

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**HABILIDADES SOCIALES Y CONDUCTAS DE RIESGO EN  
ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS. INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
TORRES ARAUJO – TRUJILLO, 2015**

**TESIS**

Para Optar el Título Profesional de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS:** Bach. Nataly Carolina Rivera Neyra

Bach. Gabriela Carolina Zavaleta Yparraguirre

**ASESORA:** Ms. Flor Emperatriz Cueva Loyola

**TRUJILLO – PERÚ**

**2015**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**HABILIDADES SOCIALES Y CONDUCTAS DE RIESGO EN  
ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS. INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
TORRES ARAUJO – TRUJILLO, 2015**

**TESIS**

Para Optar el Título Profesional de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS:** Bach. Nataly Carolina Rivera Neyra

Bach. Gabriela Carolina Zavaleta Yparraguirre

**ASESORA:** Ms. Flor Emperatriz Cueva Loyola

**TRUJILLO – PERÚ**

**2015**

## DEDICATORIA

*A Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.*

*A mis queridos padres Juan y Vilma: Por brindarme su apoyo incondicional en todo momento, dándome siempre su ejemplo, impulsándome a lograr todas mis metas; por sus sabios consejos y enseñanzas que me sirvió de guía para lograr ser la persona que soy ahora. Gracias, esto es para ustedes. ¡Los Amo Mucho!*

*A mi hermana Yarinet y mi tío Oswaldo: Por su apoyo incondicional, cariño, alegría, motivación, y fortaleza que me brindan a diario para seguir adelante y así lograr mi propósito. Los Amo.*

**Nataly**

## DEDICATORIA

*A mis queridos padres Jorge y Libertad: Por demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional, por sus consejos, su paciencia y su sacrificio en todos estos años y lograr todo lo que soy. Los adoro.*

*A mi hermano Diego: Por su apoyo, cariño, confianza y motivación a seguir adelante para lograr mi objetivo trazado.*

*A mi familia en general: Porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.*

**Gabriela**

## AGRADECIMIENTO

*Nuestro especial agradecimiento a Dios, por darnos la vida, por guiarnos por el camino correcto, por bendecirnos día a día para llegar hasta donde hemos llegado y por hacer realidad este sueño tan anhelado cumplir una meta más en nuestras vidas.*

*A nuestra asesora Ms. Flor Emperatriz Cueva Loyola, por su paciencia, motivación, comprensión y compartir sus conocimientos que permitieron el desarrollo y culminación satisfactoria del presente trabajo.*

*Al Director de la Institución Educativa Torres Araujo, que nos permitió y facilitó la realización de la presente investigación.*

**Nataly y Gabriela**

## TABLA DE CONTENIDOS

Pág.

DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTO .....	iii
TABLA DE CONTENIDOS.....	iv
LISTA DE TABLAS .....	v
LISTA DE GRAFICOS .....	vi
RESUMEN .....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	34
III. RESULTADOS.....	46
IV. DISCUSION.....	53
V. CONCLUSIONES.....	60
VI. RECOMENDACIONES .....	61
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS	

## LISTA DE TABLAS

Pág.

### Tabla N° 1

Nivel de Habilidades Sociales por Dimensiones en Adolescentes  
Escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo – Trujillo  
2015.....47

### Tabla N° 2

Conductas de Riesgo en Adolescentes Escolarizados según Género.  
Institución Educativa Torres Araujo – Trujillo 2015.....49

### Tabla N° 3

Nivel de Habilidades Sociales y Conductas de Riesgo en Adolescentes  
Escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo – Trujillo  
2015.....51

## LISTA DE GRAFICOS

Pág.

### **Gráfico N° 1**

Nivel de Habilidades Sociales por Dimensiones en Adolescentes  
Escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo – Trujillo  
2015.....48

### **Gráfico N° 2**

Conductas de Riesgo en Adolescentes Escolarizados según Género.  
Institución Educativa Torres Araujo – Trujillo 2015.....50

### **Gráfico N° 3**

Nivel de Habilidades Sociales y Conductas de Riesgo en Adolescentes  
Escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo – Trujillo  
2015.....52



## RESUMEN

La presente investigación de tipo correlacional y de corte transversal, se realizó con la finalidad de determinar la relación entre el Nivel de Habilidades Sociales y Conductas de Riesgo en Adolescentes Escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo – Trujillo 2015. La muestra estuvo conformada por 208 adolescentes del 1<sup>ero</sup> al 5<sup>to</sup> año de nivel secundario. Obteniéndose los siguientes resultados; respecto al nivel de habilidades sociales en los adolescentes: en la dimensión de asertividad el 45.2% tiene un promedio alto, en la dimensión de comunicación el 31.7% nivel promedio, en la dimensión de autoestima 37.0% promedio bajo y en la dimensión de toma de decisiones el 30.3% promedio bajo. En relación a conductas de riesgo el 35.1% de los adolescentes desarrollan conductas con riesgo y un 64.9% desarrollan conductas sin riesgo. El valor de Chi cuadrado es de 95.045 con un p-valor de significancia 0.000 ( $p < 0.05$ ), que demuestra que la relación entre las variables es altamente significativa.

**Palabras Claves:** Habilidades Sociales – Conductas de Riesgo – Adolescentes escolarizados.

## **ABSTRACT**

This research correlational and cross – sectional, was conducted in order to determine the relationship between the level of social skills and risk behaviors in teenagers. Educational Institution Torres Araujo – Trujillo 2015. The sample consisted of 208 adolescents from 1<sup>st</sup> to 5<sup>th</sup> year secondary level. The Following results; regarding the level of social skills in adolescents in the dimension assertiveness of 45.2% has a high average, in the dimension communication 31.7% average level, in the dimension of self – esteem 37.0% low average and in the dimension of decision making on average 30.3% low average. In relation to risk behaviors it has 35.1% teen develops risk behaviors and 64.9% develops without risk behaviors. The value of Chi square is 95.045 with p- value significance 0.000 ( $p < 0.05$ ), which shows that the relationship between the variables is highly significant.

**Palabras Claves:** Social Skills – Risk Behaviors – Teenagers school

## I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia se considera una de las etapas más saludables de la vida pero también es un periodo en el que se producen diversos cambios biopsicosociales y culmina con la incorporación a la sociedad cuando la persona alcanza la madurez en estos procesos, lo que implica el desarrollo de su sexualidad impresa en toda la vida como unidad integral en el ser humano, sin embargo en la adolescencia este aspecto es de suma importancia porque es en este periodo donde se fortalece el acontecimiento y el desarrollo e identidad de sí mismo (5).

La adolescencia es una etapa del desarrollo marcada por importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Estos cambios implican el potencial para lograr una mayor autonomía mediante las habilidades sociales, que pueden llevar a un crecimiento personal en muchos aspectos, pero también los llevan a adoptar diferentes conductas de riesgo, ya que es en esta etapa en donde el adolescente desarrolla su personalidad, tienen la necesidad de alejarse del núcleo familiar y ser ellos mismos. Las amistades cobran mayor importancia, tener buenas capacidades sociales, va a contribuir a su bienestar y les servirá de base para su desenvolviendo. Las habilidades sociales juegan un papel muy importante para la aceptación social del adolescente (10) (32).

Muchos de ellos presentan déficit de habilidades sociales que los lleva a expresarse de forma no asertiva, agresiva, dejando expresar sus emociones y opiniones de forma hostil, exigente sin respetar a los demás; otros en cambio tienden a actuar de forma pasiva, dejándose influenciar por otras personas, lo que los conlleva a que no pueden expresarse a sí mismos e incluso que no puedan defender sus propios derechos; por lo que sus necesidades, opiniones o sentimientos son ignorados y aprovechados por otros; ambas situaciones los puede conllevar a adoptar conductas de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco, drogas, relaciones sexuales precoces y sin protección. Muchos se involucran en múltiples conductas de riesgo simultáneamente y la mayoría en algún tipo de conducta personal que amenaza su salud y bienestar (20) (22).

A nivel mundial según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cada año dan a luz 15 millones de adolescentes entre 15 y 19 años de edad en todo el mundo. Un 37% de adolescentes entre 15 y 19 años tienen un intenso consumo de alcohol siendo edad promedio de inicio 13 años. En cuanto al consumo de tabaco cada día casi 3000 menores de edad prueban su primer cigarrillo y otros 700 se convierten en fumadores habituales. Actualmente, más de 150 millones de ellos consumen tabaco, cifra que aumenta a escala mundial (21).

América Latina y el Caribe registran la segunda tasa más alta de embarazos en mujeres adolescentes entre 15 y 19 años, más del 22% de ellos experimentan relaciones sexuales a muy temprana edad antes de los

15 años. Casi el 20% de todos los nacimientos son de madres adolescentes. Así mismo son el tercer lugar con 38 millones de casos nuevos de ITS (21).

En el Perú hay alrededor de 5 millones de adolescente entre 10 y 19 años lo que constituye el 21% de la población nacional. El 73% vive en zonas urbanas y el 27% en zonas rurales. Lima, Piura, La Libertad, Cajamarca y Puno son los departamentos que acumulan el 50% de la población adolescente del país (27).

Según muestran las cifras nacionales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar –ENDES, en el 2014, en el Perú el 26.7% de los adolescentes entre 15 a 19 años ya son madres y el 4.6% están gestando por primera vez. La mayor prevalencia de embarazos adolescentes se encuentra en el área rural (22.0%) y las regiones de la selva (24.7%); y los menores porcentajes en el área urbana (12.2%) y en Lima Metropolitano (11.6%). Esto debido a que muchos de ellos inician su vida sexual a más temprana edad. La edad de inicio sexual en mujeres es de 18.8 años en zonas urbanas y 17 años en zonas rurales (28).

En nuestro país el consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco se han convertido en graves problemas sociales; no solo por el incremento de consumidores, sino por la edad promedio 13 años de inicio en el consumo y la adicción que pueda generar en ellos. Por otro lado tenemos el inicio precoz de la actividad sexual lo que trae consigo consecuencias como

embarazos no deseados y problemas de salud como contagio de enfermedades de transmisión sexual, cifras que preocupan al país (27).

Según datos estadísticos del MINSA en el año 2013 en la ciudad de Lima 1150 adolescentes entre 12 y 17 años han recibido atención médica a causa de sufrir adicciones respecto al consumo de drogas. Hasta el año 2014 se han reportado 31 894 casos de SIDA, el 4.8% de los afectados son menores de 19 años (40).

En la ciudad de Trujillo en el 2013 se reportó un promedio de 120 alumnos que abandonaron el colegio, muchos de ellos debido a que se involucran en diferentes problemas sociales como el pandillaje, alcoholismo, drogadicción, embarazos no deseados, delincuencia, violencia familiar, entre otros (28).

La vida humana está influenciada por interacciones sociales que pueden favorecer o entorpecer la calidad de vida de las personas en las distintas áreas de su desarrollo, dicha influencia es más evidente en poblaciones de riesgo como son: los adolescentes, quienes al estar en proceso de desarrollo y preparación académica son más vulnerables a tales influencias (14).

El Ministerio de Salud define la población adolescente como aquella comprendida entre 12 a 17 años 11 meses y 29 días, en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño y el Código del Niño y del

Adolescente vigente en el Perú considerando dos subgrupos: adolescentes de primera fase entre los 12 y 14 años 11 meses y 29 días y los de segunda fase entre los 15 a 17 años 11 meses y 29 días. En la adolescencia las personas asumen nuevas responsabilidades, se van haciendo progresivamente más independientes, defendiendo quienes son, cuál es su papel en la sociedad, poniendo en práctica los valores y las habilidades aprendidas en el seno de las familias y de la sociedad a la que pertenecen, siendo el contexto sociocultural en el que viven, determinante para su desarrollo y su capacidad de generar y alcanzar sus proyecto de vida (36).

Según las Naciones Unidas consideran adolescentes a las personas entre las edades de 10 y 19 años, este grupo presenta características y necesidades específicas relacionadas al proceso de construcción de su identidad, autonomía y desarrollo personal. La adolescencia se divide en dos fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de estas etapas se presentan cambios en el aspecto fisiológico, psicológico y de la personalidad. No es solamente una fase de adaptación a los cambios corporales sino de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social, concebida como una turbulenta etapa, llena de grandes cambios, confusión y rebeldía; curiosos por descubrir lo que ocurre con ellos y sentir nuevas experiencias (37).

Erickson en Reeder en su teoría del desarrollo social, considera que la adolescencia es un periodo decisivo para la formación de la identidad, en

la cual deben transformarse en seres humanos responsables de su propia vida y la principal tarea del desarrollo es resolver el conflicto entre alcanzar la propia identidad y evitar la confusión de roles. La formación de la personalidad durante la adolescencia puede influenciarse por la manera en que viven las etapas anteriores de desarrollo (46).

Erickson indica que los estados emocionales de este grupo etéreo oscilan entre la madurez considerable y las conductas infantiles. Ellos pueden controlar mejor sus emociones hacia el final de la adolescencia; pueden enfrentarse a los problemas con más calma y racionalidad, y aunque todavía están sujetos a periodos de depresión, sus sentimientos son menos vulnerables y comienzan a demostrar mayor madurez emocional (16).

La exploración del mundo, la centralidad del grupo de amigos(as) que construyen y con los cuales comparten estos difíciles procesos, los cambios constantes de humor, sentimientos y percepciones, los cambios en las relaciones con su familia, el enamoramiento, el descubrimiento de sus capacidades y necesidades sexuales, la necesidad de encontrar su lugar en el mundo, constituyen características importantes de esta etapa. Los adolescentes están a la búsqueda de valores e ideales que consideren coherentes con sus sensibilidades y con lo que el mundo les muestra, ellos prueban y adoptan hábitos, costumbres y formas de interrelacionarse con sus pares y el mundo social en conjunto (55).



Durante la adolescencia, los amigos, cumplen con la función de socialización, se convierten en un medio para aprender habilidades sociales y juegan un papel importante en la búsqueda del conocimiento y la definición de él mismo. Los amigos son fuente importante de compañía y recreación, así mismo intervienen directamente en el logro de la emancipación de los padres, en el establecimiento de relaciones heterosexuales y en la afirmación de la identidad, para ellos los adolescentes forman un pequeño grupo de amigos, al inicio suelen ser del mismo sexo lo que le permite reforzar su masculinidad o feminidad; este círculo se amplía iniciándose con el enamoramiento, el desenvolvimiento social, con las relaciones interpersonales entre ambos sexos (39).

