDADES SOCIALES**

| Sujetos | DATOS GENERALES | | | DATOS ESPECIFICOS | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 26 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 | 3 | 1 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 42 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 29 | 3 | 2 | 5 | 3 | 4 | 4 |
| 27 | 2 | 1 | 3 | 5 | 3 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 1 | 4 | 5 | 48 | 1 | 5 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 4 | 5 | 28 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 28 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 36 | 2 | 3 | 4 | 2 | 5 | 5 | 3 | 2 | 2 | 28 | 2 | 5 | 2 | 2 | 4 | 1 |
| 29 | 2 | 1 | 3 | 2 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 1 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 46 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 1 | 27 | 4 | 2 | 5 | 5 | 2 | 3 |
| 30 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1 | 4 | 4 | 5 | 3 | 5 | 49 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 3 | 4 | 5 | 35 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| 31 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 4 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 4 | 5 | 44 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 28 | 5 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 32 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 5 | 2 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 4 | 46 | 2 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 1 | 4 | 4 | 32 | 3 | 1 | 5 | 4 | 4 | 3 |
| 33 | 2 | 1 | 4 | 1 | 2 | 2 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 44 | 1 | 5 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 5 | 5 | 29 | 5 | 2 | 5 | 5 | 5 | 2 |
| 34 | 2 | 1 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 56 | 3 | 3 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 35 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 3 |
| 35 | 2 | 2 | 4 | 5 | 1 | 2 | 4 | 5 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 28 | 1 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 1 | 5 | 5 | 34 | 5 | 1 | 5 | 2 | 4 | 5 |
| 36 | 2 | 1 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 47 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 36 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 |
| 37 | 3 | 2 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 56 | 1 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 2 | 5 | 4 | 33 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1 | 4 |
| 38 | 2 | 1 | 4 | 3 | 3 | 5 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 51 | 2 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 2 | 4 | 4 | 35 | 4 | 2 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| 39 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 38 | 2 | 2 | 3 | 5 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 25 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 |
| 40 | 2 | 1 | 4 | 3 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 48 | 3 | 5 | 1 | 2 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 32 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1 | 5 |
| 41 | 2 | 1 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 55 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 2 | 34 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 2 |
| 42 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 3 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 36 | 1 | 5 | 5 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 5 | 28 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 |
| 43 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 1 | 3 | 5 | 5 | 5 | 48 | 4 | 4 | 5 | 3 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 38 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 44 | 2 | 1 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 1 | 4 | 5 | 5 | 1 | 45 | 1 | 3 | 1 | 5 | 5 | 5 | 1 | 1 | 5 | 27 | 5 | 1 | 5 | 3 | 3 | 3 |
| 45 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 | 4 | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 5 | 40 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 25 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| 46 | 2 | 2 | 5 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 | 3 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 | 5 | 40 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 27 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 |
| 47 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 5 | 46 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 42 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| 48 | 2 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 5 | 1 | 44 | 1 | 5 | 5 | 3 | 5 | 1 | 3 | 5 | 3 | 31 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 |
| 49 | 2 | 2 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 49 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 1 | 2 | 2 | 33 | 1 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 50 | 3 | 1 | 5 | 2 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 2 | 5 | 3 | 5 | 5 | 49 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 28 | 5 | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 51 | 3 | 1 | 5 | 4 | 5 | 5 | 3 | 5 | 2 | 4 | 1 | 5 | 5 | 5 | 1 | 45 | 3 | 1 | 3 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 33 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 52 | 2 | 2 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 42 | 1 | 3 | 4 | 1 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 25 | 5 | 4 | 4 | 5 | 2 | 4 |
| 53 | 2 | 1 | 5 | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 53 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 39 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| 54 | 2 | 1 | 5 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 2 | 5 | 5 | 4 | 4 | 47 | 1 | 4 | 5 | 3 | 3 | 3 | 1 | 4 | 3 | 27 | 3 | 5 | 2 | 4 | 5 | 5 |
| 55 | 2 | 1 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 2 | 5 | 3 | 5 | 1 | 5 | 5 | 1 | 44 | 1 | 5 | 5 | 5 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 29 | 2 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 56 | 2 | 2 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 49 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 39 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| 57 | 3 | 1 | 5 | 2 | 3 | 5 | 1 | 5 | 5 | 4 | 1 | 5 | 4 | 5 | 4 | 44 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 44 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 42 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 32 | 145 |
| 5 | 1 | 5 | 5 | 4 | 2 | 51 | 5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 37 | 164 |
| 1 | 4 | 1 | 3 | 1 | 4 | 30 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 3 | 5 | 29 | 123 |
| 4 | 2 | 4 | 5 | 3 | 5 | 44 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 5 | 1 | 3 | 5 | 28 | 145 |
| 5 | 1 | 4 | 5 | 5 | 5 | 52 | 5 | 4 | 4 | 2 | 5 | 4 | 2 | 5 | 5 | 36 | 172 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 4 | 40 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 | 26 | 138 |
| 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 1 | 36 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 1 | 3 | 5 | 28 | 142 |
| 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 46 | 4 | 4 | 5 | 1 | 1 | 2 | 5 | 5 | 5 | 32 | 151 |
| 2 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 49 | 5 | 5 | 5 | 1 | 1 | 3 | 5 | 3 | 1 | 29 | 169 |
| 2 | 1 | 5 | 2 | 5 | 4 | 41 | 2 | 5 | 2 | 5 | 5 | 2 | 4 | 2 | 3 | 30 | 133 |
| 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 3 | 42 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 | 5 | 5 | 34 | 159 |
| 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 51 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 1 | 2 | 2 | 33 | 173 |
| 5 | 1 | 4 | 4 | 4 | 3 | 46 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 5 | 4 | 5 | 33 | 165 |
| 4 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 39 | 2 | 4 | 3 | 1 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 | 30 | 132 |
| 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 3 | 52 | 5 | 3 | 5 | 1 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 38 | 170 |
| 2 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 47 | 2 | 5 | 3 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 5 | 32 | 168 |
| 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 | 53 | 3 | 1 | 3 | 2 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 31 | 148 |
| 4 | 2 | 5 | 5 | 5 | 4 | 53 | 5 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 1 | 2 | 5 | 35 | 174 |
| 2 | 1 | 5 | 3 | 5 | 1 | 37 | 5 | 3 | 4 | 1 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 30 | 139 |
| 2 | 1 | 5 | 5 | 5 | 1 | 32 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 1 | 4 | 23 | 120 |
| 1 | 2 | 1 | 5 | 4 | 4 | 42 | 5 | 4 | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 1 | 34 | 143 |
| 1 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 52 | 5 | 4 | 5 | 2 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 37 | 177 |
| 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 56 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 41 | 172 |
| 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 53 | 5 | 1 | 4 | 1 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 33 | 168 |
| 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 2 | 35 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 5 | 27 | 139 |
| 2 | 4 | 2 | 5 | 5 | 5 | 53 | 5 | 5 | 5 | 1 | 2 | 5 | 5 | 5 | 1 | 34 | 165 |
| 3 | 2 | 3 | 4 | 5 | 2 | 43 | 4 | 5 | 4 | 2 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 36 | 146 |
| 2 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 50 | 4 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 42 | 184 |
| 2 | 2 | 5 | 4 | 5 | 4 | 46 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 33 | 153 |
| 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 50 | 3 | 4 | 3 | 1 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 33 | 156 |
| 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 46 | 5 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 5 | 5 | 2 | 35 | 169 |
| 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 55 | 5 | 4 | 5 | 3 | 5 | 5 | 1 | 4 | 5 | 37 | 180 |

