

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y EL NIVEL DE AUTOESTIMA ASOCIADOS
CON LA ACTITUD HACIA LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO
EN LOS ADOLESCENTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS
DEL DISTRITO DE POCOLLAY DE TACNA EN EL 2015**

TESIS

PRESENTADA POR:

LIC. KATTY GIOVANA MENDOZA MAMANI

Para optar el Grado Académico de:

**MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGISTER SCIENTIAE*)
CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA**

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y EL NIVEL DE AUTOESTIMA
ASOCIADOS CON LA ACTITUD HACIA LAS CONDUCTAS
SEXUALES DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES DE
LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO
DE POCOLLAY DE TACNA EN EL 2015**

Tesis sustentada y aprobada el 20 de Enero del 2016; estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE :



.....
Dra. Nery Rafael Bernabé

SECRETARIO :



.....
Mgr. Patricia Verónica Montalvo Chávez

MIEMBRO :



.....
Mgr. Nancy Fresia Velásquez Yupanqui

ASESORA :



.....
Dra. Rina María Álvarez Becerra

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios y a mi madre por su incondicional apoyo, paciencia y comprensión brindados durante toda mi formación personal y académica.

AGRADECIMIENTO

A los docentes y asesores de la Universidad Jorge Basadre Grohmann, por su apoyo y sugerencias acertadas en todo momento, especialmente a la Dra. Rina Álvarez Becerra, por su abnegada labor al servicio de la investigación.

CONTENIDO

| | |
|---|----------|
| Dedicatoria..... | iii |
| Agradecimiento..... | iii |
| Contenido | iv |
| Índice de tablas..... | viii |
| Índice de figuras..... | xi |
| Resumen..... | xii |
| Abstract..... | xiii |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| | |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| 1.1. Descripción del problema..... | 4 |
| 1.1.1. Antecedentes del problema..... | 4 |
| 1.1.2. Problemática de la investigación..... | 6 |
| 1.2. Formulación del problema..... | 11 |
| 1.3. Justificación e importancia..... | 12 |
| 1.4. Alcances y limitaciones..... | 13 |
| 1.5. Objetivos..... | 14 |
| 1.5.1. Objetivo General..... | 14 |
| 1.5.2. Objetivos Específicos..... | 14 |

| | |
|---------------------|----|
| 1.6. Hipótesis..... | 15 |
|---------------------|----|

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

| | |
|------------------------------------|----|
| 2.1. Antecedentes del estudio..... | 17 |
|------------------------------------|----|

| | |
|--------------------------|----|
| 2.2. Bases teóricas..... | 25 |
|--------------------------|----|

| | |
|------------------------|----|
| 2.2.1. La familia..... | 25 |
|------------------------|----|

| | |
|--|----|
| 2.2.1.1. Definición de la familia..... | 25 |
|--|----|

| | |
|---------------------------------------|----|
| 2.2.1.2. Funciones de la familia..... | 27 |
|---------------------------------------|----|

| | |
|--------------------------------|----|
| 2.2.1.3. Tipos de familia..... | 28 |
|--------------------------------|----|

| | |
|---|----|
| 2.2.1.4. La familia como formadora de la identidad personal.... | 29 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| 2.2.1.5. El impacto de la familia en la salud del adolescente.... | 29 |
|---|----|

| | |
|------------------------|----|
| 2.2.2. Violencia | 32 |
|------------------------|----|

| | |
|---------------------------------------|----|
| 2.2.2.1. Definición de violencia..... | 32 |
|---------------------------------------|----|

| | |
|---|----|
| 2.2.2.2. Definición de violencia intrafamiliar..... | 33 |
|---|----|

| | |
|----------------------------------|----|
| 2.2.2.3. Tipos de violencia..... | 35 |
|----------------------------------|----|

| | |
|-----------------------------------|----|
| 2.2.2.4. Etapas de violencia..... | 39 |
|-----------------------------------|----|

| | |
|-------------------------------------|----|
| 2.2.2.5. Ciclo de la violencia..... | 40 |
|-------------------------------------|----|

| | |
|---|----|
| 2.2.2.6. Factores de riesgo de violencia intrafamiliar..... | 41 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| 2.2.2.7. Consecuencias de la violencia intrafamiliar..... | 43 |
|---|----|

| | |
|---------------------------|----|
| 2.2.3. La autoestima..... | 45 |
|---------------------------|----|

| | |
|--------------------------|----|
| 2.2.3.1. Definición..... | 45 |
|--------------------------|----|

| | |
|---|----|
| 2.2.3.2. Formación de la autoestima..... | 47 |
| 2.2.3.3. Componentes de la autoestima..... | 48 |
| 2.2.3.4. Importancia del nivel de autoestima..... | 49 |
| 2.2.3.5. Factores que influyen en la autoestima..... | 51 |
| 2.2.4. Actitud hacia las conductas sexuales de riesgo..... | 52 |
| 2.2.4.1. Aspectos generales de la actitud..... | 52 |
| 2.2.4.2. Conducta sexual en la adolescencia..... | 55 |
| 2.2.4.3. Conducta sexual de riesgo del adolescente..... | 56 |
| 2.2.4.4. Determinantes de la conducta sexual..... | 58 |
| 2.2.4.5. Normatividad del MINSA en orientación/consejería..... | 60 |
| 2.2.5. Generalidades de la adolescencia..... | 62 |
| 2.2.6. Rol del profesional de salud en el desarrollo de la sexualidad de adolescentes..... | 67 |
| 2.3. Definición de términos..... | 67 |

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

| | |
|--|----|
| 3.1. Tipo y Diseño de la investigación..... | 72 |
| 3.2. Población y muestra..... | 73 |
| 3.3. Operacionalización de variables | 74 |
| 3.3.1. Definición operacional de las variables | 74 |
| 3.3.2. Caracterización de las variables | 77 |

| | |
|---|----|
| 3.4. Técnicas e instrumentos para recolección de datos..... | 79 |
| 3.5. Procesamiento y análisis de datos | 82 |

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

| | |
|---|-----|
| 4.1. Características de la muestra..... | 83 |
| 4.2. Violencia intrafamiliar, nivel de autoestima y actitud hacia las conductas sexuales de riesgo..... | 89 |
| 4.3. Relación de las variables..... | 93 |
| 4.4. Prueba de hipótesis..... | 101 |

CAPITULO V:

| | |
|--|------------|
| DISCUSIÓN..... | 107 |
| CONCLUSIONES..... | 111 |
| RECOMENDACIONES..... | 113 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 115 |
| ANEXOS..... | 127 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|---------|--|----|
| Tabla 1 | Edad de los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 83 |
| Tabla 2 | Sexo de los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 85 |
| Tabla 3 | Colegio de los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 86 |
| Tabla 4 | Año de estudios de los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 87 |
| Tabla 5 | Violencia intrafamiliar de adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 89 |
| Tabla 6 | Nivel de autoestima de adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 90 |
| Tabla 7 | Actitud hacia las conductas sexuales de riesgo de adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 92 |

| | | |
|----------|---|----|
| Tabla 8 | Adolescentes por sexo según violencia intrafamiliar en las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 93 |
| Tabla 9 | Adolescentes por sexo según nivel de autoestima en las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 94 |
| Tabla 10 | Adolescentes por sexo según actitud hacia las conductas sexuales de riesgo de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 95 |
| Tabla 11 | Adolescentes por tipo de colegio según violencia intrafamiliar de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 96 |
| Tabla 12 | Adolescentes por tipo de colegio según nivel de autoestima de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 97 |
| Tabla 13 | Adolescentes por tipo de colegio según actitud hacia las conductas sexuales de riesgo de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 98 |
| Tabla 14 | Adolescentes por actitud hacia las conductas sexuales de riesgo según violencia intrafamiliar de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna | |

| | |
|--|-----|
| 2015..... | 99 |
| Tabla 15 Adolescentes por actitud hacia las conductas sexuales de riesgo según nivel de autoestima de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 100 |
| Tabla 16 Regresión logística - Variables en la ecuación..... | 102 |
| Tabla 17 Chi cuadrada para el contraste de la hipótesis específica..... | 104 |
| Tabla 18 Chi cuadrada para el contraste de la hipótesis específica..... | 105 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Edad de los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 84 |
| Figura 2 | Sexo de los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 85 |
| Figura 3 | Colegio de los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 86 |
| Figura 4 | Año de estudios de los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 88 |
| Figura 5 | Violencia intrafamiliar de adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 89 |
| Figura 6 | Nivel de autoestima de adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 91 |
| Figura 7 | Actitud hacia las conductas sexuales de riesgo de adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015..... | 92 |

RESUMEN

El objetivo es determinar la asociación de la violencia intrafamiliar y el nivel de autoestima con la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay

El diseño de la investigación es no experimental, prospectivo y transversal. La población fue de 663 adolescentes. Se aplicó instrumentos validados. Los datos fueron procesados por el programa SPSS v.21.0.

Se encontró, que el 59% fluctúa entre 12 a 14 años, 56,86% son de sexo femenino, 65% son de colegio estatal, la violencia intrafamiliar se presenta en un 16,44%, el nivel de autoestima es elevado en más de la mitad (50,23%), la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo es favorable en un 77,53%, y desfavorable en 22,47%.

Se concluye que existe asociación significativa ($P < 0,05$) de la violencia intrafamiliar y nivel de autoestima con la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes.

Palabras clave: *Violencia intrafamiliar/ autoestima/ actitud/ conductas sexuales*

ABSTRACT

The objective is to determine the association of domestic violence and the level of self-esteem with the attitude towards sexual risk behaviors among adolescents in the educational institutions of Pocollay district.

The design of the research is not experimental, prospective and cross-sectional. The population was 663 adolescents. Validated instruments were applied. The data were processed by the program SPSS v.21.0.

It was found that 59% ranges from 12 to 14 years, 56,86% are female, 65% are state school, domestic violence occurs in a 16.44% the level of self-esteem is high in more than half (50,23%), the attitude towards sexual risk behavior is favorable in 77,53% and unfavorable 22.47%.