La adolescencia puede variar mucho en edad y duración en cada individuo, pues está relacionado no solamente con la maduración de la psiqui del individuo sino que depende de factores psicosociales más amplios y complejos, originados principalmente en el seno familiar. En la actualidad ellos se enfrentan a un problema: la sociedad y grupos sociales que conviven, los cuales los lleva a tomar decisiones erradas arrastrándolos a adoptar distintas conductas de riesgo que repercutirán en sus vidas; sin embargo también tienen fortalezas que deben ser inculcadas, y potencializadas por el núcleo familiar y su entorno, como son las habilidades sociales (47) (55).

Existen diversos autores que han realizado estudios sobre las habilidades sociales, Caballo (1993) cita a Lazarus (1973) como el principal

estudioso en establecer desde una posición de práctica clínica, las principales clases de respuesta o dimensiones que abarca las habilidades sociales, siendo: la capacidad de decir no, la capacidad de pedir favores, la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos. Por otro lado Caballo (1988), plantea que existen formas no verbales como las (miradas, sonrisas y gestos), paralingüísticos (voz, tiempo de habla, etc.) y verbales (atención personal, manifestaciones empáticas, etc.) como forma de expresar una habilidad social; sin embargo, el más relevante para el presente estudio es de Albert Bandura en su Teoría Cognoscitiva Social postula que la mayor parte de nuestras conductas sociales las adquirimos viendo como otros las ejecutan en este caso referido al ambiente familiar y social (8) (17).

Según la teoría, el aprendizaje no consiste en la formación de una asociación, estímulo–respuesta, sino en la adquisición de representaciones cognitivas de la conducta del modelo, poniendo en énfasis la imitación. Uno de los conceptos expuestos por Albert Bandura es la distinción entre el aprendizaje activo (aquellos conocimientos que se adquieren al hacer las cosas); y el aprendizaje vicario, que es aprender observando a los otros. El aprendizaje se produce por la interacción recíproca de tres elementos: Factores personales (cognitivos, emocionales, etc.), ambiente y conducta; esta reciprocidad no significa simetría por el contrario estos factores varían en función del individuo y de la situación (13).

El proceso del modelado se produce de forma continua en nuestra vida social, de forma más implícita que explícita, y especialmente en adquisición de habilidades sociales. En donde, la eficacia del modelado será mayor cuando las conductas que deban imitarse sean simples o fáciles de reproducir teniendo en cuenta los conocimientos o competencias previas del aprendizaje. El aprendizaje social implica “atención” a la situación “retención” del conocimiento obteniendo a partir de la situación, “reproducción” de las habilidades sociales observadas y “refuerzo” (recibir recompensas) de la eficacia de la conducta adaptada (19).

Las habilidades sociales presentan distintas definiciones, a continuación mencionaremos algunas de ellas:

La habilidad social es la capacidad de actuar coherentemente con el rol que los demás esperan de uno, se enfatiza en sus dimensiones de conciencia y asunción de papel y habilidad para percibir, aceptar y anticipar a los demás interlocutores; por lo que las habilidades sociales son un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (8).

Las habilidades sociales, son la suma de destrezas, capacidades, competencias y actitudes, que se traducen en la construcción de una o

varias conductas interpersonales relacionadas consigo mismo y con los demás, logrando resultados gratificantes para las personas implicadas. Por lo tanto, las habilidades sociales reciben hoy en día una importancia fundamental, debido a las exigencias sociales y la complejidad en que se desenvuelven los seres humanos (10) (22).

Las habilidades sociales son estrategias aprendidas de forma natural, pero también son adquiridas por reforzamiento positivo y directo, aprendizaje vicario u observacional, retroalimentación interpersonal y el desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales. Estas habilidades pueden adquirirse y aprenderse a lo largo de la vida, ya que vienen formándose desde el hogar y reforzándose en el área educativa tal como la escuela, colegio y universidad (41).

Según MINSA señala que las habilidades sociales son la capacidad de la persona de ejecutar una conducta que actúan sobre los determinantes de la salud, principalmente en los estilos de vida. Para lo cual, se debe lograr que el adolescente conozca y haga suyas determinadas habilidades y destrezas que, al ser empleadas en su vida cotidiana, le permiten tener estilos de vida más saludables (37).

El desarrollo de las habilidades sociales nos va a permitir expresar acuerdos o desacuerdos y manifestar opiniones de una manera más asertiva ya que las personas que la poseen dotan de una mayor capacidad para lograr los objetivos que pretende, manteniendo el autoestima y sin

dañar a las personas que lo rodean; ya que las personas con déficit en habilidades experimentan aislamiento social, rechazo y una baja autoestima, como consecuencia de percibirse a sí mismos como incompetentes socialmente (8) (31).

Según el MINSA, en la adolescencia las decisiones que adopten y las relaciones que establezcan influirán en su salud y en su desarrollo y les afectara durante toda su vida es por ello que a determinado cuatro áreas entendidas como dimensiones dentro de las habilidades sociales: la asertividad, autoestima, comunicación y toma de decisiones, facilitando así la construcción de la identidad, el desarrollo de proyectos de vida, y establecimiento de relaciones positivas en el seno familiar y social (38).

Profundizando en las antes mencionadas dimensiones, hablaremos en primer lugar de que la asertividad significa ser capaces de afirmar y defender nuestros derechos, y expresar nuestros sentimientos, pensamientos, deseos, de manera honesta, directa. Implica el respeto por uno mismo y por los demás, por tal constituye una forma activa de relacionarse y de abordar la vida que implica confianza en las propias capacidades, sentido de libertad y apertura hacia los demás y por último se diferencia del comportamiento agresivo que es destructivo, inapropiado y viola el derecho de los demás. El adolescente con baja asertividad en su interrelación con otras personas actúa tímido, no defiende sus derechos adecuadamente, teme el discutir sus ideas diferentes, se deja manipular y actúa según los deseos de otros (10) (12).

Respecto a la segunda dimensión mencionaremos que la comunicación es el fundamento de toda la vida social, desde el momento de su nacimiento hasta el de su muerte, la persona establecerá intercambios de ideas, sentimientos, emociones, entre otros. Es una actividad que relaciona a dos o más personas, incluye un lenguaje, códigos a los que se le asigna un significado convencional, es un fenómeno inherente a la relación grupal de los seres vivos que tiene como finalidad dar y recibir información, que nos va a permitir la socialización. Los adolescentes con nivel de comunicación baja es la comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa, aprenden a guardar silencio, se vuelven inexpresivos, inadaptados al medio familiar, escolar o social (43).

La autoestima es la suma de juicios que tenemos de nuestra propia persona que va a permitir sentirse aceptados o rechazados por los demás, sintiéndose parte importante de un grupo. Es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Un buen nivel de estima le permite a una persona quererse, valorarse, respetarse, es algo que construye o reconstruye por dentro. Esto depende, también, del ambiente familiar, social y educativo en el que este inserto y los estímulos que esté le brinde (57).

La adolescencia es una etapa de cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales que pueden provocar una sensación de inseguridad y afectar negativamente la autoestima del adolescente. Los sistemas de

apoyo social, la relación con los padres contribuyen a aumentar la autoestima; así mismo la autoestima es determinante del bienestar emocional del adolescente y se considera un factor protector que ayuda a superar situaciones difíciles que se les presenten. Las personas con autoestima baja tienen sentimientos de insatisfacción y carencia de respeto por sí mismo pueden ser solitarios, sensibles a las críticas (34) (52).

Por último, tenemos a la cuarta habilidad social, la toma de decisiones, la persona hace uso de su capacidad de razonamiento y pensamiento para elegir una decisión a un problema o situación dada, que se les presente en la vida esto le permite encontrar una conducta adecuada para realizar una elección entre las opciones disponibles, para resolver dicha situación. Para tomar una decisión, es necesario conocer, comprender y analizar, para poder encontrar una solución. Los adolescentes que tienen problemas en tomar decisiones son aquellos que no se sienten capaces de solucionar sus problemas por si solos por lo que buscaran que otros les ayuden a tomar sus decisiones (24) (43).

El desarrollo de habilidades sociales son cruciales para la socialización de las emociones, ya que éstas ayudan al sujeto a definirse como emocionalmente competente, es decir, poder responder empáticamente, tener facilidad para expresarse emocionalmente, tener la capacidad para comunicar la emoción o para responder a ella en forma saludable; a través de ellas los adolescentes comienzan a apreciar su importancia a sí mismo y aprenden conductas apropiadas (38).

Las habilidades sociales constituyen un importante recurso de afrontamiento debido a la importancia del papel de la actividad social en la adaptación humana, estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y actuar con los demás de una forma socialmente adecuada y afectiva. La habilidad para iniciar y mantener una interacción social positiva con los demás es considerada como una consecuencia esencial del desarrollo, las interacciones sociales proporcionan a los adolescentes la oportunidad de aprender y efectuar habilidades sociales que puedan influir de forma crítica en su posterior adaptación social y psicológica (6).

Una persona con habilidades sociales altas busca alcanzar sus propias metas; pero también tiene en cuenta los intereses de los demás, y cuando entra en conflicto trata de encontrar en la medida de lo posible soluciones satisfactorias para ambos. La resolución de problemas es considerada una estrategia de afrontamiento ya que mediante esta el individuo, experimentara cambios nuevos en su estilo de vida, los cuales contribuirá en forma positiva a un crecimiento personal relacionado al bienestar del individuo (45).

Así mismo, cuando el nivel de habilidades sociales es medio las personas difícilmente se sentirán satisfechas, se sentirán incapaces de conseguir aquellos objetivos que los llevarías a estar a gusto con ellos mismos, inseguridad ante situaciones cotidianas y en las relaciones interpersonales; y poca o ninguna autoafirmación ante los demás. Por ultimo las personas con bajo nivel de habilidades sociales experimentan



aislamiento social, rechazo y una baja autoestima como consecuencia de percibirse a sí mismas como incompetentes socialmente (22) (35).

En los adolescentes se han detectado niveles deficitarios de habilidades sociales que se atribuyen a un pobre reforzamiento social positivo y al aislamiento de una familia estructurada. Entre las habilidades deficitarias se encuentran la timidez, la dificultad de expresar sentimientos, la agresión defensiva de su entorno, desafío de autoridad; estos adolescentes se comportan de una forma muchas veces que resulta desagradable para los demás individuos de su entorno (50).

El déficit, debe ser comprendido como carencia de un inadecuado aprendizaje a lo largo de la vida, donde inciden factores culturales, las creencias, las costumbres, la edad, el sexo, la escolaridad, la condición económica, los valores y las actitudes propias del individuo que determinan un estilo único de interacción, entre otros, que dificultan el desarrollo adecuado de las relaciones interpersonales, ocasionando posteriormente desajustes cognitivos, emocionales y comportamentales (50).

Es por ello, que con el fin de responder a las dificultades en los procesos de evaluación, diagnóstico e investigación de las habilidades sociales, MINSA desarrolló una Lista de Evaluación de Habilidades Sociales elaborado por la OPS/OMS con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población adolescente donde evalúa las cuatro dimensiones de las

habilidades sociales (asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones), siendo lo que se utilizará para el presente estudio (37).

La adolescencia es una época en la que se necesitan nuevas competencias y conocimientos. Se considera que las y los adolescentes, por una diversidad de circunstancias ambientales, familiares e individuales con frecuencia desarrollan conductas que participan como factores de riesgo: adicciones (tabaquismo, alcoholismo y drogadicción); exposición a ambientes peligrosos y violentos, que al unirse potencializan la probabilidad de accidentes, suicidios; el inicio de relaciones sexuales sin protección, que derivan en ITS como VIH/SIDA, embarazos no deseados y aborto (35).

Las conductas de riesgo son definidas como aquellas acciones activas o pasivas que involucran peligro para el bienestar y que acarrear directamente consecuencias negativas para la salud o comprometen aspectos de su desarrollo, estas conductas están en relación con los estilos de vida moderna, sumados la curiosidad, la experimentación de situaciones nuevas, son parte natural del crecimiento que les da sensación de ser adultos (12).

La curiosidad y el deseo de experimentar en los adolescentes les conlleva a adoptar conductas de riesgos definidas como aquellas actuaciones repetidas fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la adolescencia con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura. La

adolescencia es un periodo de transición, en el que los adolescentes desarrollan sus habilidades, experimentan nuevos tipos de conductas y afrontan el reto de adoptar comportamientos saludables. Del mismo modo, los comportamientos que representan un riesgo para la salud y que se adquieren durante la infancia o adolescencia a menudo son difíciles de erradicar en la vida adulta y pueden tener un impacto en la salud, a corto y/o largo plazo (30).

Los y las adolescentes necesitan explorar los límites, cuestionar las normas, enfrentar sus dudas y emociones, desafiar las potencialidades de su propio cuerpo y establecer unas nuevas formas de relación con los adultos. La escasa preocupación de los adolescentes por los riesgos, influye también en su actitud ante ellos mismos; pero prima un sentimiento de invulnerabilidad y una necesidad de demostrar a uno mismo y al entorno la capacidad de desafío de la norma que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura” (15) (54).

Si bien es cierto, existen diferentes conductas de riesgo en el adolescente, solo se desarrollarán las que son de interés para el estudio:

La curiosidad e instinto sexual de los adolescentes, predisponen a éste grupo a prácticas sexuales precoces. El inicio de las relaciones coitales en la adolescencia es la combinación de una madurez física y reproductiva con inmadurez psicosocial, inexperiencia y falta de responsabilidad,

practicando estas relaciones sin autentico convencimiento y lo hacen por razones no valederas, generándose un comportamiento reproductivo grave que entrañan riesgos de daño a la salud reproductiva para el propio adolescente. Es parte de la sexualidad del ser humano explorar su cuerpo, enamorarse, ilusionarse; son tantas las cosas que ellos quieren experimentar que no debe existir impedimentos por lo contrario deberían contar con un contexto de información (3).