| | | |

➢ Conductas de riesgo

| SUJETOS | DATOS GENERALES | | | DATOS ESPECÍFICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | DIMENSIÓN CONDUCTA SEXUAL | | | | | | | | | DIMENSIÓN CONSUMO DE SUSTANCIAS | | | | | | | | | DIMENSIÓN VIOLENCIA INTERPERSONAL | | | | | |
| | Edad | Sexo | Grado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | SB | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | SB | 17 | 18 | 19 | 20 | SB | PT |
| 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 5 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 4 |
| 4 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| 5 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 9 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5 |
| 7 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| 8 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 6 |
| 9 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 6 |
| 10 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 11 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| 12 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 13 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 |
| 14 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 15 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 6 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 10 |
| 16 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 17 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| 18 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 19 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7 |
| 20 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 11 |
| 21 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| 22 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 23 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 24 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| 25 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 26 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 6 |
| 27 | 2 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| 28 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 29 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 30 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 31 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| 32 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 10 |
| 33 | 2 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 34 | 2 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 10 |
| 35 | 2 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 36 | 2 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 37 | 3 | 2 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| 38 | 2 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 39 | 2 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| 40 | 2 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 41 | 2 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 42 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 9 |
| 43 | 2 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| 44 | 2 | 1 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 45 | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| 46 | 2 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 6 |
| 47 | 2 | 2 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 48 | 2 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 7 |
| 49 | 2 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 50 | 3 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| 51 | 3 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 52 | 2 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| 53 | 2 | 1 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 54 | 2 | 1 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 9 |
| 55 | 2 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| 56 | 2 | 2 | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 57 | 3 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 58 | 3 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 5 |
| 59 | 3 | 2 | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 |
| 60 | 2 | 1 | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 61 | 2 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| 62 | 2 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 63 | 3 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 64 | 3 | 1 | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| 65 | 3 | 1 | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 |
| 66 | 3 | 2 | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 9 |
| 67 | 3 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |

## ANEXO H

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Señores padres de familia reciban un cordial saludo de parte de la estudiante de enfermería Esmeralda Inga Matamoros de la UNMSM, quien viene realizando un proyecto de investigación con autorización del personal directivo de la I.E. Nro. 5050 “San Pedro”, el cual tiene por objetivo “obtener datos sobre el nivel de habilidades sociales y las conductas de riesgo en los adolescentes del nivel secundario”. Por lo cual le hago entrega del presente consentimiento informado a fin de que autorice la participación de su menor hijo (a) a través del desarrollo de cuestionarios.