It is concluded that there is significant association ($P < 0,05$) domestic violence and level of self-esteem with the attitude towards sexual risk behavior in adolescents.

Keywords: *Domestic violence/ self-esteem/ attitude/ sexual behaviors*

INTRODUCCIÓN

La violencia intrafamiliar es un problema de salud pública a nivel mundial que afecta el bienestar de los miembros de una familia. Los factores desencadenantes de la violencia son diversos; sin embargo, las consecuencias observadas son similares en los diferentes grupos sociales que abarcan desde secuelas negativas para la salud y afecta hasta el correcto desarrollo y progreso de un país.

También la violencia intrafamiliar y el nivel de autoestima bajo ocasionan un daño biopsicosocial en los adolescentes afectando en su conducta sexual, trayendo consecuencias sociales, económicas y de salud. Comportamientos sexuales no seguros como uso inconsistente de condón, relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol, relaciones sexuales después del consumo de una sustancia ilegal y con pareja sexual poco o recién conocida.

En enero 2014, los casos atendidos a nivel nacional en adultos predomina la violencia contra la mujer con 3185 casos especialmente la ejercida por su pareja y en mayor porcentaje la de tipo psicológico. Con

respecto a las niñas, niños y adolescentes según mes y grupo etareo la de 0 a 5 años presenta 181 casos (14%), de 6 a 11 años con 523 casos (42%) y de 12 a 17 años 554 casos (44%). También prevalece violencia de tipo psicológico, cuyos principales agresores son los padres. (Programa nacional contra la violencia familiar y sexual, 2014)

Frente a este contexto se realizó la presente investigación sobre la: “Violencia intrafamiliar y el nivel de autoestima asociados con la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay”, tiene como objetivo determinar la asociación de la violencia intrafamiliar y el nivel de autoestima con la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo, además de identificar la frecuencia de violencia intrafamiliar, nivel de autoestima y la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, con el propósito de proporcionar información actualizada a las autoridades, personal de salud y a la comunidad educativa en el ámbito secundario a fin de promover mediante actividades preventivo promocionales, interviniendo en la salud mental, autoestima y permitiendo la adopción de conductas sexuales saludables contribuyendo a la disminución de la incidencia de ITS y mejorar la calidad de vida.

El trabajo consta de: Capítulo I, Planteamiento del problema, que contiene la descripción, formulación del problema, justificación, limitaciones, objetivos, hipótesis. Capítulo II, Marco teórico, que comprende los antecedentes, bases teóricas y definición de términos. Capítulo III, Marco metodológico, en el que se detalla tipo y diseño de la investigación, población y muestra, operacionalización de variables, técnica e instrumentos para recolección de datos, procesamiento y análisis de datos. Capítulo IV, Resultados. Capítulo V, Discusión, conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. Antecedentes del problema

La adolescencia a menudo se caracteriza como un período de oportunidad y de riesgo—y el comportamiento de asumir riesgos se extiende a la sexualidad. La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras. Los estudios demuestran que las conductas de riesgo tienen factores comunes interrelacionados. Por ejemplo, los adolescentes que tienen un embarazo no deseado, practican el sexo sin protección y de riesgo, y tienen relaciones abusivas suelen ser los mismos que consumen sustancias y tienen bajo rendimiento escolar. Hay estudios que muestran que el consumo de sustancias está relacionado con una conducta sexual de riesgo, lo que a su vez lleva a un aumento en la incidencia de embarazos no deseados e ITS, incluyendo el VIH/SIDA. Jessor (1998) citado por (Shutt & Maddaleno, 2003)

Según el programa nacional contra la violencia familiar y sexual, durante julio 2006 a diciembre 2011 se atendió en el departamento de Tacna un total de 3 905 casos por situaciones de violencia familiar y sexual, a través de 51 554 atenciones especializadas en los servicios de psicología, legal y social a las personas afectadas, entre ellas niñas, niños y adolescentes. (Ministerio de la mujer y desarrollo social , 2011)

En el presente año (enero – mayo 2015), a nivel nacional se viene atendiendo 24 248 casos por situaciones de violencia familiar y sexual, a través de 659 744 atenciones especializadas. En la Región Tacna se atendieron un total de 295 casos por situaciones de violencia familiar y sexual, de los cuales 265 de los casos son mujeres y 30 son hombres; a través de 5 116 actividades por violencia familiar y sexual. Del total (295) de casos atendidos, 148 (50,2%) corresponden a víctimas de violencia psicológica; 103 (34,9%) a víctimas de violencia física; y 44 (14,9%) a víctimas de violencia sexual. (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP, 2015)

A nivel nacional no hay muchos estudios relacionados al tema en el escenario escolar, especialmente en el área de salud, por tal motivo no hay una visión clara sobre la violencia intrafamiliar y el nivel de autoestima

que tienen los adolescentes así como sus conductas ante situaciones de riesgo.

1.1.2. Problemática de la investigación

La violencia intrafamiliar es un problema de salud pública que produce consecuencias negativas en todos los miembros de la familia y en el conjunto de la sociedad. Además, muchas personas en alguna etapa de sus vidas, han sido víctimas de abuso psicológico, físico y sexual. Sin embargo, la adolescencia es la etapa de mayor vulnerabilidad y que presenta conductas de riesgo. Por lo tanto, la violencia intrafamiliar y la baja autoestima repercute en los adolescentes en muchos factores, fundamentalmente en su actitud hacia las conductas sexuales de riesgo.

La violencia constituye uno de los principales problemas en el mundo. De hecho, según datos aportados por la OMS cada año mueren más de 1,6 millones de personas de forma violenta. Es más, si se atiende no sólo a los fallecimientos, se multiplican los casos de personas que resultan heridas y sufren múltiples consecuencias a nivel físico, sexual, reproductivo y/o psicológico a lo largo de sus vidas. (Organización Mundial de la Salud, 2002)

Esta manifestación del ejercicio de poder de una persona sobre otra, afecta la salud física, sexual y/o psicológica de las personas que la sufren, especialmente las mujeres y las niñas y niños. Sin embargo, la violencia, es un problema que generalmente se calla y se oculta, principalmente, por la propia víctima. Cuando se la instituye como práctica cotidiana, perpetuándose a través de generaciones en la crianza de las hijas e hijos, éstos la replican cuando son padres. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2012)

Según ENDES 2012, a nivel nacional la forma de castigo que utilizó el padre biológico para castigar a sus hijas e hijos, en primer lugar fue la reprimenda verbal (77,2 %); en segundo lugar, fue prohibiéndoles algo que le gusta (33,7 %). Con mayor frecuencia, la madre biológica utilizó la reprimenda verbal para castigar a sus hijas e hijos (77,0 %); las palmadas fueron ejercidas frecuentemente por madres de 15 a 19 años de edad (35,6%, en promedio). El 17,6 % de las mujeres entrevistadas manifestaron que para educar a las hijas e hijos era necesario el castigo físico.

En Tacna, según la declaración de las mujeres, las formas de castigo utilizadas con mayor frecuencia por el padre biológico para regañar o

corregir a sus hijas e hijos fueron la reprimenda verbal y prohibiéndoles de algo que les guste (91,0 y 50,5 %, respectivamente). La madre biológica utiliza con mayor frecuencia la reprimenda verbal y la prohibición de algo que les guste para castigar o regañar a sus hijas e hijos. Prohibirles de algo que les guste va en aumento al pasar de 55,6 % en el 2011 a 59,8 en el 2012; la reprimenda verbal disminuye al pasar de 90,3 % a 88,7 %, en el período mencionado. El 17,1 % de las mujeres entrevistadas declararon que algunas veces era necesario el castigo físico para educar a las hijas e hijos, porcentaje que se disminuyó en 16,9 puntos porcentuales respecto al año 2011 (34,0 %). (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2012)

Existe evidencia de que la exposición prolongada a la violencia puede provocar mayor predisposición a sufrir limitaciones sociales, emocionales y cognitivas, y a la adopción de comportamientos de riesgo para la salud, como el uso de sustancias adictivas, tener relaciones sexuales precoces y al consumo de tabaco. Acorde a esta evidencia, en el estudio se encontró que entre los adolescentes que refirieron haber sido víctimas de agresión física una o más veces durante el último año, los porcentajes de consumo de bebidas alcohólicas y de marihuana una o más veces en los últimos 30

días, así como de haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, fueron superiores. (Sergio, 2006)

La familia es la unidad básica en nuestra sociedad y es la que proporciona las necesidades principales al individuo a lo largo de su desarrollo. La mayoría de las familias cumplen apropiadamente este objetivo; sin embargo, llama la atención que un número considerable de las mismas no son capaces de crear o mantener un ambiente seguro debido a la violencia familiar que incluye agresiones físicas, sexuales o psicológicas entre o contra miembros de la familia.

Por los datos que se dispone en la mayoría de los hogares existe algún tipo de violencia intrafamiliar contra mujeres, niños y adolescentes. Muchos de los datos que reflejan las distintas investigaciones no muestra a veces la realidad, ya que en su mayoría las víctimas no denuncian, básicamente por temor al qué dirán y a la falta de información, pero también a veces por la amenaza del agresor o porque no le dan la importancia que debieran darle y en otros casos porque no cuentan con la economía necesaria para recurrir a una institución de apoyo. Con respecto a los adolescentes expuestos a la violencia familiar en sus diferentes modalidades, pueden mantener actitudes de timidez, baja

autoestima e influir en la adopción de conductas sexuales de riesgo por: Inicio precoz de relaciones sexuales, más de una pareja sexual (promiscuidad), prácticas de sexo sin protección, consumo de alcohol y drogas. Los cuales conducen a muchos problemas y daños a su salud o a la salud de otra persona, pues presentan mayor riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. De continuar esta situación, todos los esfuerzos que se han venido realizando como la lucha contra la violencia no se van a concretar, por ello es de suma importancia trabajar de manera conjunta todas las instituciones que tengan contacto con familias y adolescentes para el bienestar de la sociedad.