La precocidad en el inicio de las relaciones sexuales no va a paralela a una adecuada educación sexual que le brinde al adolescente la información sobre las consecuencias de una relación para la cual no están preparados física ni psicológicamente y a las que además acuden sin una adecuada proyección. Esta desinformación sobre la sexualidad en la adolescencia y sus consecuencias es reflejada en su comportamiento (11).

Los adolescentes cada vez están teniendo relaciones a más temprana edad entre los 12 y 13 años. El inicio precoz de las relaciones coitales es definido como el comportamiento que adoptan dos personas de distintos sexos, antes del proceso de consolidación, el cual implica identidad emocional lograda. Uno de los desafíos que deben enfrentar los adolescentes es todo lo relacionado con la práctica de su sexualidad y el riesgo que esto conlleva para su salud reproductiva. (51).

Entre las principales causas que conllevan a un inicio precoz de la actividad coital esta la baja de autoestima, falta de confianza en sí mismo,

problemas emocionales, uso temprano de alcohol y/o drogas; incluyendo el tabaco, la carencia de amigos. Por otro lado, algunos adolescentes no poseen la información necesaria o tienen una información errónea (54).

En los adolescentes que inician relaciones coitales en forma precoz se observa una alta tasa de embarazos no deseados, riesgos a ITS, infecciones por VIH. Los embarazos no deseados tienen consecuencias poco saludables para el adolescente tales como abortos, matrimonios forzados, menos nivel de educación e incluso problemas económicos (51).

La iniciación en el consumo de cigarrillo se produce generalmente durante la adolescencia, con unas motivaciones que parecen girar en unos ejes fundamentales: factores personales y sociales, accesibilidad para la compra de cigarrillos, y dependencia/adicción. Son los propios adolescentes quienes, en última instancia, toman sus propias decisiones para consumir o no tabaco, pero parecen estar influenciadas por su entorno (4).

El consumo de cigarrillo por los adolescentes no solo es el resultado de las influencias psicosociales, como presión por parte de los compañeros o amigos. La razón por la que ellos inician el consumo de tabaco son principalmente dos: curiosidad e influencia. El tabaco es una droga permitida y socialmente promocionada; los amigos son un elemento clave para el inicio y el mantenimiento de tabaco: la adaptación a un grupo de iguales es mejor si se tienen los mismos hábitos de consumo, ya que

mejora la integración social en ese microsistema y se evita el rechazo. El consumo diario de cigarrillo hace que se convierta en un elemento integrador más potente que el alcohol (53).

El olor y el sabor del cigarrillo son desagradables al inicio del tabaquismo y no es un factor favorecedor del consumo, aunque la repetición del consumo permite acostumbrarse a ellos. El tabaco permite aumentar la confianza en los adolescentes de menor edad. Para los adolescentes varones, fumar supone un rol de autoridad personal en relación al de iguales, un paso hacia la madurez y la aceptación de la uniformidad del grupo de amigos, mientras que en las chicas predomina la curiosidad, la sensación de control del peso y la influencia de los amigos varones (7).

Fumar es un medio artificial que provoca una sensación de placer, tranquilidad y una moderación de su estado de ánimo. Debido a estos efectos positivos y la velocidad con la que están asociados con el consumo de nicotina, el fumar es altamente adictivo. Una persona se vuelve adicta a los cigarrillos debido a la rápida acción de la nicotina en los centros de placer del cerebro. El adicto a la nicotina desea disminuir el consumo sin lograrlo, usa tiempo y recursos para obtener la droga, reduce su actividad social, recreacional por el consumo. Un fumador ocasional o social, puede comenzar a usar los cigarrillos como un medio para hacer frente a las tensiones de la vida cotidiana y puede cambiar de fumador social a fumador habitual (4).

El consumo de tabaco implica el fumar que es la acción de inhalar y exhalar los humos producidos al quemar tabaco. Un fumador habitual es la persona que ha consumido diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. Un no fumador es una persona que nunca ha fumado en su vida y un exfumador es la persona que ha dejado de fumar por un tiempo mayor a 12 meses (2).

Se conoce como tabaquismo a la práctica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas y posibilidades. Considerada hoy en día como una adicción y enfermedad por muchas personas, el tabaquismo se hace presente cuando una persona consume de manera abusiva y exagerada el producto mencionado. Razones por lo que los adolescentes empiezan a fumar son variadas. Por una parte está la rebeldía propia de su edad, el poder de imitación. Los efectos del consumo de tabaco se pueden presentar a largo y corto plazo: pueden causar adicción al tabaco, enfermedades como cáncer de pulmón y enfermedades crónicas (26).

El tabaco sigue teniendo una gran aceptación social que normaliza su consumo, con una gran accesibilidad para su compra. Los mecanismos por los cuales un adolescente desarrolla dependencia al tabaco son múltiples, y puede ocurrir de una forma rápida sin tener que haber fumado mucha cantidad ni durante mucho tiempo, los propios adolescentes reconocen la aparición de síntomas de abstinencia y de intentos fallidos para dejar de fumar, tanto propios como de personas de su entorno, y lo relacionan con un incremento progresivo del consumo. Además esta adicción sería la

puerta de entrada para el consumo de otras drogas, a veces mediante un fenómeno de sustitución o bien por un mecanismo de policonsumo en busca de nuevas experiencias (7).

El consumo de drogas es la ingesta de sustancias tóxicas al organismo que alteran la conducta. Existe preocupación por el consumo de drogas ya que los adolescentes se inician a una edad muy temprana y recurren a su empleo como respuesta a sus problemas como la infidelidad, la depresión, tensiones cotidianas. La curiosidad impulsa a los adolescentes a experimentar con las drogas, unos las dejan, otros quedan atrapados en ellos, sin olvidar la influencia de los medios de comunicación, emisores de mensajes que estimulan al consumo de algunas drogas como el consumo de alcohol y tabaco (48).

Las drogas son cualquier sustancia que, una vez introducida en el organismo a través de distintas vías, tienen la capacidad para alterar o modificar las funciones corporales, las sensaciones, el estado de ánimo o las percepciones sensoriales. Todas las drogas tienen un denominador común, al ingerirlas pasan a la sangre y, a través de ella, al cerebro y a todo el organismo, provocando los diferentes efectos que las caracterizan: excitar, relajar o distorsionar la realidad. Todas las drogas afectan la salud de las personas y su desarrollo personal. El consumo de drogas induce a comportamientos “descontrolados” que se llevan a cabo bajo efectos de las drogas, conductas en las que no se miden los riesgos, ni las consecuencias de lo que se está haciendo (20).



Se considera drogadicción al uso constante de drogas como consecuencia de una adicción. La drogadicción es uno de los problemas más graves que afrontan la humanidad del presente siglo, sus consecuencias son tan alarmantes que están poniendo en riesgo al destino de las futuras generaciones por los daños que producen en el organismo y consecuentemente, en el comportamiento social que cada día va destruyendo la vida en la sociedad (26).

En relación al consumo de sustancias cabe indicar como ya sabemos, las drogas pueden producir un estado de dependencia (psicología y biológica), modificando la conducta, el humor y la conciencia, y pueden causar daño en la salud, ya sea a corto o largo plazo. Es necesario comprender que muchos adolescentes prueban o consumen alguna sustancia como parte de su desarrollo. Constituye su forma de revelarse contra la situación que viven y de ayudar a forjar su propia identidad, pero en la mayoría de los casos, dichos consumos suelen tomar un carácter explorativo y son abandonados una vez superada la adolescencia (17).

El consumo de bebidas alcohólicas es la ingesta de aquellas bebidas que contienen alcohol etílico. El consumo de alcohol, ha sido reconocido como un factor de integración social y favorecedor de la convivencia. El alcohol es una de las bebidas más embriagantes, consumidas con moderación y en los contextos permitidos, reduce la tensión, desinhibe y provoca sensaciones de bienestar. Los bebedores normales disfrutan de

las bebidas por esos efectos placenteros y aprecian diferentes calidades de bebidas (1).

El alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social. La química del alcohol le permite afectar a casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo aquellas en el sistema nervioso central. En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y de otras sensaciones deseables; después de una exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios que produce el alcohol y se vuelve dependiente de él. Para las personas con alcoholismo, beber se convierte en el medio primario mediante el cual pueden tratar con personas, el trabajo y sus vidas. El alcohol domina sus pensamientos, emociones y acciones. La gravedad de esta enfermedad es influida por factores como la genética, la psicología, la cultura y el dolor físico (18).

El alcoholismo consiste en el consumo excesivo de alcohol de forma prolongada con dependencia del mismo, lo cual interfiere en la salud física, mental, social y/o familiar así como en las responsabilidades laborales. El alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado. Los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades. La gravedad del problema sigue

incrementándose y la edad de iniciación cada vez se acorta iniciándose desde los 13 años de edad (26).

El alcoholismo es un estado de cambio del comportamiento de un individuo. Las razones que llevan a un adolescente a beber alcohol son el querer integrarse a un grupo de amigos, impresionar a sus amigos con su capacidad para beber alcohol sin medir los efectos, por curiosidad, por considerar que puede ser de ayuda para resolver problemas. El consumo trae graves consecuencias no solo porque puede causar intoxicaciones sino por su repercusión en el rendimiento escolar, accidentes de tránsito, problemas afectivos e incluso morir a causa de una sobredosis (17).

Las personas que son alcohólicas tienen poco o ningún control de la cantidad que beben o de la duración o la frecuencia de su beber alcohol. Están ocupados con beber, niegan su propia adicción y siguen bebiendo aunque estén conscientes de los peligros. Con el transcurso del tiempo, algunas personas se vuelven tolerantes a los efectos del beber y requieren más para intoxicarse, creando la ilusión de que pueden "sostener su licor". Tienen lapsos de pérdida de memoria después de malestares frecuentes al otro día que causan que pierdan el día de trabajo (18).

La toma de riesgo durante la adolescencia puede tener algunos beneficios, permitiéndole al adolescente explorar la conducta adulta, para llevar a cabo tareas de desarrollo normal, desarrollar y expresar dominios de cambios jerárquicos asociados con ciertas conductas. Aquellos

individuos tienden a llevar a cabo conductas de riesgo, la cual hacen que se sientan más aceptados por sus iguales y perciben la toma de riesgo como un reforzamiento (20).

El presente marco teórico está orientado por el modelo de la promoción de la salud propuesto por Nola Pender en el año 1982 y que ha sido validado por numerosos investigadores, el cual a su vez deriva de la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura quien postula sobre la importancia del modelo cognitivo en la modificación de la conducta. El modelo también ha recibido la influencia de la teoría de Fishbein de la acción razonada que afirma que la conducta es una función de actitudes personales y las normas sociales (33).

La promoción de la salud se concibe como el conjunto de actividades de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva por esto, para alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades, de cambiar y adaptarse al medio ambiente, ejerciendo un mayor control sobre determinantes de la salud (33).

Se conoce que, para promocionar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir, por eso la promoción de la salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos y

que con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social. Así pues la promoción de la salud no se ocupa solo de promover el desarrollo de las habilidades personales y la capacidad de las personas para influir en los factores que determinan la salud, si no también incluye la intervención sobre el entorno, para reforzar aquellos factores que sostienen estilos de vida saludables; así como modificar aquellos otros que impiden ponerlos en práctica. Es un proceso activo, es decir no se trata de algo que se pueda prescribir o tratar. Está en manos de la persona decidir si se efectúa los cambios que les ayudara a mejorar su salud y lograr un estado más alto de bienestar (53).

Existen diversas investigaciones que estudian el nivel de habilidades sociales y conductas de riesgo en adolescentes, con diversos resultados y evidencias científicas:

Jara, M y Mendoza, C. (2014). En Ecuador, realizaron un estudio con el objetivo de determinar las conductas de riesgo en adolescentes escolarizados que frecuentan los bares y discotecas de la “Calle Larga”. El estudio incluye un universo de 307 adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 19 años. Como resultado encontraron que el 57.7% de adolescentes ingiere alcohol, el 28.5% fuma cigarrillos y el 13.8% fuma marihuana. Concluyendo que la prevalencia de consumo para alcohol, cigarrillos y otras drogas en los adolescentes que asisten a sitios de diversión nocturna fue mayor en adolescencia tardía y constituyen conductas de riesgo la compañía de amigos (29).

Pades, A. (2014). En México, estudió los “Niveles de Habilidades Sociales en Adolescentes”. La población en estudio incluyó 314 adolescentes de diferentes escuelas. Los resultados indican que los niveles de habilidades sociales son deficientes hacia los propios derechos e iniciar interacciones con el sexo opuesto (44).

Gallardo, F. (2012). En Nicaragua, en su estudio sobre “Conductas de riesgo en los adolescentes estudiantes de los colegios Juigalpa – Chontales”. La muestra estuvo conformada por 350 adolescentes del 1<sup>er</sup> al 5<sup>to</sup> año del nivel secundario. Los resultados indican que un 33% de los adolescentes de los tres colegios realizan un plan suicida; un 29% indican que consumen drogas. Las tasas de consumo de alcohol son similares para el sexo femenino (54%) y sexo masculino (46%) y mayor en las adolescentes (23).

Calderón, S y Fonseca, F. (2014). En Trujillo, realizaron un estudio titulado Funcionamiento Familiar y su Relación con las Habilidades Sociales en Adolescentes Institución Educativa Privada – Parroquial “José Emilio Lefebvre Francoeur”. El estudio tomo como unidades de muestra a 91 adolescentes entre 12 a 16 años. Como resultado se obtuvo que el 40.7% de adolescentes su nivel de funcionamiento familiar es bajo y su nivel de habilidades sociales es bajo, el 25.3% de adolescentes su nivel de funcionamiento familiar es medio y su nivel de habilidades sociales es medio, y el 34.0% de adolescentes su nivel de funcionamiento familiar es alto y su nivel de habilidades sociales es alto (9).

Santillán, D y Vásquez, L. (2014). En Trujillo, realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación que existe entre las habilidades sociales y el inicio de las relaciones coitales en adolescentes de la Institución Educativa Estatal “Santa María” del distrito de la Esperanza. La muestra estuvo constituida por 194 adolescentes de tercer, cuarto y quinto de secundaria. Los resultados indican que un 66.5% de los adolescentes presentan habilidades sociales promedio, el 27.8% habilidades altas y el 5.7% habilidades sociales bajas. El 54.6% de los adolescentes no han iniciado sus relaciones coitales y el 45.4% si han iniciado, de estos el 76.1% son del sexo masculino (50).