Yo……identificado (a) con el Nro. de DNI…….representante legal del estudiante…….
quien se encuentra cursando estudios secundarios en la institución educativa Nro. 5050 “San Pedro” -Bellavista, Callao. He sido informado acerca del trabajo de investigación por lo cual autorizo la participación de mi menor hijo(a).

## ANEXO I

## ASENTIMIENTO INFORMADO

### ASENTIMIENTO INFORMADO

Hola mi nombre es Esmeralda Inga Matamoros y soy estudiante de Enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Actualmente estoy realizando un estudio para conocer el nivel de habilidades sociales y conductas de riesgo para la salud que poseen los adolescentes que estudian en esta institución educativa. ¡Por lo cual necesito de tu apoyo!

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus padres de familia y/o apoderado hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones será confidencial y solo será utilizada para fines de investigación.

Si aceptas participar, marca con una **(X)** en el cuadrito que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si no deseas participar puedes dejar los casilleros en blanco.

☐ Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

_____

Fecha: _____ de _____ de ____.

## ANEXO J

## TABLAS

**TABLA 2. EDAD, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LOS ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DEL CALLAO-2019**

| **EDAD** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| ADOLESCENCIA TEMPRANA<br>10-13 AÑOS | 9 | 9 |
| ADOLESCENCIA INTERMEDIA<br>14-16AÑOS | 49 | 73 |
| ADOLESCENCIA Tardía<br>17-19 AÑOS | 12 | 18 |
| **TOTAL** | **67** | **100.0** |
| **SEXO** | **N** | **%** |
| Femenino | 34 | 50.7 |
| Masculino | 33 | 49.3 |
| **TOTAL** | **67** | **100.0** |
| **GRADO DE INSTRUCCIÓN** | **N** | **%** |
| Primer grado | 7 | 10.0 |
| Segundo grado | 8 | 12.0 |
| Tercer grado | 16 | 24.0 |
| Cuarto grado | 20 | 21.0 |
| Quinto grado | 16 | 33.0 |
| **TOTAL** | **67** | **100.0** |

**Tabla 3. Habilidades Sociales en adolescentes de una institución educativa. Callao - Perú. 2019**

| | Asertividad | Comunicación | Autoestima | Decisiones | General |
|---|---|---|---|---|---|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Muy bajo | 0 (0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| Bajo | 2(3) | 3(4) | 3(4) | 1(1) | 4(6) |
| Promedio Bajo | 8(12) | 25(37) | 15(22) | 15(22) | 11(16) |
| Promedio | 9(13) | 10(15) | 15(22) | 24(36) | 15(22) |
| Promedio Alto | 15(22) | 10(15) | 11(16) | 11(16) | 8(12) |
| Alto | 20(30) | 10(15) | 14(21) | 10(15) | 16(24) |
| Muy alto | 13(19) | 9(13) | 9(13) | 6(9) | 13(19) |
| TOTAL | 67(100) | 67(100) | 67(100) | 67(100) | 67(100) |

**Tabla 4: Habilidades Sociales en adolescentes de una institución educativa. Callao - Perú. 2019**

| | Conducta sexual n (%) | Adicción n (%) | Violencia n (%) | General n (%) |
|---|---|---|---|---|
| Con riesgo | 26(39) | 19(28) | 11(16) | 22(33) |
| Sin riesgo | 41(61) | 48(72) | 56(84) | 45(67) |

**Tabla 5. Correlación del nivel de Habilidades Sociales y Conductas de Riesgo para la salud en adolescentes de una institución educativa. Callao, 2019**

| **Conducta de Riesgo** | **Habilidades Sociales** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Muy bajo n (%)** | **Bajo n (%)** | **Promedio bajo: n (%)** | **Promedio n (%)** | **Promedio alto n (%)** | **Alto n (%)** | **Muy alto n (%)** |
| Sin riesgo | 0(0) | 2 (50) | 6(55) | 9(60) | 4(50) | 12(75) | 12 (92) |
| Con riesgo | 0(0) | 2 (50) | 5(45) | 6(40) | 4(50) | 4(25) | 1(8) |