De acuerdo a esta problemática se deben de promover estilos de vida saludables a todas las familias y detectar quienes están siendo afectados por la violencia familiar. Asimismo, para que los padres tomen conciencia de los efectos y consecuencias que conlleva la violencia y de esta manera reflexionar y cambiar de actitud para el bienestar de ellos y de la familia.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Frente a la actual realidad que se investigó, se formuló el problema de investigación a través de la siguiente interrogante:

¿En qué medida la violencia intrafamiliar y el nivel de autoestima se asocian con la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015?

Problemas específicos:

- a. ¿Cuál es la frecuencia de la violencia intrafamiliar en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015?
- b. ¿Cuál es el nivel de autoestima en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015?
- c. ¿Cuál es la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015?

- d. ¿En qué medida la violencia intrafamiliar se asocia con la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015?
- e. ¿En qué medida el nivel de autoestima se asocia con la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La presente investigación es de suma importancia puesto que, desde el punto de vista teórico, existe un vacío del conocimiento respecto al tema de estudio. Por lo tanto, es fundamental abordar la violencia intrafamiliar, ya que es uno de los problemas de mayor incidencia en la actualidad y que tiene graves consecuencias en los adolescentes, no sólo daños físicos, sino que provocan daños psicológicos, morales, intelectuales mucho más difíciles de curar y la adopción de una actitud desfavorable hacia las conductas sexuales de riesgo.

Desde el punto de vista educativo y social, la presente investigación tiene relevancia porque sus conclusiones y recomendaciones permitirá tanto a los padres de familia como a los directivos de las instituciones

educativas del distrito de Pocollay, tomar acertadas decisiones tanto en la planificación educativa familiar, así como también en la planificación del proyecto educativo institucional, de tal manera que se tenga en cuenta la vital importancia de un clima familiar saludable que motive el desarrollo óptimo de las diversas habilidades sociales de los educandos, los mismos que permitirán afianzar la escuela de padres como puente constante entre la familia y la institución educativa.

Asimismo, estos resultados beneficiarán a las instituciones locales que trabajan en la prevención de algún tipo de violencia, especialmente al personal de salud que labora en el primer nivel de atención que participa en la promoción de la salud de la familia y la comunidad.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

Las principales limitaciones que se presentaron durante la investigación:

- Escasez de estudios o investigaciones específicas sobre: Violencia intrafamiliar y actitud hacia las conductas sexuales de riesgo, hechas en universidades de Tacna, para que sirvan como base teórica para esta investigación.

- Una tercera limitación fue la inaccesibilidad de algunos colegios particulares para autorizar la aplicación de los instrumentos.
- Los resultados y las conclusiones del estudio sólo pueden ser generalizados y son válidas para la población en estudio y/u otras poblaciones con características similares.

1.5.OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

Determinar la asociación de la violencia intrafamiliar y el nivel de autoestima con la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.

1.5.2. Objetivos Específicos

- a. Identificar la frecuencia de la violencia intrafamiliar en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.

- b. Distinguir el nivel de autoestima en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.
- c. Mostrar la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.
- d. Analizar la asociación de la violencia intrafamiliar con la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.
- e. Analizar la asociación del nivel de autoestima con la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.

1.6.HIPÓTESIS

1.6.1. Hipótesis general:

La violencia intrafamiliar y el nivel de autoestima se asocian con la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.

1.6.2. Hipótesis específicas:

- a. La violencia intrafamiliar es muy frecuente en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.
- b. El nivel de autoestima es baja en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.
- c. La actitud hacia las conductas sexuales de riesgo es desfavorable en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.
- d. La violencia intrafamiliar se asocia con la actitud desfavorable hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.
- e. El nivel de autoestima se asocia con la actitud desfavorable hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

✓ A nivel internacional

Moreira (2011), realizó un estudio en Ecuador sobre: Influencia de la violencia intrafamiliar en el desarrollo de la personalidad de los/as estudiantes del colegio Miguel de Cervantes de la ciudad de Manta. Los resultados de la investigación realizada, reflejan que el 67,55% de los padres/madres de familia encuestadas declaran haber sido víctimas de malos tratos por alguna de las personas que viven en el hogar. De igual manera los/as estudiantes en un 66,86% aceptan que sufren violencia dentro del hogar. Concluye que: El maltrato psicológico es la forma de violencia intrafamiliar que con mayor intensidad y frecuencia se presenta en la institución (63,31%), los/as jóvenes que sufren violencia dentro del hogar presentan problemas en el desarrollo de su personalidad, ya que son estudiantes agresivos, rebeldes y resuelven los problemas a la fuerza.

González & Hoz (2011), realizaron un estudio en Bogotá sobre: Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba. Estudio observacional de corte transversal entre 12 302 adolescentes (10 a 19 años de edad), estudiantes de 12 colegios públicos de la localidad de Suba en el año 2006. Se encontró una prevalencia de buena función familiar de 63 % y de disfunción familiar severa del 7 %. La disfunción severa aumentó la prevalencia de relaciones sexuales (OR de 2 con IC de 95 % de 1,7-2,4). Se concluye que: La disfunción familiar se asocia a una mayor frecuencia de conductas de riesgo en los adolescentes de bajo estrato socioeconómico en Bogotá. La relación más fuerte se observa entre violencia y familia.

Campo, Augusto, & Herazo (2010), realizaron un estudio en Colombia sobre: Prevalencia y factores asociados al patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva (PCRSSR) en estudiantes de secundaria de Santa Marta. Se realizó un estudio transversal. Un grupo de 804 estudiantes informó haber tenido relaciones sexuales. El 36,1% mostró el estándar de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva. Se relacionaron con el PCRSSR el consumo de una sustancia ilegal (OR=11,4), el consumo de alcohol (OR=2,5), el ser estudiante de educación media vocacional (OR=1,7) y el pertenecer al

estrato socioeconómico medio o alto (1,4). Se concluye que: Aproximadamente uno de cada tres estudiantes adolescentes presenta alto riesgo de ser infectado por el VIH o de sufrir un embarazo no planificado. Se recomienda promover prácticas sexuales seguras.

✓ **A nivel nacional**

Tovar (2010), realizó un estudio en Lima sobre: Nivel de autoestima y prácticas de conductas saludables en los estudiantes de educación secundaria de la Institución Educativa N°3049 Tahuantinsuyo-Independencia, 2009. El método que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal tomándose como muestra a 183 alumnos del 3er, 4to y 5to año de educación secundaria. Las conclusiones a las que se llegaron fueron las siguientes: La mayoría 108 (59%) de los estudiantes presentan un nivel de autoestima medio, seguido del nivel bajo con 54 estudiantes (30%) y finalmente 21 (11%) con nivel de autoestima alto lo que predispone a que dichos estudiantes sientan desconfianza, minusvalía y poca estima hacia sí mismos.

Cano (2010), realizó un estudio en Lima sobre: Nivel de autoestima y su relación con las características de la familia, en estudiantes de

secundaria. Institución Educativa Daniel Alcides Carrión, 2010. La población estuvo conformada por 120 adolescentes de 3º de secundaria de la Institución educativa Daniel Alcides Carrión. Cuya conclusión fue: El 70,83% de los adolescentes encuestados presentan autoestima alta positiva y 66,7% viven en familias con características funcionales.

Rojas (2011), realizó un estudio en Lima sobre: Relación entre conocimientos sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de secundaria. I.E.M. Nuestra Señora de Montserrat, 2010. La población estuvo conformada por 152 adolescentes del 5º de secundaria; se utilizó un cuestionario auto administrado validado por juicio de expertos. Las conclusiones a las que se llegó fueron: Estadísticamente no existe relación entre los conocimientos sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo. Sin embargo, consideramos importante destacar algunos puntos críticos en los conocimientos y en las conductas: como la diferencia entre libertad sexual y libertinaje. Entre las principales conductas de riesgo se evidenció: inicio precoz de relaciones sexuales, no uso de métodos anticonceptivos, relaciones sexuales sin planificación, lo que indica que un 42% existe riesgo.

Uribe (2012), realizó un estudio en Lima sobre: Relación que existe entre el nivel de autoestima y el tipo de dinámica familiar de adolescentes del Centro Educativo Leoncio Prado, San Juan de Miraflores, 2011. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal, la población estuvo conformada por 50 adolescentes de 5° de secundaria de la Institución educativa Leoncio Prado, los cuales fueron escogidos aleatoriamente. Cuyas conclusiones fueron: El 62% de los adolescentes encuestados presentan autoestima alta lo que genera que este grupo tenga mejor aceptación de su imagen corporal, facilidad de relacionarse, confianza en sí mismos y haber desarrollado la capacidad de liderazgo y 90% poseen dinámica familiar funcional.

Navarro & López (2012), realizaron un estudio en Tarapoto sobre: Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo junio – setiembre 2012. La muestra estuvo constituida por 79 adolescentes de 14 a 19 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Concluyeron que: De los adolescentes encuestados el 79,7% presentan actitudes favorables con respecto a la sexualidad y el 20,3% actitud desfavorable. Los adolescentes tienen una actitud favorable frente a las dimensiones: Responsabilidad y prevención del riesgo sexual obtuvo un

83,5%; en la dimensión libertad para tomar decisiones el 58,2%; en la dimensión de autonomía el 81%; en la dimensión sexualidad y amor obtuvo el 74,7%.

Cabanillas & Torres (2013), realizaron un estudio en Chiclayo sobre: Influencia de la violencia intrafamiliar en el rendimiento académico en adolescentes de la institución educativa Fanny Abanto Calle, 2012. La población fue de 154 adolescentes, la muestra de 41, determinándose dos grupos (casos y controles). Cuyas conclusiones fueron: Los adolescentes que están más expuestos a la violencia intrafamiliar en su expresión psicológica son los de grupo casos (73%) mientras que en el grupo controles solo el 5% está expuesto a este tipo de violencia. Pero la violencia intrafamiliar de tipo física no se presentó en ambos grupos.