Morales, L. (2012). En Tacna, realizó un estudio titulado “Habilidades Sociales que se relacionan con conductas de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Fortunato Zora Carbajal”. El estudio tomo como unidades de muestra a 129 adolescentes entre 15 a 19 años. Como resultado se obtuvo que existe una relación significativa entre el nivel de habilidades sociales y conductas de riesgo como el consumo de bebidas alcohólicas, consumo de tabaco e inicio de relaciones sexuales (42).

Ruiz, R. (2011). En La Libertad, realizó un estudio titulado “Habilidades sociales y su relación con la edad de inicio de relaciones coitales en los adolescentes de los colegios estatales de la ciudad de Huamachuco”. El estudio incluyó una muestra de 300 adolescentes edades comprendidas entre los 12 a 17 años. Como resultado se encontró que existe relación estadística significativa entre las habilidades sociales: autoestima y toma

de decisiones con la edad inicio de las relaciones coitales. Así mismo que el 60.4% de los adolescentes presentan habilidades sociales promedio y el 39.6% habilidades sociales buenas. No obstante el 54.7% de adolescentes iniciaron relaciones coitales en la etapa de la adolescencia intermedia, el 41.5% en la adolescencia temprana y el 3.8% en la adolescencia tardía (49).

Tovar, N. (2010). En Cuzco, realizó el estudio “Habilidades Sociales sobre Nivel de autoestima y prácticas de conductas en adolescentes de la Institución Educativa Tahuantinsuyo”. El estudio incluyó una muestra de 183 alumnos del 3<sup>er</sup>, 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> año de secundaria. Como resultado se obtuvo que el 59% de los estudiantes presentan un nivel de autoestima medio, 30% un nivel de autoestima bajo y el 11% con nivel de autoestima alto. Así mismo el 66% refieren presentar conductas adecuadas y el 34% conductas inadecuadas (56).

En el Perú, es evidente los problemas con los cuales tienen que convivir los adolescentes entre ellos drogadicción, alcoholismo, embarazos no deseados, edades tempranas de inicio de vida sexual, problemas de ITS o VIH/SIDA, son muestra del camino errado que están tomando muchos de ellos al involucrarse en situaciones riesgosas. Datos mundiales indican que la mayoría de ellos empiezan sus relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años de edad, y la mitad, al menos, antes de los 14 años. Así mismo la incidencia mundial de ITS es de 340 millones de casos nuevos al año y que 1 de cada 20 adolescentes contrae al año alguna ITS. Esto debido a que



están en una etapa caracterizada por búsqueda de la identidad, probar distintas cosas, la impulsividad, los llevan a actuar sin medir las consecuencias quedando más expuestos a situaciones de riesgo (21).

Durante el internado comunitario se evaluó el crecimiento y desarrollo de los adolescentes escolarizados, en la Institución Educativa Torres Araujo, y se encontró que muchos de ellos presentan comportamientos violentos, dificultad para relacionarse con los demás, bajo rendimiento académico por lo que existe un déficit de habilidades sociales lo que puede conducirlos a copiar modelos de conductas negativas; esto debido a que se sienten rechazados por sus demás compañeros, por lo que buscan incorporarse a ellos dejándose manipular y adoptando conductas erradas y de riesgo como: inicio temprano de actividad sexual, promiscuidad, sexo sin protección, consumo indebido de alcohol, tabaco y drogas, que a la larga podrían tener graves consecuencias en ellos.

La presente investigación está dirigida a medir el nivel de habilidades sociales y su relación con las conductas de riesgo que adoptan los adolescentes escolarizados, los resultados pueden ser la base para establecer programas de intervención que promuevan de forma integral y eficaz el desarrollo positivo del adolescente, a fin de mejorar el autocuidado de su salud y prepararlos para asumir una actitud responsable ante la vida; también intervenciones dirigidas a fortalecer las habilidades sociales. Así mismo los resultados podrán ser utilizados por la Institución Educativa para el trabajo con padres de familia que ayuden a mejorar la relación con sus

hijos de manera que puedan orientarlos hacia el camino correcto. Todo lo mencionado nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es el grado de relación que existe entre las habilidades sociales y las conductas de riesgo en los adolescentes escolarizados de la Institución Educativa Torres Araujo en la ciudad de Trujillo, 2015?**

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar la relación entre el nivel de habilidades sociales y conductas de riesgo en adolescentes escolarizados de la Institución Educativa Torres Araujo -Trujillo en el 2015.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar el nivel de habilidades sociales en el adolescente escolarizado según dimensiones: asertividad, comunicación, autoestima, toma de decisiones.
- Identificar conductas de riesgo en el adolescente escolarizado según género.

### **HIPOTESIS:**

**Hi:** El adolescente escolarizado que desarrolla un alto nivel de habilidades sociales tiene baja probabilidad de asumir conductas de riesgo.

## **II. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **2.1. Material de estudio**

#### **2.1.1. Población:**

La población estuvo conformada por los y las adolescentes del nivel secundario matriculados en el año 2015, de 1<sup>ero</sup> al 5<sup>to</sup> grado de educación secundaria de la Institución Educativa Torres Araujo, siendo un total de 454 estudiantes.

#### **2.1.2. Muestra:**

La muestra estuvo conformada por 208 adolescentes de la Institución Educativa Torres Araujo. La muestra se obtuvo mediante el método de muestreo probabilístico por conglomerados y estratificado con un nivel de confianza del 95% y un nivel de precisión del 5%. (Ver anexo N° 1) (Ver anexo N° 2).

#### **2.1.3. Criterios de Inclusión y Exclusión:**

##### **Criterios de inclusión:**

- Adolescente que se encuentre matriculado y asista regularmente a clases.
- Adolescentes estudiantes del 1<sup>ero</sup> al 5<sup>to</sup> de secundaria.
- Adolescentes de ambos sexos de edades entre 12 a 17 años.

### **Criterios de exclusión:**

- Adolescentes que no deseen participar en el estudio.

#### **2.1.4. Unidad de análisis:**

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de los(as) adolescentes de 1<sup>ero</sup> a 5<sup>to</sup> grado del nivel secundario de la Institución Educativa Torres Araujo, que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **2.2. Método:**

#### **2.2.1. Tipo de estudio:**

El tipo de estudio es Descriptivo Correlacional, de Corte Transversal porque busca medir y relacionar las variables de estudio en un tiempo único.

#### **2.2.2. Diseño de investigación:**

El presente trabajo de investigación se realizó teniendo en cuenta el siguiente diseño según Hernández Sampieri (22).

$$M = X1 \text{ — } X2$$

En donde:

**M**= Adolescentes escolarizados

**X<sub>1</sub>**= Habilidades sociales

**X<sub>2</sub>**= Conductas de riesgo

### 2.2.3. Operacionalización de variables

#### **VARIABLE X<sub>1</sub>: Habilidades Sociales**

**Definición Conceptual:** Son un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (8).

#### **Dimensiones:**

- **Asertividad:** Capacidad social de expresar lo que se piensa, lo que se siente y las creencias en forma adecuada al medio y sin que éstas afecten a los demás en las relaciones interpersonales (10).
- **Autoestima:** Es la suma de juicios que tenemos de nuestra propia persona que va a permitir sentirse aceptados o rechazados por los demás (57).
- **Comunicación:** Fenómeno inherente a la relación grupal de los seres vivos que tienen como finalidad dar y recibir información, que nos va a permitir la socialización (43).
- **Toma de Decisiones:** Proceso mediante el cual la persona debe escoger entre dos o más alternativas de solución frente a un problema de la vida diaria (24).

### **Definición Operacional:**

Según el Ministerio de Salud el Test de Evaluación de Habilidades

Sociales se mide a través de la siguiente escala general (36):

- Habilidades Sociales **Muy alto** : 174 – 210 puntos
- Habilidades Sociales **Alto** : 162 – 173 puntos
- Habilidades Sociales **Promedio alto** : 152 – 161 puntos
- Habilidades Sociales **Promedio** : 142 – 151 puntos
- Habilidades Sociales **Promedio bajo** : 127 – 141 puntos
- Habilidades Sociales **Bajo** : 88 – 126 puntos
- Habilidades Sociales **Muy bajo** : ≤ a 88 puntos

### **Sub escalas:**

#### ➤ **Asertividad**

- Muy alto : 54 – 60 puntos
- Alto : 47 – 53 puntos
- Promedio alto : 40 – 46 puntos
- Promedio : 33 – 39 puntos
- Promedio bajo : 26 – 32 puntos
- Bajo : 19 – 25 puntos
- Muy bajo : 12 – 18 puntos

#### ➤ **Comunicación**

- Muy alto : 39 – 45 puntos
- Alto : 34 – 38 puntos

- Promedio alto : 29 – 33 puntos
- Promedio : 24 – 28 puntos
- Promedio bajo : 19 – 23 puntos
- Bajo : 14 – 18 puntos
- Muy bajo : 9 – 13 puntos

➤ **Autoestima**

- Muy alto : 54 – 60 puntos
- Alto : 47 – 53 puntos
- Promedio alto : 40 – 46 puntos
- Promedio : 33 – 39 puntos
- Promedio bajo : 26 – 32 puntos
- Bajo : 19 – 25 puntos
- Muy bajo : 12 – 18 puntos

➤ **Toma de Decisiones**

- Muy alto : 39 – 45 puntos
- Alto : 34 – 38 puntos
- Promedio alto : 29 – 33 puntos
- Promedio : 24 – 28 puntos
- Promedio bajo : 19 – 23 puntos
- Bajo : 14 – 18 puntos
- Muy bajo : 9 – 13 puntos



## **VARIABLE X<sub>2</sub>: Conductas de Riesgo**

**Definición Conceptual:** Son aquellas conductas que el adolescente desarrolla y que puede comprometer su desarrollo normal, con repercusiones para la vida actual y futura (30).

Se consideró las siguientes conductas de riesgo:

- ✓ **Inicio precoz de relaciones coitales:** Es el comportamiento que adoptan dos personas de distintos sexos, antes del proceso de consolidación. (51).
- ✓ **Consumo de cigarrillo:** Implica el fumar que es la acción de inhalar y exhalar los humos producidos al quemar tabaco (2).
- ✓ **Consumo de drogas:** Ingesta de sustancias tóxicas (marihuana, cocaína, éxtasis, pastillas) al organismo que alteran la conducta (48).
- ✓ **Consumo de bebidas alcohólicas:** Ingesta de bebidas que contienen alcohol etílico (1).

### **Definición Operacional:**

Las conductas de riesgo serán calificadas a través de la siguiente escala:

**Conductas de riesgo** : 8 – 15 puntos

**Conductas sin riesgo** : 0 – 7 puntos

## **2.2.4. Procedimiento para la recolección de información**

### **Instrumentos de recolección de datos:**

Se utilizó dos instrumentos, uno para evaluar las Habilidades Sociales y el otro para evaluar las Conductas de Riesgo.

#### **1. Instrumento: Test de Evaluación de Habilidades Sociales**

Este instrumento fue elaborado por la OPS/OMS. En Perú el MINSA incluye el Test de Habilidades Sociales en el Documento Técnico N° 917 con RM N°1077 – 2006/ MINSA; y el 2014 el test es modificado en 14 de sus 42 ítems mejorando la redacción y ampliando la escala de valoración de 5 a 7 niveles (36) (37).

El test de habilidades sociales. Consta de 42 ítems donde cada ítem tiene cinco alternativas, las cuales están estructuradas en sentido positivo y negativo, y se encuentran incluidos en las dimensiones de asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones. Asignándoles puntajes mínimo y máximo de la siguiente manera: Asertividad: ítems del 1 – 12; puntaje mínimo 12 puntos y el máximo 60 puntos; comunicación: ítems del 13 – 21; puntaje mínimo 9 puntos y el máximo 45 puntos; autoestima: ítems del 22 – 33; puntaje mínimo 12 puntos y el máximo 60 puntos y toma de decisiones: ítems del 34 – 42; puntaje mínimo 9 puntos y el máximo 45 puntos.

Los ítems en sentido positivo son: 1, 2, 4, 8, 11, 13, 16, 19, 23, 26, 29, 33, 35, 37, 40. Y se califica de la siguiente manera: nunca = 5 puntos, raras veces = 4 puntos, a veces = 3 puntos, a menudo = 2 puntos y siempre = 1 punto y los ítems en sentido negativo: 3, 5, 6, 7, 9, 10,12, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 34, 36, 38, 39, 41, 42; se califica a la inversa de la siguiente manera: nunca = 1 punto, raras veces = 2 puntos, a veces = 3 puntos, a menudo = 4 puntos y siempre = 5 puntos. El puntaje total del instrumento es de 210 puntos (Ver anexo N° 3).

## **2. Instrumento: Cuestionario sobre Conductas de Riesgo**

Este instrumento fue elaborado por las autoras de esta investigación en base a la literatura revisada sobre conductas de riesgo variable en estudio, con el propósito de conocer a que conductas de riesgo está expuesto el adolescente considera cuatro tipos de factores. El cuestionario consta de dos partes: La primera parte contiene datos informativos como edad, sexo y grado de instrucción. La segunda parte consta de 15 preguntas distribuidas de la siguiente forma; inicio precoz de relaciones coitales (5), consumo de drogas (4), consumo de bebidas alcohólicas (3) y consumo de cigarrillos (3); donde los valores son SI (1) y NO (0) a excepción del ítem 1 y 3 cuya respuesta es inversa (Ver anexo N° 4).

### **Aplicación de los Instrumentos:**

Para la ejecución del presente estudio se coordinó previamente con el Director de la Institución Educativa Torres Araujo, para obtener la autorización; luego se coordinó con el docente del curso de tutoría la fecha de aplicación de los instrumentos. El día de la aplicación del instrumento se ubicó a todos los miembros de cada una de las aulas solicitando su participación voluntaria, asegurándoles que se respetaran los principios éticos y de anonimato, privacidad y confidencialidad. Se explicó los objetivos de la investigación y se procedió a entregar los instrumentos a cada adolescente para su llenado respectiva, para lo cual se otorgó un tiempo aproximado de 20 minutos (10 minutos por cada instrumento). Concluida la aplicación del instrumento se verificó su llenado y se agradeció a los adolescentes por su participación y al docente por las facilidades brindadas. Finalizada la recolección de datos se analizó y procesó la información.

### **Control de calidad de los instrumentos:**

- **VALIDEZ**

#### **Prueba piloto:**

Los instrumentos fueron validados en una muestra piloto de 25 adolescentes de 2°, 3° y 4° año del nivel secundario de la Institución Educativa N° 80026 Horacio Zevallos Gámez – El Porvenir. La prueba piloto permitió evaluar la redacción de los reactivos, comprensión,

practicidad y tiempo de aplicación del instrumento, proporcionando a la vez las bases necesarias para la prueba de confiabilidad.

### **Confiabilidad y validez:**

Para la medición del nivel de confiabilidad de los instrumentos se empleó el Coeficiente Alpha de Cronbach índice de confiabilidad que permite estimar la congruencia interna y homogeneidad de una medición integrada, por varios elementos o sub parte. En este índice cuantitativo sus valores varían de 0.00 a 1.00 y proporciona una estimación de la confiabilidad de los instrumentos. Según esta técnica el Cuestionario de Conductas de Riesgo calificó 0.830, con respecto al Test de Habilidades Sociales al no encontrarse estudios que señalen su confiabilidad fue necesario precisarla a través de la aplicación de una prueba piloto para verificar si los ítems miden lo que se desea medir, el valor de dicho coeficiente es igual a 0.760 (Ver anexo 5).

Para ver la validez del cuestionario sobre conductas de riesgo se sometió a la crítica de jueces. Para ello se contó con la participación de 5 profesionales: 3 enfermeras y 2 psicólogos, quienes revisaron el cuestionario de conductas de riesgo y formularon recomendaciones que fueron tomadas en cuenta para la elaboración final del instrumento. Siendo la observación más importante la de utilizar el término relaciones sexuales en lugar de relaciones coitales para ser mejor comprendidas por el adolescente (Ver anexo N° 6).

El Test de Habilidades Sociales no fue sometido a crítica de jueces por ser un instrumento validado y recomendado para su uso en todo el País a través de la Norma Documento Técnico N° 917 con RM N°1077 – 2006/ MINSA (36).

### **2.2.5. Aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.**

La investigación que involucra a sujetos humanos requiere de una detenida consideración de los procedimientos que habrán de aplicarse para proteger sus derechos por lo que en la presente investigación se tuvo en cuenta el consentimiento informado mediante el cual se garantizó que el sujeto exprese voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se les dio, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, sus derechos y responsabilidades. Así mismo se hizo uso del principio de anonimato dado que se reservó la identidad de los encuestados; de igual forma se utilizó el principio de confidencialidad, puesto que la información fue accesible únicamente a personal autorizado. En todo momento se respetó los derechos de los sujetos en estudio (Anexo N° 7).

### **2.2.6. Análisis estadísticos de datos**

La información recolectada a través de los instrumentos mencionados fue ingresada y procesada de manera automatizada utilizando SOFTWARE SPSS. Versión 20.0. Los resultados se presentaron en tabulaciones simples y cruzadas, considerando los objetivos propuestos en el trabajo de investigación, se consideraron también los respectivos gráficos de frecuencias porcentuales (%). La asociación de datos se logró aplicando la “Prueba de Independencia de Criterios” Chi cuadrado ( $X^2$ ) que mide la relación entre dos variables, considerando que existen evidencias suficientes de significación estadística si la probabilidad de equivocarse es menor al 5 por ciento ( $p < 0.05$ ).

# **III. RESULTADOS**



**TABLA N° 1**

**Nivel de Habilidades Sociales por Dimensiones en Adolescentes**

**Escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo –**

**Trujillo 2015.**

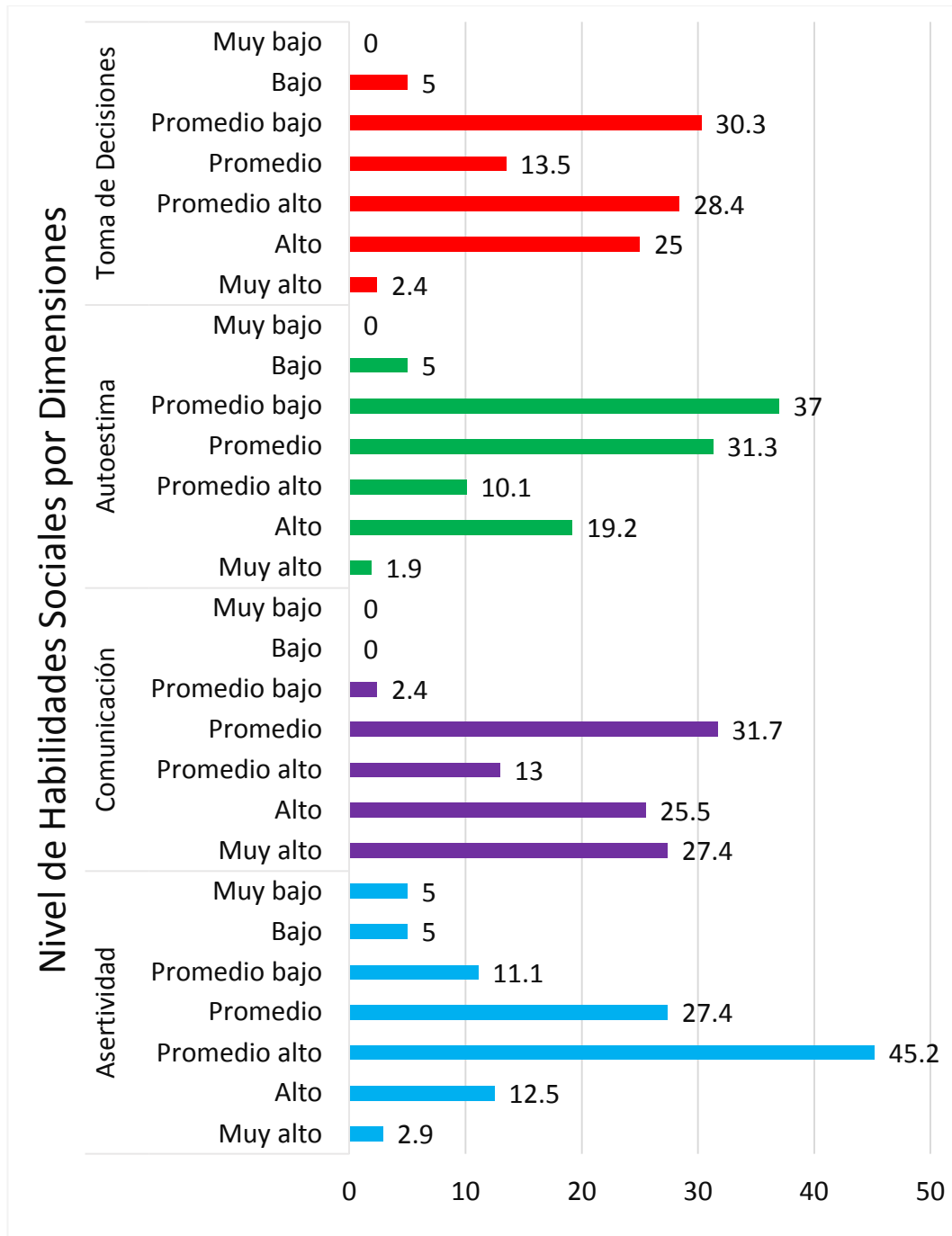
<b>Nivel de Habilidades Sociales por Dimensiones.</b>		<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>Asertividad</b>	Muy alto	6	2.9
	Alto	26	12.5
	Promedio alto	94	45.2
	Promedio	57	27.4
	Promedio bajo	23	11.1
	Bajo	1	5.0
	Muy bajo	1	5.0
<b>Comunicación</b>	Muy alto	57	27.4
	Alto	53	25.5
	Promedio alto	27	13.0
	Promedio	66	31.7
	Promedio bajo	5	2.4
	Bajo	0	0.0
	Muy bajo	0	0.0
<b>Autoestima</b>	Muy alto	4	1.9
	Alto	40	19.2
	Promedio alto	21	10.1
	Promedio	65	31.3
	Promedio bajo	77	37.0
	Bajo	1	5.0
	Muy bajo	0	0.0
<b>Toma de Decisiones</b>	Muy alto	5	2.4
	Alto	52	25.0
	Promedio alto	59	28.4
	Promedio	28	13.5
	Promedio bajo	63	30.3
	Bajo	1	5.0
	Muy bajo	0	0.0
<b>Total</b>		<b>208</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Información obtenida del test aplicado por las autoras

## GRÁFICO N° 1

### Nivel de Habilidades Sociales por Dimensiones en Adolescentes

Escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo –  
Trujillo 2015.



Fuente: Tabla N° 1

**TABLA N° 2**

**Conductas de Riesgo en Adolescentes Escolarizados según Género.**

**Institución Educativa Torres Araujo - Trujillo 2015.**

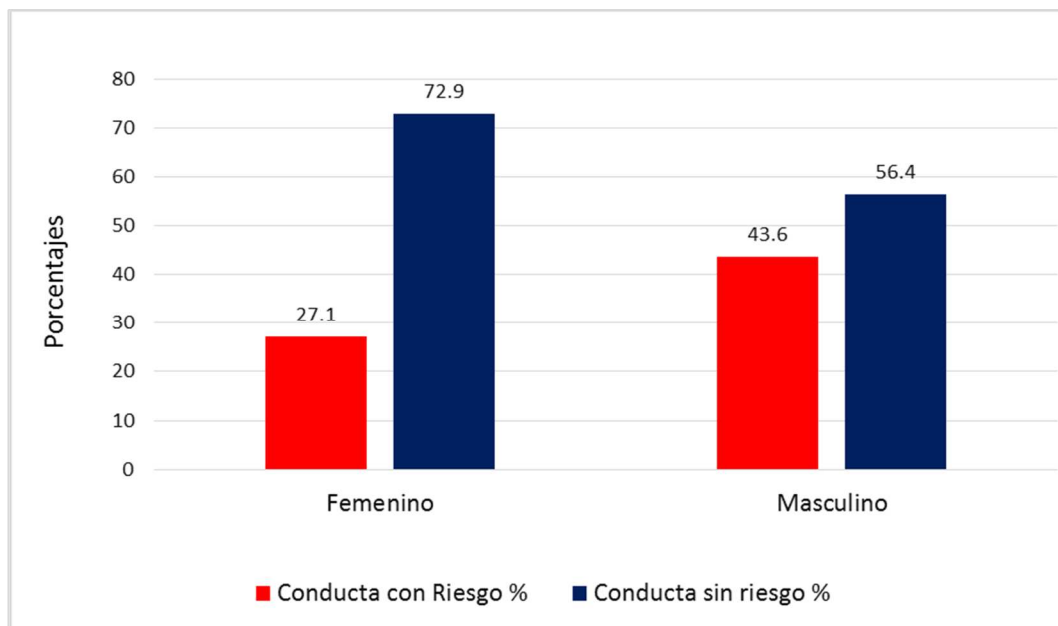
<b>GÉNERO</b>	<b>Conductas de Riesgo</b>					
	<b>Conducta con Riesgo</b>		<b>Conducta sin riesgo</b>		<b>Total</b>	
	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Femenino	29	27.1	78	72.9	107	51.4
Masculino	44	43.6	57	56.4	101	48.6
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>35.1</b>	<b>135</b>	<b>64.9</b>	<b>208</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Información obtenida del cuestionario aplicado por las autoras

## GRÁFICO N° 2

**Conductas de Riesgo en Adolescentes Escolarizados según Género.**

**Institución Educativa Torres Araujo - Trujillo 2015.**



**Fuente:** Tabla N° 2

**TABLA N° 3**

**Nivel de Habilidades Sociales y Conductas de Riesgo en Adolescentes  
Escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo -  
Trujillo 2015.**

Nivel de Habilidades Sociales	Conductas de Riesgo					
	Conductas con Riesgo		Conductas sin riesgo		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%
Muy Alto	0	0.0	22	16.3	22	10.6
Alto	4	5.4	37	27.4	41	19.7
Promedio Alto	2	2.8	35	26.0	37	17.8
Promedio	10	13.7	23	17.0	33	15.9
Promedio Bajo	33	45.2	14	10.3	47	22.6
Bajo	24	32.9	4	3.0	28	13.4
Muy Bajo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>35.1</b>	<b>135</b>	<b>64.9</b>	<b>208</b>	<b>100.0</b>

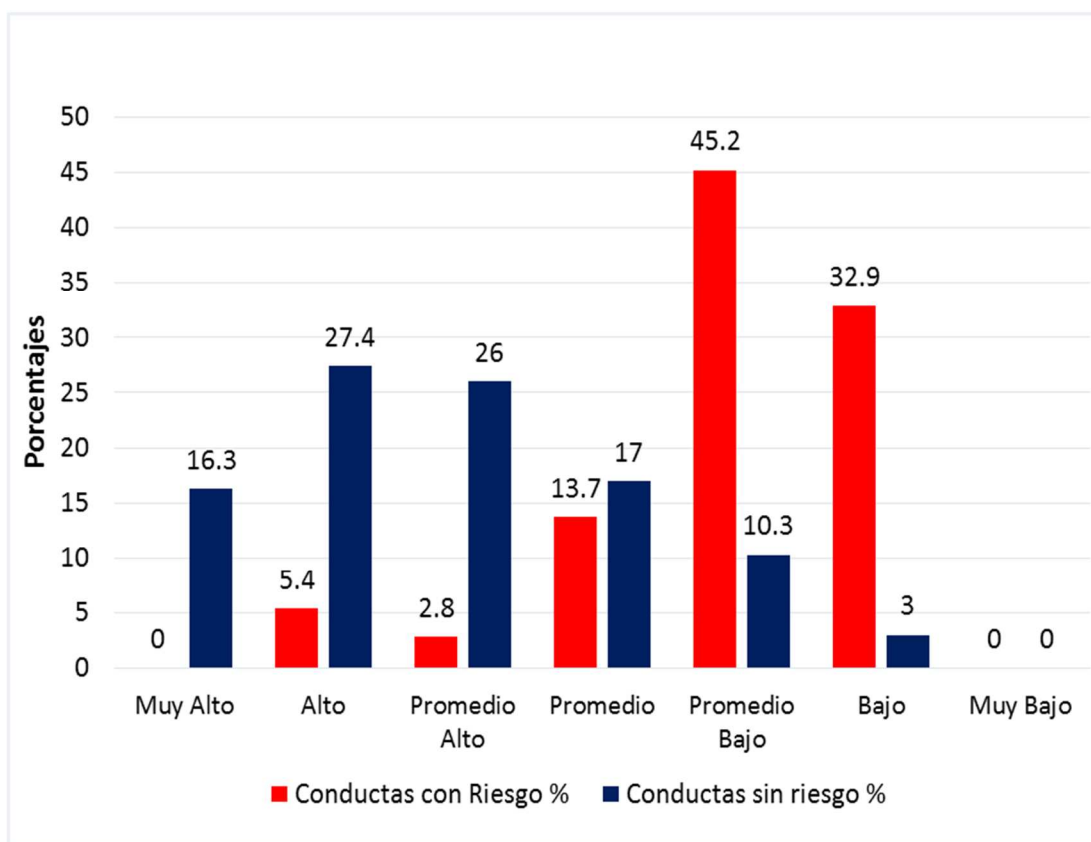
**Fuente:** Información obtenida del test y el cuestionario por las autoras

$$X^2 = 95.045 \quad P = 0.000 < 0.05$$

Relación Altamente Significativa entre variables

### GRÁFICO N° 3

#### Nivel de Habilidades Sociales y Conductas de Riesgo en Adolescentes Escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo - Trujillo 2015.