Chapa & Ruiz (2012), realizaron un estudio en Tarapoto sobre: Presencia de violencia familiar y su relación con el nivel de autoestima y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la I.E. n° 0031 María Ulises Dávila Pinedo. Morales. Octubre- diciembre 2011. Se obtuvo una muestra de 135 estudiantes del 1er y 2do de secundaria. Cuyas conclusiones son: El nivel de autoestima se concluye que la mayoría de los estudiantes (64,5%) no alcanzan un óptimo nivel de autoestima. Pues

el 50,4% de estos tiene un nivel de autoestima media, y el 14,1% de los alumnos tienen autoestima baja, lo que significa que del 100% sólo el 35,6% tiene autoestima elevada. Con respecto a la violencia familiar está presente en la mayoría de los estudiantes, con un porcentaje de 63% de la población estudiada.

✓ **A nivel local**

Ticona (2000), realizó un estudio en Tacna sobre: La inteligencia emocional y autoestima, son factores protectores en la prevención de conductas de riesgo de los adolescentes que atiende el centro de atención integral del adolescente, CLAS Leoncio Prado. Se trabajó con una muestra de 114 adolescentes entre 12 a 19 años. Cuyas conclusiones fueron: Los adolescentes tienen un nivel medio de autoestima (hombres 50,88% y mujeres 31,58%) con leve tendencia hacia el nivel de autoestima alta (hombres 11,40% y mujeres 4,38%); en la muestra de estudio, la autoestima y la inteligencia emocional no constituyen factores protectores potentes para los adolescentes.

Giron (2001), realizó un estudio en Tacna sobre: Incidencia de la violencia intrafamiliar en la conducta de los alumnos del primer año del

centro educativo Manuel Flores Calvo del distrito de Pocollay, durante el año 2000. Corresponde a una investigación pura, descriptiva correlacional. La población estuvo constituida por 276 alumnos, muestra de 60 alumnos. Cuyas conclusiones fueron: El tipo de violencia familiar que predomina más en los hogares, es la violencia física y verbal. Los alumnos manifiestan conductas inadecuadas como: rebeldía y subestimación, principalmente. Ello como producto de la violencia familiar. Además la violencia familiar que sufren los alumnos afecta significativamente su conducta.

Gómez (2013), realizó un estudio en Tacna sobre: Conocimientos y actitudes frente a las conductas Sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Cesar Cohaila Tamayo, 2012. La muestra estuvo conformada por 162 adolescentes del 3ro, 4to y 5to año de nivel secundario. Cuya conclusión fue: La mayoría de los adolescentes tiene actitudes de “indiferencia” (51,2%) frente a las conductas sexuales de riesgo y un porcentaje menor tiene actitudes de “aceptación” (17,3%), situación que pone en peligro a este grupo etéreo con cierta disposición a la realización de conductas sexuales que puedan comprometer su salud y tener consecuencias futuras graves e irreversibles.

Faucheux (2014), realizó un estudio en Tacna sobre: La violencia familiar y la dinámica familiar y su relación con la personalidad de los estudiantes del primer año de secundaria de las instituciones educativas emblemáticas de Tacna, en el año 2012. La investigación fue básica y participaron 309 alumnos. Cuyas conclusiones son: Que a mayor nivel de violencia física y/o psicológica de carácter intrafamiliar, menores son los niveles de autoconcepto de los hijos e hijas, que sufren de esta violencia, tanto de modo directo como indirecto. La violencia intrafamiliar, en sus formas física y/o psicológica, están relacionadas con las siete (07) dimensiones de la dinámica familiar.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 La familia

2.2.1.1. Definición de la familia

Se define a la familia como:

Un sistema conformado por un conjunto de miembros que la constituyen y cuyos comportamientos se encuentran interrelacionados e interdependientes entre sí, manteniéndose en una interacción dinámica a través del tiempo, en cuya historia han constituido y estructurado una

serie de reglas y pautas para su relación. (De la Cruz, 2003) citado por (De la Cruz, 2008)

Se señala que:

La familia nace con el matrimonio y consta de esposo, esposa e hijos nacidos de su unión. Sus miembros, que se mantienen unidos por lazos legales, económicos y religiosos, respetan una red de prohibiciones y privilegios sexuales y se encuentran vinculados por sentimientos psicológicos como el amor, el afecto y el respeto. (Lévi, 2009)

Por otro lado, se define a la familia como:

Un grupo de personas unidas por los lazos del matrimonio, la sangre o la adopción; constituyendo una sola unidad doméstica; interactuando y comunicándose entre ellas en sus funciones sociales respectivas de marido y mujer, madre y padre, hijo e hija y hermana, creando y manteniendo una cultura común. (Lafosse, 2002)

Asimismo, se sostiene que:

De acuerdo a diferentes definiciones, los individuos se unen por razones biológicas, psicológicas y socioeconómicas. Independientemente del status jurídico de tales uniones, la familia puede ser considerada como un grupo social primario que, al menos, cumple las funciones básicas de reproducción de la especie y de transmisión de la cultura a las nuevas generaciones. (Corsi, 2006)

Finalmente, según la Constitución Política del Perú de 1993 reconoce a la familia como instituto natural y fundamental de la sociedad. (Congreso Constituyente Democrático, 1993)

2.2.1.2. Funciones de la familia

Las funciones de la familia son las siguientes:

- **Regulación del comportamiento sexual:** toda sociedad establece límites, el llamado tabú del incesto.
- **La reproducción:** puesto que las necesidades sexuales pueden satisfacerse sin la reproducción, las sociedades deben motivar a tener hijos.
- **La socialización:** la familia es el medio primario para transmitir la cultura de generación en generación.
- **Cuidado y protección:** la infancia y la niñez, requieren cuidados, se depende de otros, también en la adultez por enfermedad o incapacidad.
- **Posición social:** sociedad: red de roles y estatus. Los individuos se posicionan en ellos a partir de sus familias, los estatus adscritos. (Salinas de Bocaflores, 2010)

Asimismo, otro autor señala las siguientes funciones:

- Transmitir los valores humanos de generación en generación.
- Establecer un hogar para sus miembros.

- Constituir un entorno en el que sus miembros puedan aprender a establecer y mantener relaciones humanas, y a trabajar juntos por el bien común. Esta función incluye trabajar por la paz en el mundo.
- Encontrar maneras de compartir y transmitir el mensaje de un mundo mejor, para que todas las personas lo deseen y se esfuercen en conseguirlo. (Ardilla, 2007)

2.2.1.3. Tipos de familia

Para Gattino (1999), citado por (Chávez, 2008), los tipos de familia son los siguientes:

Familia extensa: Son aquellas familias en donde los lazos de parentesco se extienden a una serie de familiares nucleares, integrada por padre, abuelos, hijos, hijos políticos, nietos, hermanos, etcétera.

Familia compuesta: Hogares formados por el allegamiento de un varón o una mujer provenientes de una familia que ha pasado por una separación conyugal.

Familia nuclear: Corresponde al modelo tradicional de familia compuesto por los roles de padre madre e hijos (solteros).

Familia monoparental: Hogares en los que el núcleo conyugal primario está formado por un solo progenitor y sus hijos solteros y pueden tener jefatura masculina o femenina.

2.2.1.4. La familia como formadora de la identidad personal

Con respecto, a la identidad personal se mencionó que:

En la familia se forja la identidad personal y social, con la incorporación de las normas, actitudes, valores, creencias, artes, lenguaje, etc. La familia es el principal agente de socialización, es un ámbito de recuerdos felices, y también traumáticos en donde se repiten viejas actitudes de comportamiento. (Aguilar, 2001)

Asimismo: “La psicopatología y los rasgos de carácter de los adolescentes está fuertemente influenciados por la estructura familiar”. (Fernández, 1998)

2.2.1.5. El impacto de la familia en la salud del adolescente

Una buena relación intrafamiliar, es fundamental para la salud de todo adolescente:

Las relaciones que se mantienen con los padres a lo largo de la infancia se mantienen durante la adolescencia, influyendo, en mayor o menor medida, sobre las relaciones entre padres y adolescentes. Y es de esperar que la larga trayectoria de las relaciones entre padres e hijos influya, por lo menos en cierto grado, sobre las relaciones que los adolescentes establecen con sus compañeros, amigos, y parejas. (Santrock, 2003)

Por otro lado, señalan que: “La familia se integra por personas que deben proporcionar guía y protección; forman parte indispensable del apoyo que recibe el joven para mantenerse seguro y además le ayudaran para que no se involucre en situaciones de riesgo sexual”. (Benavides, Catillo, & López, 2013).

Además Benavides, y col., indican que los familiares inculcan valores para aumentar la protección del joven y pueden influir en su comportamiento. Los valores familiares son:

| | |
|--------------|------------|
| Amor | Diversión |
| Salud | Apoyo |
| Comprensión | Educación |
| Afecto | Respeto |
| Paciencia | Confianza |
| Comunicación | Protección |

También se dice que: “El ambiente familiar dotado de afecto, propicia seguridad y confianza básica”. (Camejo, 2006)

Asimismo, la familia ejerce una influencia decisiva en las conductas sexuales presentadas por los adolescentes:

La familia ejerce un rol fundamental en el desarrollo de la salud de las y los adolescentes, lo cual se demuestra en los resultados de la Encuesta Nacional realizada por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas durante el 2006, concluyendo que a mayor nivel de involucramiento de los padres existe una menor tendencia de consumo de alcohol y drogas, así como de otras conductas de riesgo, mientras que el no involucramiento de los padres tiende a favorecerlas. (Ministerio de salud, 2010)

Por último, indican que:

Como primer agente de socialización, la familia es importante para la prevención de conductas problemáticas. De forma progresiva, a lo largo del desarrollo, se va pasando de una situación de dependencia e influencia casi absoluta de la familia hacia estadios de menor dependencia e incremento de influencia de otros agentes sociales como la escuela, los amigos y los medios de comunicación. Pero a pesar de ello, la investigación indica que en la etapa adolescente, la influencia de los padres y madres todavía es grande, perdurando de manera importante en los valores, actitudes y creencias de sus hijos, habiendo autores que han llegado a decir que los amigos suelen tener más influencia en áreas relacionadas con la forma de vestir, la forma de hablar y las actividades a realizar, mientras que los padres tienden a tener mayor influencia en la toma de decisiones más relevantes para el futuro. (Gómez & Villar, 2001)