Fuente: Tabla N° 3

#### IV. DISCUSION

En la **Tabla N° 1** se muestran los siguientes resultados, en el nivel de habilidades sociales relacionado con la asertividad el 45.2% de adolescentes escolarizados tiene un promedio alto, en comunicación el 31.7% de adolescentes escolarizados tiene un nivel promedio, en autoestima el 37.0% de adolescentes escolarizados tiene promedio bajo, y en toma de decisiones el 30.3% de adolescentes escolarizados tiene promedio bajo (Grafico N° 1).

Estos resultados se asemejan a los obtenidos por Tovar, N (2010); en su investigación sobre Habilidades Sociales sobre Nivel de Autoestima y Prácticas de Conductas en adolescentes. Como resultado obtuvo que el 59% de los estudiantes presentan un nivel de autoestima medio, el 30% un nivel de autoestima bajo y el 11% con un nivel de autoestima alto (56).

Según el MINSA, en la adolescencia las decisiones que se adopten y las relaciones que se establezcan influirán en la salud, en el desarrollo y afectará durante toda su vida considerando por ello valiosa, todas acciones encaminadas a fortalecer las habilidades sociales como: la asertividad, autoestima, comunicación y toma de decisiones, lo que facilitará la construcción de la identidad, el desarrollo de proyectos de vida, y establecimiento de relaciones positivas en el seno familiar y social (38).

La habilidad social de la asertividad significa ser capaces de afirmar y defender sus derechos, expresar sentimientos, pensamientos, de manera honesta. El adolescente con baja asertividad en su interrelación con otras personas actúa tímido, no defiende sus derechos adecuadamente, teme el discutir sus ideas diferentes, se deja manipular y actúa según los deseos de otros (10) (12).

La autoestima va a permitir sentirse aceptados o rechazados por los demás. Los adolescentes con autoestima baja son personas con sentimientos de insatisfacción y carencia de respeto por sí mismo. Puede ser solitarios y sensibles a las críticas (34) (52) (57).

La comunicación es compartir ideas y sentimientos en un clima de reciprocidad. Los adolescentes con un nivel de comunicación baja es la comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa, aprenden a guardar silencio, se vuelven inexpresivos, inadaptados al medio familiar, escolar o social (43).

La toma de decisiones permite la capacidad de razonamiento y pensamiento para elegir una decisión a un problema dado, que se presente en la vida. Los adolescentes que tienen problemas en tomar decisiones son aquellos que no se sienten capaces de solucionar sus problemas por sí solos por lo que busquen que otros les ayuden a tomar decisiones (24) (43).



El adolescente con un nivel promedio bajo en habilidades sociales se sentirá vulnerable generando en él dificultad para expresar sus deseos y no poder comunicar sus problemas ante sus amigos, compañeros de colegio, e incluso en su propia familia; esto a su vez generará en ellos situaciones de estrés, ansiedad, temor y probablemente los conlleve a guardar silencio.

En el presente estudio se encuentra que el 64% de los adolescentes escolarizados han calificado en la escala global con un nivel que va desde el nivel promedio a muy alto en habilidades sociales (**Ver Tabla N° 1 – anexo N° 8**) lo que significa que la mayoría de ellos se sienten con la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y afectiva, con mayor seguridad a la hora de resolver sus problemas en coordinación con otras personas, con mayor capacidad de atraer su cooperación o apoyo y en general, se sentirán con un control más amplio sobre las interacciones sociales.

Las habilidades sociales por tanto constituyen un importante recurso de afrontamiento debido al importante papel de actividad social en la adaptación humana. Por lo cual, se debe lograr que el adolescente conozca y haga suyas determinadas habilidades y destrezas que, al ser empleadas en su vida cotidiana, le permiten tener estilos de vida más saludables (37).

En la **Tabla N° 2**, muestra resultados sobre conductas de riesgo donde se observa que el 35.1% de los adolescentes escolarizados desarrollan conductas con riesgo y el 64.9% presenta conductas sin riesgo de modo global. Esto significa que más de un tercio de la población encuestada desarrolla conductas con riesgo (Grafico N° 2).

Según género, se observa que el 27.1% de adolescentes escolarizados del género femenino y el 43.6% de adolescentes escolarizados del género masculino presentan conductas con riesgo.

Resultados similares encontró Tovar N (2010) en su estudio de Habilidades Sociales sobre Nivel de Autoestima y Prácticas de Conductas en Adolescentes en el que señala que el 66% de adolescente refieren presentar conductas adecuadas y el 34% conductas inadecuadas (56).

Así mismo se tiene que el 38.5% de adolescentes escolarizados han iniciado precozmente sus relaciones sexuales, 30.8% consumen cigarrillos, 23.1% consumen drogas y el 51.4% consumen bebidas alcohólicas (**Ver Tabla N° 3 – anexo N° 8**)

La adolescencia es un periodo de transición, en el que experimentan nuevos tipos de conductas y afrontan el reto de adoptar comportamientos saludables, muchas de estas conductas representan un riesgo para la salud o comprometen aspectos de su desarrollo, estas conductas están en relación con los estilos de vida modernos, sumados la curiosidad, la

experimentación de situaciones nuevas, son parte del crecimiento que les da sensación de ser adultos y a menudo son difíciles de erradicar en la vida adulta y pueden tener un impacto en la salud a corto o largo plazo (12) (30).

Podemos decir que el adolescente de hoy es muy diferente al de ayer, y que las diferencias tan marcadas según género hoy se ven cada vez más difusas; como se puede apreciar aproximadamente 4 de cada 10 adolescentes del género masculino y 3 de cada 10 adolescentes del género femenino presentan conductas con riesgo, esto podría deberse al mismo avance de la tecnología, los cambios culturales y sociales que estamos viviendo; a los cambios biológicos y psicológicos a los que se enfrenta, por su mismo proceso de adaptación a una vida adulta, conducta experimental y la curiosidad de conocer nuevas sensaciones, los mismos que los hacen vulnerables a desarrollar diversas conductas de riesgo.

En la **Tabla N° 3** se muestra la relación entre el nivel de habilidades sociales y las conductas de riesgo en el adolescente escolarizado; se evidencia que en el nivel de habilidades sociales bajo el 32.9% presentan conductas de riesgo y el 3.0% conductas sin riesgo, en el nivel de habilidades sociales promedio bajo el 45.2% presenta conductas de riesgo y el 10.3% conductas sin riesgo, en el nivel de habilidades sociales promedio el 13.7% presenta conductas de riesgo y el 17.0% conductas sin riesgo, para el nivel de habilidades sociales promedio alto el 2.8% presenta conductas de riesgo y el 26.0% conductas sin riesgo, en el nivel de

habilidades sociales alto el 5.4% presenta conductas de riesgo y el 27.4% conductas sin riesgo (Gráfico N° 3).

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Morales, L (2012); en su investigación sobre habilidades sociales que se relacionan con conductas de riesgo en adolescentes. Concluyendo que existe una relación significativa entre el nivel de habilidades sociales y conductas de riesgo (42).

En el presente estudio se puede apreciar que el estadístico de Chi-cuadrado tiene un valor de 95.04 con un p-valor de significancia 0.000 ( $p < 0.05$ ), por consiguiente se puede afirmar que existe una alta relación significativa entre nivel de habilidades sociales y conductas de riesgo con lo cual se demuestra la hipótesis de investigación.

Se considera que las y los adolescentes por una diversidad de circunstancias ambientales, familiares en individuales con frecuencia desarrollan conductas que participan como factores de riesgo: adicciones (tabaquismo, alcoholismo y drogadicción), conductas de riesgo (VIH/SIDA, ITS), conductas temerarias, entre otras. Las habilidades sociales constituyen un importante recurso de afrontamiento debido a la importancia del papel de la actividad social en la adaptación humana, estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y actuar con los demás de una forma socialmente adecuada y afectiva (6) (35).

Es así que las habilidades sociales son fundamentales para disfrutar una vida saludable y feliz; ya que los seres humanos en este caso los adolescentes aprenden a prevenir las conductas de riesgo y la detección precoz de conductas desadaptativas en este grupo de edad. En este sentido se puede percibir que los adolescentes bajo presión se involucran en conductas de riesgo, así mismo sugieren que su comportamiento está centrado en sus interacciones sociales, como lo son el grupo de amigos, la escuela, entre otros.

## V. CONCLUSIONES

1. Las habilidades sociales de los adolescentes escolarizados en la dimensión de asertividad el 45.2% tiene promedio alto, en la dimensión de comunicación el 31.7% tiene nivel promedio, en la dimensión de autoestima el 37.0% tiene promedio bajo, y en la dimensión de toma de decisiones el 30.3% tiene promedio bajo.
2. El 35.1% de los adolescentes escolarizados desarrollan conductas con riesgo, y el 64.9% presentan conductas sin riesgo.
3. La relación entre Habilidades Sociales y Conductas de Riesgo están relacionadas significativamente ( $p=0.000$ ), donde el 45.2% tienen habilidades sociales promedio bajo y desarrollan conductas con riesgo, el 27.4% presentan habilidades sociales altas y desarrollan conductas sin riesgo; por lo que el riesgo es más bajo cuando más alto es el nivel de habilidades sociales.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación se propone las siguientes recomendaciones:

Que los Profesionales de Enfermería:

- 1.** Desarrollen programas de intervención que promuevan de forma integral y eficaz el desarrollo positivo del adolescente con el fin de fortalecer sus habilidades sociales, mejorar el autocuidado de su salud y prepáralos para asumir una actitud responsable ante la vida.
- 2.** Que la Institución Educativa desarrolle programas de intervención dirigidas a los padres de familia con el objetivo de fortalecer la relación padres – hijos de manera que puedan guiar comportamientos adecuados que los lleve hacia el camino correcto.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu M, Fernández M, Martín A. Comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de medicina. *Revista Cubana Salud Pública*. Cuba. 2005 - jul; 21 (2): 52.
2. Acuña M. Programa Salud. Cesación del consumo de tabaco. *Manual para el equipo de la salud*. Chile 2003 - dic; 1: 1 – 53.
3. Alvarado J. Educación sexual preventiva en adolescentes: *Sexualidad*. *Revista de Investigación*. Chile 2013 - jun; 1 (29): 25 – 42.
4. Álvarez C, Martínez L, Pérez A. Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes. *Artículo Científico*. España 2011 - nov; 1 (26): 57.
5. Ampuero A. Sexualidad y Deseo. Hablan adolescentes de Ayacucho, Puno, San Martín y Ucayali. 2da ed. Lima. Edit Manuel Ramos. 1999. Pp. 45 – 56.
6. Bernabén J. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista Psicothema*. España 2002 - jun; 14 (2): 363 – 368.
7. Caballero A, Gonzales B. Factores Predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Revista Científica*. España 2005 - ene; 1 (19): 44.
8. Caballo V. Manual de evaluación y entretenimiento de las habilidades sociales: *Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico*. 1ra ed. España. Edit Sigo Veintiuno S.A. 1993. Pp. 73 – 80.
9. Calderón S, Fonseca F. Funcionamiento Familiar y su Relación con las Habilidades Sociales en Adolescentes. [Tesis de Licenciada en Enfermería]. Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.



10. Camacho C, Camacho M. Habilidades sociales en adolescencia. *Revista Profesional de Terapia Cognitiva – Conductual*. España 2005 – may; 1 (3): 1 – 27.
11. Cariote E. Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia. 1ra ed. España. Edit Médica Panamericana. 2006. Pp. 34 – 38.
12. Castillo A. Validación social de un programa de entretenimiento de habilidades sociales en adolescentes con problemas de conductas. *Revista Científica de Psicología*. México 2007 - feb; 2 (3): 1 – 55.
13. Clavijo R, Fernández C, Mondragón J, Triguerras I, etal. Educador de educación especial. 1° ed. España. Edit MAD. 2008. Pp. 300 – 302.
14. Coleman J, Hendry L. Psicología de la adolescencia. 1ra ed. España. Edit Morata. 2003. Pp.167 – 173.
15. Díaz C, Gonzales M. Enfermería Global: Problemas de conductas en adolescentes. *Revista de Enfermería*. México 2014 - abr; 14 (2): 1 – 14.
16. Erikson E. El ciclo vital completado. 1ra ed. Alemania. Edit Paidós Ibérica. 2000. Pp. 56 – 58.
17. Espada J, Méndez X, Griffin K. Consumo de alcohol y drogas. *Revista de Psicología*. España 2003 - abr; 23 (84): 2 – 10.
18. Fauci A. Harrison Principios de Medicina Interna: Alcohol y Alcoholismo. 18ava ed. Madrid. Edit Mc Graw Hill. 2012. Pp. 2850 – 2856.
19. Fernández E. Administración de Empresas: *Un enfoque interdisciplinar*. 1° ed. España. Edit Paraninfo. 2010. Pp. 655 – 657.
20. Florenzano R. El adolescente y sus conductas de riesgo. 3ra ed. Chile. Edit Universidad Católica de Chile. 2005. Pp. 123.

21. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estado Mundial del Adolescente*. 2014. <http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/>. (Accesado 08/04/15).
22. Freyre E. *La Salud del Adolescente: Aspectos médicos y psicosociales*. 2da ed. Lima - Perú. Editorial Unas. 1997. Pp. 5 – 7.
23. Gallardo F. Conductas de riesgo en los adolescentes: *Estudiantes de los colegios de Juigalpa – Chontales*. *Revista Científica de Farem*. Nicaragua 2013 – abr; 6 (2): 1 – 12.
24. García E, Magaz A. Enseñando a tomar decisiones. 1ra ed. España. Edit Albor Cepe. 1992. Pp. 20 – 34.
25. Hernández R, Fernández C, Baptista A. *Metodología de la Investigación*. 5ta ed. México. Editorial Mc Graw Hill. 2010. Pp. 136 – 144.
26. Ibáñez P. Todo sobre drogas legales e ilegales. 1ra ed. Madrid. Editorial Dykinson. 2010. Pp. 254 – 260.
27. Instituto de Estadística e Informática. *Composición de la población total, por área de residencia y sexo, según grupo de edad*. 2011. <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2011/>. (Accesado en 10/04/15).
28. Instituto de Estadística e Informática. *Encuesta demográfica y de salud familiar*. 2014. [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/index.html](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html). (Accesado el 15/04/15).
29. Jara M, Mendoza C. *Conductas de Riesgo de los Adolescentes Escolarizados que frecuentan los bares y discotecas de la “Calle Larga”*. [Tesis para Título Médico]. Ecuador. Universidad de Cuenca; 2014.

30. López J, Navarro R. Adolescencia, aspectos generales y atención a la salud. Revista Cubana de *Medicina General Integral*. Cuba 2008 - jul; 24 (3): 1 – 22.
31. Llor B, Abad M, Cool. Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud. 2da ed. Madrid. Edit Interamericana Mc Graw – Hill. 1997. Pp. 40 – 65.
32. Maddaleno M, Morello P. Salud y desarrollo del adolescente y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Revista de *Salud Pública*. República Dominicana 2003 - agos; 45 (1): 1 – 139.
33. Marriner A. Modelos y Teorías de Enfermería. 3era ed. España. Edit Harcourt Brace.1997. Pp. 269 – 299.
34. Medellín G. Crecimiento y Desarrollo del Ser Humano. 1ra ed. Washington D.C. Edit Organización Panamericana de la Salud.1995. Pp. 724, 776.
35. Meneses C, Romo N, Gil E. Adolescencia: Consumo de drogas y comportamientos de riesgo. *Revista Adolescente*. España 2009 - ene; 11 (1): 1 – 63.
36. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Orientaciones para la Atención Integral de las y los Adolescentes en el I Nivel de Atención, Lima, 2014.
37. Ministerio de Salud. Habilidades para la vida en adolescentes escolares. Dirección Ejecutiva para la salud. Perú 2005: Pp 109.
38. Ministerio de Salud. *Habilidades para la vida y su importancia en la salud*. 2005.  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/articulo\\_habilidad\\_es\\_para\\_la\\_vida.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/articulo_habilidad_es_para_la_vida.pdf). (Accesado el 01/05/15).

39. Ministerio de Salud. Somos el presente, somos el futuro de todo el Perú depende: *¿Por qué debemos invertir en los adolescentes?* 2013. [http://bibliotecaplan.org/wp-content/uploads/2013/08/ADOLE-03-somos-el-presente-somos-el-futuro\\_final.pdf](http://bibliotecaplan.org/wp-content/uploads/2013/08/ADOLE-03-somos-el-presente-somos-el-futuro_final.pdf). (Accesado el 31/05/15).
40. Ministerio de Salud. *Reporte de la Dirección General de Epidemiología*. 2014. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/sanitosvih/index.html>. (Accesado el 16/04/15).
41. Monjas M. Programa de enseñanzas de habilidades sociales de interacción social para adolescentes. *Revista de Psicología*. España 2008 - ene; 1 (2): 1 – 424.
42. Morales M. Habilidades Sociales que se relacionan con las Conductas de Riesgo en Adolescentes de la Institución Educativa Fortunato Zora Carbajal. [Tesis de Licenciada en Enfermería]. Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre; 2012.
43. Napp I, Mark L. La comunicación no verbal: El cuerpo y el entorno. 4ta ed. Barcelona. Edit Paidós. 1992. Pp. 15.
44. Pades A. Niveles de Habilidades en adolescentes. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. España. Universidad Palma de Mallorca; 2014.
45. Pervin L. Emoción, adaptación y salud. *La Ciencia de la Personalidad*. 2da ed. Madrid. Edit Mc Graw – Hill. 1998. Pp. 327 – 339.
46. Reeder S. Enfermería materno infantil. 17ª ed. Vol. II. México. Edit Interamericana Mac Graw – Hill. 1995. Pp. 924 – 925.
47. Rice P. Desarrollo Humano: *Estudio del Ciclo Vital*. 2da ed. México. Edit Prentice Hall Hispanoamericana. 1997. Pp. 409 – 414.

48. Ruiz A. La Familia y Grupos Juveniles. En Proyecto de Educación e Información Pública sobre Drogas. Convenio Perú- Ministerio de Educación. Lima. 1992. Pp. 9 – 20.
49. Ruiz R. Habilidades sociales y su Relación con la edad de inicio de relaciones Coitales de los adolescentes de los colegios estatales de Huamachuco. [Tesis de Licenciada en Enfermería]. La Libertad: Universidad Nacional de Trujillo; 2011.
50. Santillán D, Vásquez L. Habilidades Sociales y el Inicio de las Relaciones Coitales en adolescentes, la Esperanza. [Tesis de Licenciada en Enfermería]. Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo; 2015.
51. Serapio A. Realidad Psicosocial: La adolescencia actual y su temprano comienzo. *Revista de Estudios de Juventud*. Madrid 2006 - jun; 1 (73): Pp. 11 – 23.
52. Silver T, Munist M. Manual de Medicina de la Adolescencia: Crecimiento y Desarrollo. Washington. Edit OPS.1992. Pp. 47 – 55.
53. Smeltzer S, Bare G. Enfermería Médico – Quirúrgica: Enseñanza y Fomento de la Salud. 9na ed. México. Edit Mc Graw – Hill Interamericana. 2002. Pp. 95 – 116.
54. Tambaco A. Libro de Educación Sexual para Adolescentes. 2da ed. Ecuador. Edit Bogotá. 2008. Pp. 82 – 94.
55. Torres B. Adolescencia y Juventud. 2da ed. La Habana. Edit Científico Técnica. 2008. Pp. 198 – 223.
56. Tovar N. Habilidades Sociales sobre Nivel de autoestima y prácticas de conductas en adolescentes [Tesis de Licenciada en Enfermería]. Cuzco. Universidad Nacional de San Marcos; 2010.

57. Valles A. Las Habilidades Sociales en la Escuela: Una propuesta curricular. 2da ed. México. Edit Gabinete de Orientación Psicológica. 2004. Pp. 108 – 109.

**ANEXOS**

## ANEXO N° 1

### Cálculo de la Muestra de Estudio

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

**Donde:**

N: Tamaño de la Población

n: Tamaño de la muestra

p: Probabilidad de éxito 50% (p=0.50)

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

pq: Varianza máxima del 25% (p\*q=0.25)

e: Nivel de precisión 5% (0.05)

$\frac{Z_{\alpha}^2}{2}$  : Nivel de confianza (95% = 1.96)

POBLACIÓN	N=	454
PROBABILIDAD DE ÉXITO	p	0.5
PROBABILIDAD DE FRACASO	q	0.5
ERROR DE ESTIMACIÓN	e	0.05
VALOR NORMAL	Z	1.96



Reemplazando los datos:

$$n = \frac{454 * (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}{(454 - 1) * (0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}$$

$$n = \frac{435.84}{2.09}$$

**n= 208.53 adolescentes**

## ANEXO N° 2

### MUESTREO PROBABILISTICO POR CONGLOMERADOS SEGÚN AÑO DE ESTUDIO y SECCIONES

Afijación proporcional:

Población: N = 454

Muestra : n = 208

$$n_h = \frac{N_h}{N} (n) \quad h= 1, 2, 3, 4, 5$$

### CONGLOMERADOS SEGÚN AÑO DE ESTUDIOS Y GÉNERO

Año de estudio	Población (N <sub>1</sub> )			Muestra (n <sub>1</sub> )		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
1°	54	47	101	25	21	46
2°	55	50	105	25	23	48
3°	40	36	76	18	17	35
4°	36	44	80	17	20	37
5°	40	52	92	18	24	42
<b>TOTAL</b>	<b>225</b>	<b>229</b>	<b>454</b>	<b>103</b>	<b>105</b>	<b>208</b>

**CONGLOMERADOS SEGÚN SECCIONES POR AÑO DE ESTUDIOS  
Y GÉNERO**

Año de estudio	Población			Muestra		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
1° A	12	8	20	5	4	9
1° B	12	10	22	5	5	10
1° C	15	15	30	7	7	14
1° D	15	14	29	7	6	13
<b>Subtotal</b>	<b>54</b>	<b>47</b>	<b>101</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>46</b>
2° A	11	10	21	5	5	10
2° B	15	13	28	7	6	13
2° C	17	10	27	8	4	12
2° D	12	17	29	5	8	13
<b>Subtotal</b>	<b>55</b>	<b>50</b>	<b>105</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>48</b>
3° A	7	5	12	3	2	5
3° B	13	7	20	6	4	10
3° C	9	13	22	4	6	10
3° D	11	11	22	5	5	10
<b>Subtotal</b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>76</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>35</b>
4° A	9	9	18	4	4	8
4° B	11	10	21	5	5	10
4° C	5	15	20	2	7	9
4° D	11	10	21	5	5	10
<b>Subtotal</b>	<b>36</b>	<b>44</b>	<b>80</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>37</b>
5° A	14	17	31	6	8	14
5° B	11	20	31	5	9	14
5° C	15	15	30	7	7	14
<b>Subtotal</b>	<b>40</b>	<b>52</b>	<b>92</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>42</b>
<b>TOTAL</b>	<b>225</b>	<b>229</b>	<b>454</b>	<b>101</b>	<b>107</b>	<b>208</b>



### ANEXO N° 3

## UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO

### FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

#### ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

### TEST DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES EN LOS ADOLESCENTE

Elaborado por MINSA 2005

Modificado por MINSA 2014

Estimado (a) adolescente el presente test tiene el propósito de determinar el nivel de habilidades sociales. La presente encuesta es de tipo ANÓNIMA Y PERSONAL, le pedimos contestar con sinceridad las preguntas formuladas, marcando con un aspa la respuesta que crea conveniente.

#### I. INSTRUCCIONES:

A continuación encontraras una lista de habilidades que las personas usan en su vida diaria, señala tu respuesta marcando con un aspa ( / ) uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha utilizando los siguientes criterios.

**N=** Nunca, **RV=** Raras Veces, **AV=** A Veces, **AM=** A Menudo, **S=** Siempre

Recuerda que tú sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate.

HABILIDAD	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 una 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.					

<b>HABILIDAD</b>	<b>N</b>	<b>RV</b>	<b>AV</b>	<b>AM</b>	<b>S</b>
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 me 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 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).					

<b>HABILIDAD</b>	<b>N</b>	<b>RV</b>	<b>AV</b>	<b>AM</b>	<b>S</b>
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 ayudaran 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.					

**¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!**



## ANEXO N° 4

### **UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

#### **CUESTIONARIO SOBRE CONDUCTAS DE RIESGO EN EL ADOLESCENTE**

**Autoras:** Bach. Rivera, N  
Bach. Zavaleta, C

#### **I. Datos Informativos:**

Edad:.....

Grado:.....

Sexo: Femenino ( )

Masculino ( )

#### **II. Instrucción:**

A continuación te presentamos preguntas sencillas de fácil respuesta, por tal motivo es de mucho interés la sinceridad de tu respuesta totalmente anónima. Se agradece tu participación.

1. ¿Conoces de métodos anticonceptivos?

- a) Si
- b) No

Si tu respuesta es SI especifique:.....

2. ¿Has tenido o actualmente tienes relaciones sexuales?

- a) Si Edad de inicio de Relaciones Sexuales.....
- b) No

Si tu respuesta es NO pasar a la pregunta N° 5

3. ¿Usas métodos anticonceptivos?

- a) Si Método que utilizas.....
- b) No

4. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

- a) Pareja única
- b) Dos o más parejas

5. ¿En tu grupo de amigos(as) hay quienes hayan iniciado relaciones sexuales

- a) Si
- b) No

6. ¿Alguna vez consumiste algún tipo de droga?

- a) Si
- b) No

Si tu respuesta es NO pasar a la pregunta N° 9

7. ¿Has continuado consumiendo drogas?

- a) Si Frecuencia.....
- b) No

8. ¿Qué tipo de drogas consumes? (Puede marcar más de una opción)

Marihuana ( )      Cocaína ( )      Éxtasis ( )      Pastillas ( )

9. De las personas de tu entorno. ¿Hay quienes consumen drogas?

- a) Si
- b) No

Si tu respuesta en SI especifica ¿Quiénes?

Amigos de colegio ( )      Vecinos ( )      Familiares ( )

10. ¿Alguna vez has consumido bebidas alcohólicas?

- a) Si Edad de consumo por 1° vez.....
- b) No

Si tu respuesta en NO pasar a la pregunta N° 12

11. ¿Continúas tomando bebidas alcohólicas?

- a) Si Frecuencia.....
- b) No

12. De las personas de tu entorno. ¿Hay quienes consumen bebidas alcohólicas?

- a) Si
- b) No

Si tu respuesta en SI especifica ¿Quiénes?:

Amigos de colegio ( )      Vecinos ( )      Familiares ( )



13. ¿Alguna vez has fumado cigarrillos?