2.2.2. Violencia

2.2.2.1. Definición de violencia

La OMS define la violencia como:

El uso deliberado de la fuerza física o del poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de Salud, 2002)

Así pues, también se señala que: “La agresividad sería una disposición innata, un impulso inherente al ser humano, mientras que la violencia se caracterizaría por la emisión de comportamientos violentos aprendidos”. (Roperti, 2006)

Por otra parte, se considera que:

Esta conceptualización de la agresividad como innata en el ser humano no debe llevar a la confusión de considerar que para éste es inevitable comportarse de manera agresiva. Considera, además, que el ser humano es agresivo por naturaleza, pero pacífico o violento según la cultura, por lo que sería ésta última la que favorecería la transformación de la agresividad en violencia. (Sanmartin, 2000)

Finalmente se define:

Es un acto social y, en la mayoría de los casos, un comportamiento aprendido en un contexto permeado por inequidades sociales basadas en el género, la edad, raza, con imágenes de violencia y fuerza física como la manera prevaleciente de resolver conflictos. (García, 2008)

2.2.2.2. Definición de violencia intrafamiliar

Se define a la violencia intrafamiliar como: “Todas las formas de abuso que ocurren en las relaciones entre los miembros de una familia. Esto incluye toda conducta que por acción y omisión dañe física y psicológicamente a otro miembro de la familia”. (Corsi, 2006)

La violencia en el interior de la familia, se considera que: “Es el maltrato, el abuso y/o trato negligente a los integrantes de una familia que existe en toda la aldea global, con algunas variaciones entre los países, grupos étnicos, nivel social, estatus económico y de género”. (Gálvez, 2009)

Por otro lado define una familia violenta como:

Un sistema familiar mecánico, degenerativo, no biológico, que ha estructurado a través del tiempo, a lo largo de su convivir, una serie de pautas y reglas basados en la violencia y en el maltrato como modo de

relación, integrando a su sistema ideológico estructuras de dominación, de abuso de poder y de negación de lo humano como formas validas de relación. (De la Cruz, 2008)

Desde otra perspectiva, la violencia intrafamiliar es:

Cualquier acción u omisión que resulte en un daño a la integridad física, sexual, emocional, social, patrimonial de un ser humano, donde medie un vínculo familiar o íntimo entre la víctima y su agresor(a). Puede manifestarse en forma de abuso directo, por descuido o como cualquier conducta que tenga por propósito la amenaza, la degradación, la privación arbitraria de libertad, el control del comportamiento o coacción. Guido (1996), citado por (Olivera, Bene, Falcón, & Col, 2010)

Asimismo se define que: “La violencia familiar se conoce también como violencia doméstica o intrafamiliar y comprende varias formas con las que una persona dentro de una relación familiar le causa daño a otra”. (Frías & Gaxiola, 2008)

La Organización Panamericana de la Salud la ha definido como:

Toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo del otro/a miembro de la familia. (Valdebenito & Larraín, 2007)

Finalmente, de acuerdo a la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar, se entiende por violencia familiar:

Cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive la amenaza o coacción graves y/o reiteradas, así como la violencia sexual, que se produzcan entre: a. Cónyuges. b. Ex cónyuges. c. Convivientes d. Ascendientes. e. Descendientes. f. Parientes colaterales hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad. g. Quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales. h. Quienes hayan procreado hijos en común, independientemente que convivan o no, al momento de producirse la violencia. (Congreso de la República del Perú, 2000)

2.2.2.3. Tipos de violencia

(Olivera *et al.*,2010) Existen varias maneras de clasificar la violencia. A continuación se presenta una de las formas posibles de ordenar esta problemática:

- Abandono físico y/o emocional
- Maltrato físico
- Maltrato emocional
- Abuso sexual
- Síndrome de Munchausen
- Violencia conyugal

Abandono físico y/o emocional

Se configura un cuadro de abandono físico y/o emocional cuando las personas adultas encargadas de cuidar y proteger a los niños y/o a los ancianos y/o a otros adultos miembros de la familia no hacen nada para evitar el sufrimiento del otro, o no hacen lo necesario y suficiente aun pudiendo proporcionarles el mínimo bienestar que el sujeto necesita. Se trata de un maltrato pasivo, por omisión.

Maltrato físico

Según la (Organización Panamericana de la Salud, 2004) violencia física:

"(...) ocurre cuando una persona le inflige daño no accidental a otra, usando la fuerza física o algún tipo de arma que puede provocar o no lesiones, ya sean éstas internas, externas o ambas. El castigo repetido no severo también se considera violencia física"

Maltrato emocional

El maltrato emocional puede manifestarse de diferentes modos: violencia verbal, miradas, gestos, gritos, insultos, humillaciones, burlas, coerción, descalificaciones, críticas, desprecios, abandono, aislamiento emocional, incomunicación, etc. Pueden ser víctimas de este tipo de

maltrato en el marco familiar niños, adolescentes, otros adultos y ancianos.

Según la (OPS, 2004) se entiende por violencia psicológica hacia la mujer:

"(...) toda conducta que ocasione daño emocional, disminuya la autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer u otro integrante de la familia, como por ejemplo: conductas ejercidas en deshonra, descrédito o menosprecio al valor personal o dignidad, tratos humillantes y vejatorios, vigilancia constante, aislamiento, constantes insultos, el chantaje, degradación, ridiculizar, manipular, explotar, amenazar el alejamiento de los(as) hijos(as) o la privación de medios económicos indispensables, entre otras. En algunas legislaciones, también incluye la libertad de tránsito de la víctima, así como entrar y salir del hogar (...)"

Abuso sexual

Según la (OPS, 2004) se entiende como violencia sexual:

"(...) todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, las relaciones sexuales no deseadas, las insinuaciones sexuales no deseadas, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coerción de otra, independientemente de la relación de ésta con la víctima. Todo lo anterior, en cualquier ámbito, incluido el hogar, el lugar de trabajo, la violación por desconocidos, durante conflictos armados, acoso sexual, de personas con una discapacidad, de menores de edad, matrimonio

forzado, negación a anticoncepción y protección, aborto forzado y prostitución forzada, entre otras (...)"

Síndrome de Munchausen

Se trata de una forma de violencia con características muy especiales, ya que es la propia madre del niño la que infringe lesiones repetidas o provoca enfermedades inyectándole tóxicos u obligándolo a tomar sustancias que le provocan diarreas, deshidratación u otras causas de internación. El objetivo de la madre es la internación del niño.

Violencia conyugal

La violencia conyugal, es una problemática tan extendida como oculta. Existen muchas razones por las cuales tanto la víctima como el victimario/a intentan disimular y ocultar la situación de maltrato. Es por eso, que sólo cuando la violencia provoca graves daños físicos o psíquicos, el fenómeno se vuelve visible para los demás.

Según (Corsi, 2006) algunas de las características que a menudo acompañan la violencia en las relaciones de pareja son:

- La gran mayoría de los autores de la violencia son hombres. Las mujeres corren el mayor riesgo con hombres que ya conocen.

- La violencia física casi siempre va acompañada de maltrato psicológico y, en muchos casos, de abuso sexual.
- La violencia conyugal traspasa los límites de la clase socioeconómica, la religión y el origen étnico.
- Los hombres/mujeres que golpean a sus parejas exhiben un marcado comportamiento de control sobre ellas.

2.2.2.4. Etapas de violencia

La intensidad de la violencia sigue habitualmente estas etapas:

- La primera etapa de la violencia es sutil, toma la forma de agresión psicológica.

Consiste en atentados contra la autoestima de la mujer. El agresor la ridiculiza, ignora su presencia, no presta atención a lo que ella dice, se ríe de sus opiniones o de sus iniciativas, la compara con otras personas, la corrige en público. Estas conductas ejercen un efecto devastador sobre la víctima, provocando un progresivo debilitamiento de sus defensas psicológicas. Comienza a tener miedo de hablar o de hacer algo por temor a las críticas. (Olivera *et al.*, 2010)

- En una segunda etapa, aparece la violencia verbal, que refuerza la agresión psicológica.

El agresor insulta y denigra a la víctima. La ofende criticándole su cuerpo, le pone sobrenombres descalificantes, etc., comienza a amenazarla con agresión física. De este modo, va creando un clima de miedo constante. En muchos casos, la mujer llega a tal estado de debilitamiento, desequilibrio emocional y depresión que la lleva a realizar una consulta psiquiátrica. (Olivera *et al.*, 2010)

- En la tercera etapa, comienza la violencia física.

A veces disfrazada o fingida como forma de juego, el agresor toma a la víctima del brazo, la lástima, la golpea, le tira de los cabellos, la zamarrea. En algún momento, le da una cachetada con la mano abierta, después siguen las trompadas y las patadas. (Olivera *et al.*, 2010)

2.2.2.5. Ciclo de la violencia

Con respecto al carácter cíclico, la dinámica de la violencia conyugal descrita por Walker (1979) citado por (Olivera *et al.*, 2010) se puede sintetizar en el llamado ciclo de que se plantea en tres fases:

- *Primera fase:* denominada *fase de la acumulación de tensión*, en la cual se produce una sucesión de pequeños episodios que lleva a roces permanentes entre los miembros de la pareja, con un incremento constante de la ansiedad y la hostilidad.

- *Segunda fase:* denominada *episodio agudo*, en la cual la tensión que se había acumulado da lugar a una explosión de violencia, que puede variar en gravedad, desde un empujón hasta el homicidio.
- *Tercera fase:* denominada *luna de miel*, en la que se produce el arrepentimiento, a veces instantáneo, por parte del hombre, sobreviniendo un pedido de disculpas y la promesa de que nunca más volverá a ocurrir. Al tiempo, vuelven a recomenzar los episodios de acumulación de tensión, y a cumplirse el ciclo.

2.2.2.6. Factores de riesgo de violencia intrafamiliar

Las situaciones que aumentan la probabilidad de sufrir violencia intrafamiliar según los autores son varios:

Los factores de riesgo que pueden identificarse no son causa de la violencia intrafamiliar ni predictivos de la aparición de la misma, pero su presencia puede contribuir a ella. Los riesgos pueden ser socioculturales e interpersonales, la pobreza, la existencia de adicciones (al alcohol o a las drogas), los antecedentes de abuso, el haber presenciado o sufrido violencia intrafamiliar contribuyen a la incidencia y a la severidad de la misma. (Olivera *et al.*, 2010)

También señala que entre los factores de riesgo para la problemática de la violencia intrafamiliar asociados a la familia se encuentran:

- Estructura familiar autoritaria y verticalista
- Aprendizaje de roles de género estereotipados
- Modelos de resolución violenta de conflictos en la familia de origen

- Ausencia de modelos sociales que actúen como alternativos a las resoluciones violentas
- Pautas culturales legitimadoras de la violencia
- Respuestas institucionales y comunitarias inadecuadas para los casos identificados. (Olivera *et al.*, 2010)

Por otro lado, según (Ardilla S, 2007) los factores de riesgo relacionados con el maltrato son:

✓ Inherentes al niño:

- Los niños no deseados.
- Niños prematuros y con bajo peso al nacer.
- Hospitalización prolongada.
- Niños con enfermedad crónica.
- Edad menor de cinco años.
- Bajo rendimiento escolar.

✓ Inherentes a la familia

- Padres o cuidadores de niños con antecedentes de privación psicoafectiva y maltrato infantil.
- Crisis familiar por necesidades básicas insatisfechas.
- Tolerancia familiar frente al castigo físico.
- Disfunción en la pareja.
- Negligencia.
- Trastornos de personalidad o enfermedad mental. de los padres o cuidadores.
- Padres adolescentes sin preparación.
- Bajos nivel de comunicación.

- Bajo control de impulsos.

- ✓ Factores sociales
 - Desempleo.
 - Desplazamiento forzado.
 - Inestabilidad política y económica.
 - Tolerancia social al maltrato.
 - Bajo nivel educativo de los padres hacinamiento.

2.2.2.7. Consecuencias de la violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es un problema que afecta a todos los miembros del grupo familiar, ya que niños (as) y adolescentes que han sido víctimas o testigos de violencia intrafamiliar, presentan problemas con respecto a la conducta, trastornos de aprendizaje, bajo rendimiento escolar, etc., por lo tanto estos efectos perjudican al conjunto de la sociedad.

Además consideran que:

La violencia intrafamiliar tiene múltiples consecuencias para la salud física, psicológica y social de las personas. Además, existe un problema derivado al cual no se le presta suficiente atención: la gravedad del problema de la violencia en los contextos privados se ve acentuada por el elemento reproductor de violencia que contiene. Es decir, es alta la probabilidad de que los menores maltratados o testigos de violencia hacia

sus madres, sean a su vez adultos maltratadores en el hogar y/o violentos en el medio social, ya que es el comportamiento que han interiorizado como natural en su proceso de socialización primaria. (Olivera *et al.*, 2010)

También señalan que: “La violencia familiar produce problemas de ajuste conductual, social y emocional, que se traducen en conducta antisocial en general, depresión y ansiedad y problemas en la escuela”. (Frías & Gaxiola, 2008)

Sin embargo, las consecuencias que señalan por otro autor son:

La violencia intrafamiliar tiene una repercusión considerable en la persona, la familia, la comunidad y la sociedad en general. En una escala individual, la violencia que ocurre más temprano en la vida, en particular el abuso sexual en la niñez, puede afectar a esa persona y a su familia durante el resto de su vida. La VIF puede generar consecuencias negativas en muchas esferas de la vida, como desempeño educativo y económico deficiente, prácticas sexuales arriesgadas, merma en la capacidad de establecer lazos afectivos en el ejercicio de la paternidad/maternidad, adopción de comportamientos de riesgo para la salud (como el consumo perjudicial de alcohol y drogas ilícitas) y la comisión de actos de violencia de pareja y violencia sexual. (Servicio nacional de la mujer-Chile, 2012)

Según la Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género define que: “La VBG es uno de un problema de salud pública que atenta contra los derechos humanos por las consecuencias negativas en el desarrollo integral de las personas”. (Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud, 2007)

Además, la presente guía constituye un instrumento clave para el quehacer de los actores de salud en la promoción de una cultura de paz y la prevención, atención, tratamiento de las personas afectadas por la violencia basada en género, permitiendo atender adecuadamente esa problemática y realizar acciones que contribuyan a disminuir su impacto en nuestra población.

2.2.3. La autoestima

2.2.3.1. Definición

Existen diferentes autores que nos definen la autoestima:

“La autoestima corresponde a la valoración positiva o negativa que uno hace de sí mismo”. (Branden, 1998)

Esto nos indica la forma que la persona se ve a sí misma, lo que piensa de ella, cómo reacciona ante sí.

“La autoestima es la suma de varios aspectos sobre competencia y valía, traducido en la confianza, seguridad y respecto a uno mismo”.
(Vargas, 2002)

De acuerdo con esta definición la autoestima es una suma de competencias, respecto de uno mismo.

Otra definición de autoestima habitual como una: “Actitud hacia uno mismo, la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo. Es la descripción permanente según la cual nos enfrentamos como nosotros mismos”. (Alcántara, 2003)

Es decir que mostramos y nos aceptamos como somos, con cualidades y debilidades y así apreciamos el verdadero yo.

Asimismo, se señala que la autoestima es:

Una imagen favorable de sí mismo puede ser la clave del éxito y de la felicidad durante la vida, ya que permite a la persona reconocer sus logros y fracasos, confiar en sus propias capacidades, aceptar y tolerar la crítica,

tomar riesgos, hacer frente a los obstáculos y solucionar los problemas de manera efectiva. (Furth, 2004)

Por otro lado, definen que: “La autoestima es el sentido general de valía y bienestar de una persona. Imagen personal, concepto personal y auto percepción son términos muy relacionados a la forma en que las personas se ven y evalúan”. (Jensen, 2008)

2.2.3.2. Formación de la autoestima

La familia como primer agente de socialización, cumple un rol importante en la formación de la autoestima; sostienen que:

Los niños en edad escolar gustan de los contactos sociales y les satisfacen, pero para que un niño acepte y se sienta satisfecho con los vínculos sociales afectivos con el mundo que le rodea, tendrá que sentirse aceptado y querido por los demás y en especial por el núcleo familiar. Asimismo, cuando un niño aprende a comprenderse a sí mismo, a aceptarse, puede lograr adaptarse de modo satisfactorio a los demás. (Feldman, 2000)

Por otro lado, se indica:

Que el proceso comienza desde el nacimiento, cuando el pequeño empieza a tomar conciencia de su propio cuerpo como algo diferente del entorno que lo rodea. Empieza a percibir las sensaciones físicas

provenientes del interior de su cuerpo y a percibir la frustración, necesidades no satisfechas. A medida que el niño va creciendo el lenguaje juega un rol muy importante en el establecimiento de la identidad. Poco a poco aprende a reconocer que con un sonido se relaciona consigo mismo: al escuchar constantemente su nombre, el niño empieza a reconocerse como diferente de los demás. (Ramírez, 2005)

2.2.3.3. Componentes de la autoestima

Según (Alcántara, 2003), encontramos en la autoestima tres componentes: Cognitivo, afectivo y conativo. Los tres operan íntimamente relacionados, de manera que una modificación en uno de ellos comparta una relación con los otros.

- **Componente Cognitivo:** Indica idea, opinión, creencias, percepción y procesamiento de la información. Nos referimos que autoconcepto definido como opinión que se tiene de la propia personalidad y sobre su conducta.
- **Componente Afectivo:** Es un sentimiento de lo favorable o desfavorable, de lo agradable que vemos en nosotros, es sentirse a gusto o disgusto consigo mismo, es admiración ante la propia valía.
- **Componente Conativo:** Significa tensión, intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente.

2.2.3.4. Importancia del nivel de autoestima

Se considera también que:

La imagen que un individuo tiene de sí mismo puede oscilar entre la autoestima consolidada o positiva y la baja autoestima. El primer caso implica el reconocimiento de las capacidades y aptitudes que se poseen y que efectivamente se ponen en práctica. Por el contrario, el segundo se sustenta en la opinión de que las dificultades que experimenta un individuo se deben a su desfavorable modo de ser. Cuando una persona tiene autoestima positiva es capaz de asumir responsabilidades porque experimenta una sensación de orgullo hacia los logros alcanzados y se predispone con vehemencia a perseguir nuevos objetivos. En este sentido, tiende a desestimar opiniones y actitudes negativas que procuran minimizar el valor de su desempeño, puesto que respeta su propia forma de ser. (Dellaere, 2007)

La autoestima dependiendo del nivel, influye en las personas tanto positiva como negativamente, como se señala:

Con base en diversos estudios y observaciones, que el nivel de la autoestima es responsable de muchos de los éxitos o fracasos en la vida de las personas, ya que una elevada autoestima, está vinculada a un concepto positivo de sí mismo, esto consecuentemente potencializa las capacidades o habilidades del individuo para la realización de tareas de una manera eficaz, que a su vez retroalimenta el nivel de la autoestima; mientras que la autoestima baja lo que potencializa son las inseguridades,

arrojando resultados negativos como la derrota y el fracaso. (Coleman & Hendry, 2003)

Por otro lado, refieren que:

Una autoestima negativa hace que la persona que la sufre se perciba incapaz de enfrentarse a la vida y al futuro, tiene sentimientos negativos, de rechazo, de soledad y de falta de afecto. Por ello, es importante transmitir sentimientos de cariño, seguridad y afecto, para que se tengan sentimientos positivos.

Una autoestima positiva es fundamental para el bienestar personal, para tener confianza en sí mismo; se relaciona con un alto control interno (capacidad de razonar, de reflexionar) de las acciones y del pensamiento. (Benavides *et al.*, 2013)

Según (López, 2003), una adecuada autoestima permite:

- Tener confianza y claridad en las habilidades propias.
- Sentir que se es merecedor de éxitos.
- Saberse capaz de enfrentar los diferentes retos de la vida.
- Fijar metas alcanzables para las cuales se está capacitado
- Ser capaz de mantener un adecuado autocontrol de las propias emociones.
- Mantener una seguridad que permita ser flexible en la consecución de los objetivos propios.
- Tener claridad en los valores que se manejan en el propio comportamiento.
- Mantener una posición que evita ser arrastrado por la presión de grupo.
- Ser capaz de construir relaciones interpersonales beneficiosas.