- a) Si                      Edad de consumo por 1° vez.....
- b) No

Si tu respuesta es No pasar a la pregunta N° 15

14. ¿Has continuado fumando?

- a) Si                      Frecuencia.....
- b) No

15. De las personas de tu entorno. ¿Hay quienes fuman?

- a) Si
- b) No

Si tu respuesta en Si especifica ¿Quiénes?:

Amigos de colegio (    )                      Vecinos (    )                      Familiares (    )

**MUCHAS GRACIAS!**

## ANEXO N° 5

### Validación del Test de Conductas de Riesgo

#### Resumen del procesamiento de los casos

		N°	%
Casos	Válidos	25	100,0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	25	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas Variables del procedimiento.

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Conbach basada en los elementos tipificados	N° de elementos
,830	,845	15

## Validación del Test de Habilidades Sociales

### Resumen del procesamiento de los casos

		N°	%
Casos	Válidos	25	100,0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	25	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas  
Variables del procedimiento.

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Conbach basada en los elementos tipificados	N° de elementos
,760	,752	42

## ANEXO N° 6



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**JUICIO DE EXPERTOS DEL PROYECTO DE TESIS**

**“HABILIDADES SOCIALES Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS. INSTITUCIÓN EDUCATIVA TORRES ARAUJO - TRUJILLO, 2015”**

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESIÓN	CENTRO DE LABORES	COLEGIATURA	FIRMA	FECHA
1	Betsabé González Salvo	Psicóloga	ca8 - El Boyer	16629	 Betabé Berona González PSICÓLOGA C.P. 16629	18/06/15
2	Luisa Ysabel Tarré Ly	Psicóloga	H.B.T.	10737	 Luisa Ysabel Tarré Ly PSICÓLOGA CLÍNICA C.P.S.P. 10737	18/06/15
3	Carmin Cabrera Carrascal	Lic. Enfermería	H.D.J.	52372	 Carmin Cabrera Carrascal LICENCIADA EN ENFERMERÍA C.E.P. N° 52372	19/06/15
4	Cruz Luzmila Hilala Maryelin G.	Lic. Enfermería	H.B.T.	64656	 Cruz Luzmila Hilala Maryelin G. LICENCIADA EN ENFERMERÍA C.E.P. N° 64656	20/06/15
5	Nancy Sánchez Muñoz	Lic. Enfermería	H.B.T.	13390	 Nancy Sánchez Muñoz LICENCIADA EN ENFERMERÍA C.E.P. N° 13390	20/06/15

**ANEXO: 7**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....  
.....Identificado(a) con DNI N°.....después de haber recibido la información acerca de la investigación a realizar por los Bachilleres en Enfermería Nataly Rivera y Gabriela Zavaleta; acepto ser entrevistado(a) y llenar los instrumentos con el fin de contribuir a la investigación sobre Habilidades Sociales y Conductas de Riesgo en Adolescentes Escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo – Trujillo 2015; el día y la hora que se acuerde, cuyo tiempo para su resolución del mismo será de aproximadamente 20 minutos.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante, y por el cual no recibiré ningún beneficio directo como resultado de mi participación ya que es totalmente voluntario y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte ninguna manera.

Además recibo como garantía que la información será tratada con criterio y con confidencialidad y nuestra identidad en el anonimato.

Entiendo que: Los resultado de la información se me serán proporcionados si les solicito.

Trujillo,.....de.....del 2015  
Sr(a).....  
DNI N°.....

.....  
Rivera Nataly  
DNI: 46761317

.....  
Zavaleta Gabriela  
DNI: 70671744

## **ANEXO 8**

### **TABLA N° 1**

**Nivel de Habilidades Sociales en Adolescentes Escolarizados.**

**Institución Educativa Torres Araujo - Trujillo 2015.**

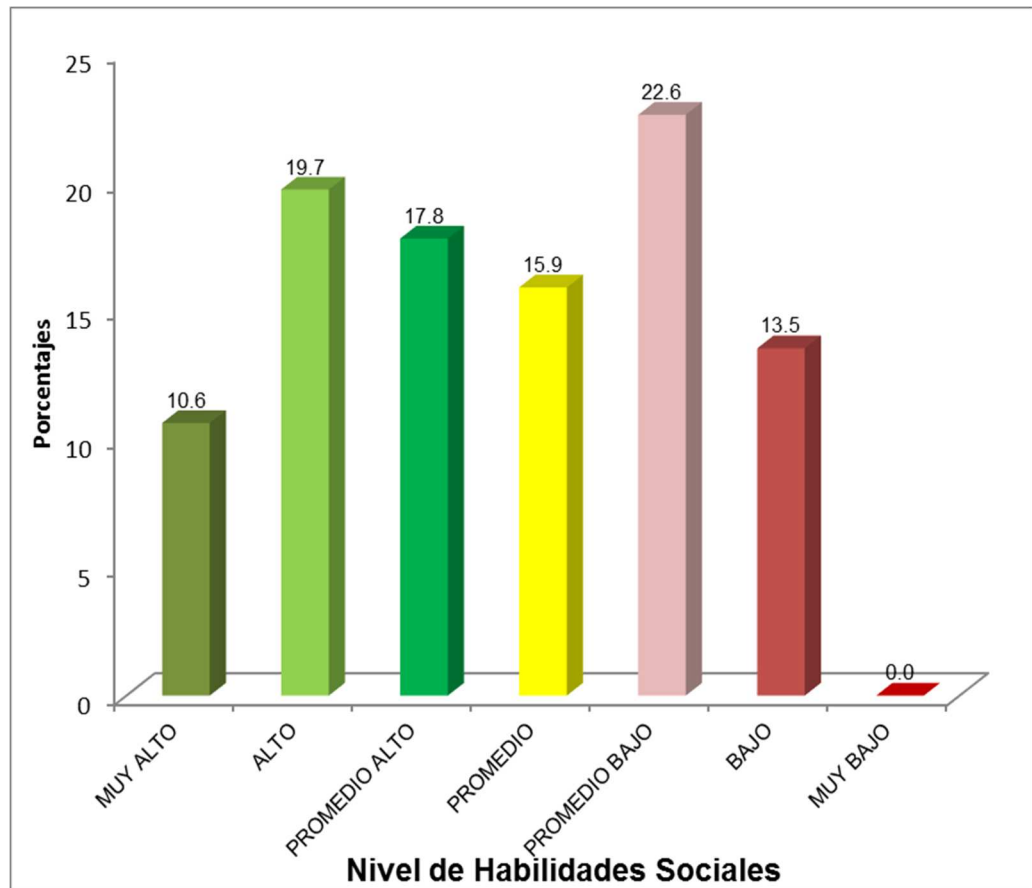
<b>NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
MUY ALTO	22	10.6
ALTO	41	19.7
PROMEDIO ALTO	37	17.8
PROMEDIO	33	15.9
PROMEDIO BAJO	47	22.6
BAJO	28	13.5
MUY BAJO	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>208</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Información obtenida del test aplicado por las autoras.

## GRÁFICO N° 1

**Nivel de Habilidades Sociales en Adolescentes Escolarizados.**

**Institución Educativa Torres Araujo - Trujillo 2015.**



Fuente: Tabla N° 1

**TABLA N° 2**

**Conductas de Riesgo en Adolescentes Escolarizados según Año  
de Estudios. Institución Educativa Torres Araujo –  
Trujillo 2015.**

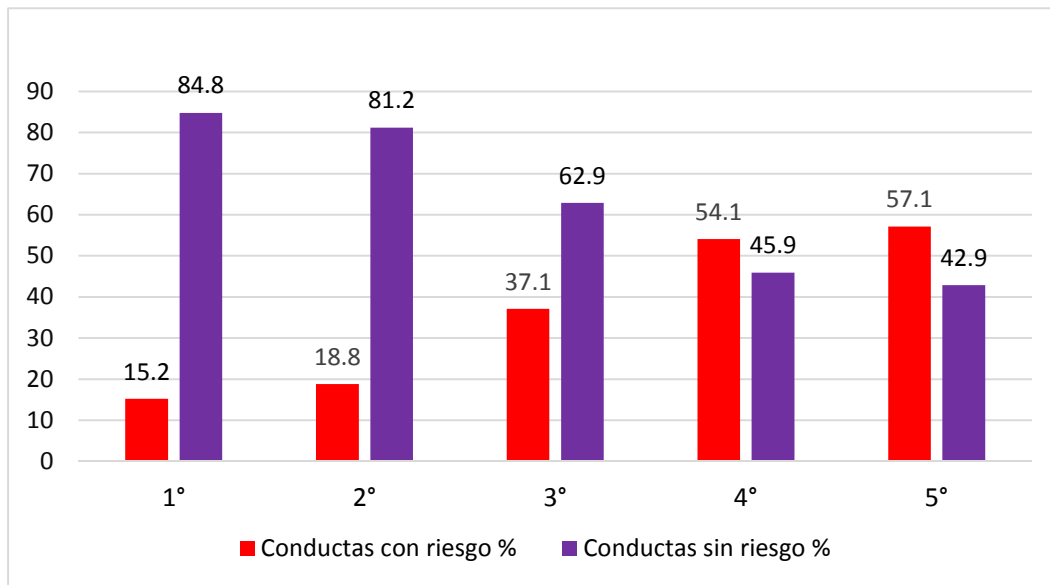
<b>Año de Estudios</b>	<b>Conductas con Riesgo</b>		<b>Conductas sin Riesgo</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>1°</b>	7	15.2	39	84.8	46	22.1
<b>2°</b>	9	18.8	39	81.2	48	23.1
<b>3°</b>	13	37.1	22	62.9	35	16.8
<b>4°</b>	20	54.1	17	45.9	37	17.8
<b>5°</b>	24	57.1	18	42.9	42	20.2
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>35.1</b>	<b>135</b>	<b>64.9</b>	<b>208</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Información obtenida del test y el cuestionario por las autoras



## GRÁFICO N° 2

### Conductas de Riesgo en Adolescentes Escolarizados según Año de Estudios. Institución Educativa Torres Araujo – Trujillo 2015.

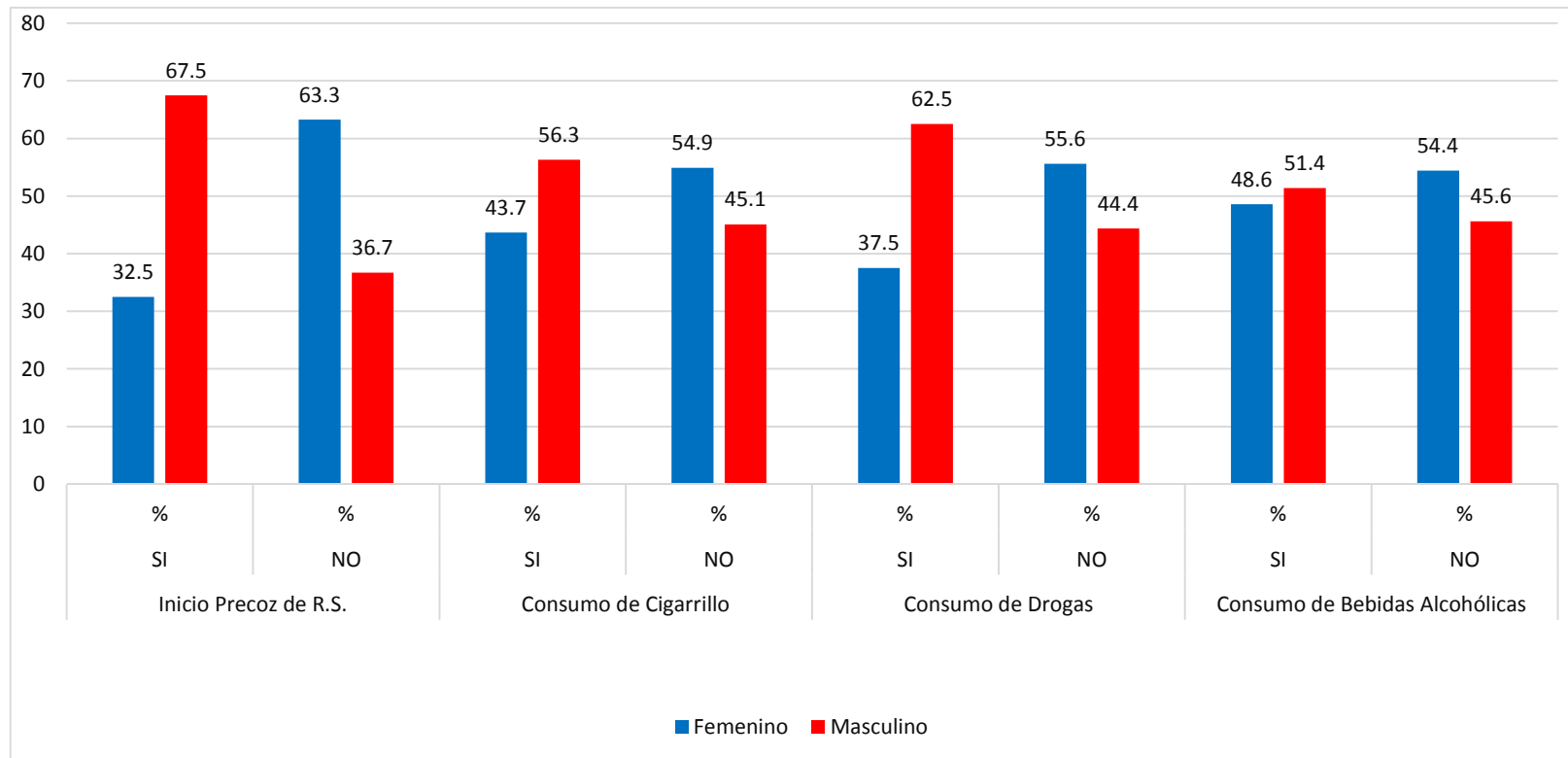


Fuente: Tabla N° 2



### GRÁFICA N° 3

Conductas de Riesgo en Adolescentes Escolarizados según Género. Institución Educativa Torres Araujo –  
Trujillo 2015.



Fuente: Tabla N° 3