- Reconocer y disfrutar con los logros de los demás.
- Fortalecer y disfrutar las propias ganancias y beneficios.

Asimismo refiere que:

Las personas que tienen su autoestima deteriorada se ven expuestas a experimentar ansiedad, depresión e incapacidad de sacar adelante los más mínimos logros, convirtiéndose esto en un círculo vicioso interminable, las experiencias negativas tienen una influencia muy fuerte y marcan notoriamente la experiencia vital de cada persona, una mala imagen de sí mismo estimula un comportamiento inadecuado, lo que a su vez refuerza la deteriorada imagen que se tiene de sí. El sentimiento de inconformidad genera fácilmente comportamientos agresivos, de ansiedad y en general problemas de conducta, la imagen que se tiene de sí mismo termina por condicionar el éxito o fracaso de la persona en cuestión, además de manipular el comportamiento involuntario del individuo. (López, 2003)

2.2.3.5. Factores que influyen en la autoestima

Al respecto, se señala que:

En sus investigaciones con adolescentes, encontró que el nivel o estado de la autoestima se relaciona con los sentimientos de depresión y ansiedad propios de la edad, con la autoimagen, y con el contexto familiar y social, entre otros. La constitución de la autoestima por así, decirlo, está relacionada con elementos internos y elementos externos. (Coleman & Hendry, 2003)

También, se sostiene que:

El niño que llega al mundo no tiene pasado, no sabe cómo conducirse, no cuenta con una escala para juzgar su valor. El bebé depende por completo de las experiencias de otras personas, así como de sus mensajes sobre el valor que tiene como individuo. Durante los primeros cinco o seis años, la autoestima del niño quedara conformada casi exclusivamente por su familia. Después que inicie sus estudios escolares, recibirá otras influencias; empero, la familia conserva su importancia. Las fuerzas externas tienden a reforzar los sentimientos de valía o inutilidad que el niño aprendió en el hogar. (Satir, 2002)

En conclusión, se mencionó que:

La autoestima es parte de un proceso que se construye desde el nacimiento y que se puede desarrollar a lo largo de la vida a través de las innumerables experiencias. Tener elevada autoestima no nos hace inmunes, es un proceso que puede estar sujeto a variaciones y altibajos que si son detectados a tiempo pueden manejarse. (López, 2003)

2.2.4. Actitud hacia las conductas sexuales de riesgo

2.2.4.1. Aspectos generales de la actitud

2.2.4.1.1. Definición de actitud:

Se señala que:

Las actitudes son hábitos internos en su mayor parte inconscientes, e indican las tendencias reales que la conducta manifiesta mejor que las expresiones verbalizadas que llamamos opiniones. Entonces, si se trata de predecir el comportamiento de un individuo, es más importante conocer sus actitudes que conocer sus imágenes mentales, sus ideas o sus opiniones. (Instituto de ciencias y humanidades, 2005)

Por otra parte, las actitudes:

Son predisposiciones de un sujeto para aceptar o rechazar un determinado objeto, fenómeno, situación, u otro sujeto; y que puede ayudar a predecir la conducta que el sujeto tendrá frente al objeto actitudinal. Las actitudes son susceptibles de ser modificadas por ser relativamente estables. (Smith & Mackie, 1997)

2.2.4.1.2. Componente de las actitudes:

En función de lo que se ha dicho, puede notarse que toda actitud, posee tres componentes: el componente cognitivo, el afectivo y el conativo o conductual, los cuales definimos seguidamente:

- a. **Componente cognitivo.** Implica que los conocimientos que una persona posee de un objeto, o hecho social, pueden ser suficientes para sustentar una actitud firme respecto del mismo. Para que exista una actitud de relación con objeto determinado es necesario que exista también alguna representación cognoscitiva de dicho objeto (Rodríguez, 1993).

b. **Componente afectivo.** Es la referida a los sentimientos y emociones del individuo frente al objeto. Suele ser considerado el aspecto fundamental, ya que numerosas actitudes se orientan en sentido afirmativo o negativo afectivo respecto de sus objetos. Por esto mismo, las actitudes son difíciles de modificar si es que sólo se emplean métodos racionales basados en el conocimiento objetivo de las cosas, ajenos de una carga emocional; por ello, un vínculo afectivo con el alumno (entendido dentro de los parámetros normales de la relación profesor/alumno) podría jugar en mucho en el proceso de modificación de una actitud negativa o perniciosas en el mismo (Rodríguez, 1993).

c. **Componente conativo.** Es la predisposición a la acción del individuo. Es una tendencia inconsciente a comportarse de una forma determinada, lo que le diferencia de la intención, que es un acto consciente, voluntario. Es aquel relacionado con el comportamiento guiado por la actitud. En tal sentido, el componente conativo puede ser muy importante en actitudes de negatividad o marginalidad social, tanto como generadoras potenciales de actitudes violentas; por ello, frenar el plano conativo de la actitud, estimulando el plano emocional, suele ser la técnica más usada para el tratamiento escolar en el caso de conductas sexuales perniciosas, en pro de conseguir así una modificación favorable. Modificado el plano emocional se tiene mejor acceso a los planos cognitivo y conativo (Rodríguez, 1993).

2.2.4.1.3. Formación de las actitudes:

Las actitudes se forman por influencia de los amigos (as), docentes y de la propia familia, como se señala:

El periodo crítico en la formación de actitudes tiene lugar entre los 12 y 30 años de edad, durante este periodo las influencias son los compañeros, información, la educación, los incidentes críticos y las decisiones hacia el final de este periodo las actitudes llega a ser estable. En general las actitudes se forman de igual manera como las creencias, ya sea formal e informal o a través de la imitación de modelos. (Instituto de ciencias y humanidades, 2005)

Por otro lado, se sostiene que: “Nuestras actitudes y valores están determinados por las expectativas de nuestras familias y la sociedad en que estamos insertos”. (Zubarew, Romero, & Poblete, 2003)

2.2.4.2. Conducta sexual en la adolescencia

No se refiere solamente a la relación sexual coital. Más bien, es una gama completa de comportamientos en sexualidad, compuesta por besos, caricias, masturbación e información acerca de la sexualidad.

Se menciona que:

La actividad o conducta sexual ya se manifiesta desde mucho antes de la adolescencia, a través de la curiosidad sexual del niño, y cuando llega a la pubertad ésta se incrementa notablemente, tanto hacia lo anatómico, como hacia el sentido mismo de lo que es sexual. (Freyre, 1994)

Entre las conductas sexuales que se presentan en la etapa de la adolescencia tenemos:

- Deseo sexual intenso.
- Masturbación.
- Fantasía sexual intensa.
- Aprendizaje de prácticas sexuales e incorporación de la práctica copulativa.
- Interés por conocer como producir la respuesta sexual del otro.
- Incrementa la búsqueda de material gráfico y lectura erótica. (IEMP – Maternidad de Lima, 2006)

2.2.4.3. Conducta sexual de riesgo del adolescente

Sostienen que: “Una de las características habituales de la adolescencia es la búsqueda de experiencias nuevas y la exposición al riesgo”. (Zubarew *et al.*, 2003)

Asimismo, refieren que: “Dos motivos de preocupación importantes sobre la actividad sexual son los riesgos de contraer enfermedades de

transmisión sexual y de embarazarse”. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2005)

Además indica que quienes están en mayor peligro son los jóvenes que inician sus actividades sexuales a edad temprana; quienes tienen varias parejas; quienes no emplean anticonceptivos, y quienes poseen información inadecuada o están mal informados sobre la sexualidad.

Por otra parte, se refiere que:

En los últimos años los adolescentes viene iniciando su actividad sexual, coital o no, a edades cada vez menores, y que la mayoría de ellos lo hacen antes de haber logrado una madurez suficiente; lo cual les acarrea una gran cantidad de problemas y complicaciones, tales como: embarazos no deseados y fuera del matrimonio, abortos clandestinos, enfermedades de transmisión sexual, repercusiones psicológicas y sociales serias, entre otras. (Freyre, 1994)

Los comportamientos de alto riesgo que experimenta los adolescentes en su vida diaria incluyen:

- Tener múltiples parejas sexuales.
- Tener una historia pasada de cualquier enfermedad de transmisión sexual o ITS.

- Tener una pareja con una historia pasada de cualquier enfermedad de transmisión sexual ITS.
- Tener una pareja con una historia desconocida.
- Usar drogas o alcohol en situaciones donde puede haber intercambio sexual.
- Tener una pareja que se droga de forma intravenosa.
- Tener relaciones homo- u heterosexuales "promiscuas".
- Sexo anal.
- Tener una relación sexual sin protección (sexo sin el uso de preservativos) con una pareja desconocida.

2.2.4.4. Determinantes de la conducta sexual

Los determinantes de la conducta sexual obedecen a varios factores; se sustenta que:

El incremento de la actividad sexual del adolescente ocurrida en los últimos años depende de una serie de factores, tales como: a) la influencia estimulante de los medios de comunicación; b) la reducción de la calidad en la relación afectiva de la familia, que induce al joven a buscar apoyo en el grupo de amigos; c) la influencia liberada y mal informada del grupo de amigos; d) la incapacidad de los adultos, en general, de impartir normas de conducta claras y bien definidas; e) la creciente movilización de los jóvenes. (Freyre, 1994)

Además, Freyre Román, refiere que: “En muchos casos, la conducta sexual del adolescente no sólo depende del impulso o deseo, sino que puede ser una expresión de rebeldía o de resentimiento contra sus padres, o de protesta contra circunstancias adversas de su vida”.

Por otro lado refieren que:

La relación entre disfunción familiar y escasa comunicación familiar y embarazo precoz en adolescentes ha sido ampliamente demostrada. Además, se ha demostrado que la calidad de interacción del adolescente con la familia es uno de los factores protectores más importantes para el inicio de la actividad sexual precoz como para otras conductas de riesgo. (Zubarew *et al.*,2003)

También indica que: “Bajas expectativas académicas, baja autoestima, ausencia de religiosidad, nivel socioeconómico bajo y raza negra son factores que se relacionan con mayor frecuencia de inicio de actividad sexual precoz”. (Zubarew *et al.*,2003)

Sin embargo, se menciona que:

El afán de ser adultos y el deseo de experimentar la capacidad reproductiva, conduce al adolescente a incursionar con descuido en el mundo de la nueva sexualidad, trayendo consecuencias negativas como: el embarazo en la adolescencia, el aborto y las enfermedades de

transmisión sexual, que suscitan mayores preocupaciones. (Camejo, 2006)

Finalmente indican que: “Los amigos también influyen a través de la información que intercambian y las actitudes que adoptan. Esta influencia puede resultar positiva o negativa. Los adultos próximos pueden igualmente influir en los adolescentes de manera positiva o negativa”. (Moreno, 2007)

2.2.4.5. Normatividad del MINSA en orientación/consejería

Según el manual de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva: “Durante la consejería se debe considerar aspectos relacionados a su desarrollo psíquico y social, así como a sus relaciones interpersonales, necesidad de atención, búsqueda de aventuras y el proceso de enamoramiento en esta etapa de desarrollo”. (Ministerio de salud, 2006)

Además, para poder brindar una atención con estas características y asegurar la integración de intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, el MINSA atendiendo a los temas de mayor

demanda adolescente, presenta diez fichas que abordan los protocolos para los siguientes motivos de consulta:

- Enamoramiento y relación de pareja.
- Inicio sexual.
- Anticoncepción.
- Embarazo en la adolescencia.
- ITS-VIH/SIDA.
- Violencia familiar.
- Abuso sexual.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Depresión e intento de suicidio.
- Orientación preventiva (Ministerio de salud, 2005).

Según el Documento técnico de orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención, señala que:

El perfil epidemiológico de la población adolescente ha cambiado durante los últimos años y hoy en día somos testigos de excepción de la problemática que el grupo adolescente enfrenta: la posibilidad de infectarse de VIH/SIDA, tener un embarazo no deseado, el someterse a un aborto en condiciones inseguras, la violencia callejera y la violencia doméstica, así como problemas de adicción a drogas, alcohol y tabaco, entre otros problemas, muchos de los cuales tienen raíces comunes

multifactoriales y requieren atención de diversa índole en particular de salud. (Ministerio de salud, 2006)

2.2.5. Generalidades de la adolescencia

2.2.5.1. Definición:

Se define a la adolescencia como:

El fenómeno de la adolescencia es complejo, y por esto, los numerosos autores que se han abocado a su estudio lo han definido e interpretado desde muy distintos puntos de vista teóricos. Es por ello que es incorrecto pensar que la adolescencia es una condición estática y sin cambios, similar para todo el que la vivencia. El impacto de la adolescencia, varían de una persona a otra, de una familia a otra, de un país a otro, y de una generación a otra. Los adolescentes son un producto de su época y su cultura, así como de su pasado, presente psicológico y su ambiente físico. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2001)

La Organización Mundial de la Salud considera que: “Es el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva y transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez”. (Ministerio de salud, 2010)

En una declaración conjunta, realizada en 1998 por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP), se declaró que el término “adolescencia” se refiere a la población cuyas edades comprenden entre los 10 a 19 años, criterios tomados en cuenta por el Ministerio de Salud con la finalidad de unificar estándares internacionales y además realizar evaluaciones objetivamente verificables.

No obstante, actualmente el Ministerio de Salud ha modificado dicho rango de edades para estar acorde con la normatividad nacional.

Actualmente la etapa de vida adolescente es la población comprendida desde los 12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días, bajo Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, del 14 de agosto del 2009.

Con respecto a la presente investigación se consideró el criterio que toma el MINSA, donde los adolescentes encuestados comprendieron entre las edades de 12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días.

2.2.5.2. Procesos de la adolescencia:

Según (Santrock, 2003), estos procesos son:

- Los procesos biológicos implican cambios físicos en el cuerpo de un individuo.
- Los procesos cognitivos implican cambios en el pensamiento y la inteligencia de un individuo.
- Los procesos socioeconómicos implican cambios en las relaciones de un individuo con otras personas, las emociones, personalidad y el papel que desempeñan los contextos sociales en el desarrollo.

Los cambios que se producen en el desarrollo son el resultado de procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales. Estos procesos están entrelazados, entre sí conforme el adolescente se va desarrollando.

2.2.5.3. Etapas de desarrollo en la adolescencia:

(Zubarew *et al.*,2003), señala tres fases o subetapas de desarrollo psicosocial:

- Adolescencia temprana o pubertad: entre los 10 y 13 años
- Adolescencia media: entre los 14 y 16 años
- Adolescencia tardía: entre los 17 y 19 años

Se describe la evolución de la orientación y conducta sexual durante las 3 etapas del desarrollo psicosocial del adolescente, resaltando los hechos más importantes:

1. En la **adolescencia temprana**: a) se inicia la maduración sexual y los cambios corporales; b) gran interés y preocupación por el propio cuerpo y el de los coetáneos; c) el fantaseo sexual es frecuente e intenso; d) la masturbación se inicia o se incrementa; e) suele haber sentimiento de culpa por los fantaseos y la masturbación; f) la actividad sexual suele ejercitarse sin contactos físicos o con contactos superficiales. (Freyre, 1994)
2. En la **adolescencia intermedia**: a) desarrollo físico completo o por completarse, con capacidad reproductiva; b) gran energía sexual, muy física, exploratoria, impersonal, impulsiva; c) contactos sexuales más frecuentes y más íntimos, pudiendo llegar al coital; d) poca capacidad de reciprocidad en las relaciones amorosas; e) poca o nula responsabilidad y conciencia respecto a las consecuencias de la actividad sexual. (Freyre, 1994)
3. En la **adolescencia avanzada**: a) maduración física completa con plena capacidad reproductiva, b) madurez social y legal; c) sexualidad menos impulsiva, más personal, más específica; d) sexualidad más ligada a lo psicoafectivo; e) capacidad de reciprocidad y para establecer relaciones amorosas íntimas y duraderas; f) mayor responsabilidad y conciencia sobre las consecuencias de la actividad sexual. (Freyre, 1994)

2.2.5.4. Factores que influyen en la adolescencia:

(Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud, 2005), presenta un listado de los factores de riesgo a ser tomados en cuenta:

| TIPO | FACTORES DE RIEGO |
|-------------------|---|
| PERSONALES | <ul style="list-style-type: none">- Poco desarrollo de asertividad, autonomía, capacidad para la toma de decisiones.- Baja autoestima.- Inestabilidad emocional.- Sentimientos de invulnerabilidad y omnipotencia frente a riesgos.- Dificultades para planear y desarrollar proyectos de vida a largo plazo.- Dificultades para controlar impulsos. |
| FAMILIARES | <ul style="list-style-type: none">- Presencia de violencia familiar.- Miembros de familia con conductas delictivas.- Miembros de familia con trastornos mentales.- Miembros de familia alcohólicos o consumidores de drogas.- Muerte, separación o divorcio de lo(s) padre(s).- Ausencia física y/o psicológica del padre y/o la madre.- Miembro de la familia víctima de abuso sexual.- Madre y/o hermana embarazada en la adolescencia- Enfermedad crónica de uno de los padres.- Mudanza, migración familiar. |
| SOCIALES | <ul style="list-style-type: none">- Exclusión escolar.- Entornos no saludables (delincuencia, violencia, comercialización/consumo de drogas, etc.).- Condiciones laborales riesgosas.- Pobreza por exclusión social.- Exposición a mensajes de los medios que promueven conductas de riesgo.- Exposición a violencia social. |

Fuente: Norma técnica para la atención integral de la salud en la etapa de vida adolescente: N.T. No.034-MINSA/DGSP-V.01. Lima: MINSA.

2.2.6. Rol del profesional de salud en el desarrollo de la sexualidad de adolescentes

Según (Zubarew *et al.*, 2003), el profesional tiene como rol lo siguiente:

- a. Asegurar la confidencialidad de la atención.

Durante el primer contacto con el adolescente, en toda consulta de supervisión de salud, se debe asegurar que la atención será confidencial, a menos que peligre su vida o la de otros.

- b. Los profesionales de salud deben tener interés y motivación en la atención de adolescentes y entrenamiento en el abordaje de los problemas de salud en esta etapa.

- c. El sexo del profesional de salud no es una barrera para obtener una historia confidencial.

Es mucho más importante establecer adecuada empatía y una relación profesional de salud-paciente.

- d. En todo control de supervisión de salud de adolescentes se debe realizar una historia psicosocial completa y la sexualidad siempre debe ser parte de ella. La manera de formular las preguntas es determinante en la calidad de información que se obtendrá.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a. **Adolescencia:**

La adolescencia es un periodo de transición en el ciclo vital humano comprendido entre la infancia y la etapa adulta. (Santrock, 2003)

b. Actitud:

Lo que se siente o su disposición de ánimo que se puede valorar mediante su opinión; la actitud es la suma total de sentimientos, prejuicios, ideas, temores o convicciones, que un individuo tiene acerca de algún asunto específico y su expresión verbal es la opinión, que usamos como medida según la aceptación o rechazo que presente acerca del tema enunciado, constituye en otras palabras lo subjetivo. (Soto, s.f)

c. Autoestima:

Es la imagen positiva o negativa que se tiene de sí mismo. Se refiere al amor propio, al respeto de sí mismo, la estima propia y la autoevaluación. (Benavides *et al.*, 2013)

d. Conducta:

Es lo objetivo: lo que realiza o lleva a cabo el sujeto, lo que observamos en la práctica. En una persona constituye el comportamiento frente a una situación, problema o aspecto cotidiano en la vida humana. (Soto, s.f)

e. Conductas de riesgo:

Son acciones positivas o activas que involucran peligro para la persona o producen directamente consecuencias negativas en la salud, pudiendo comprometer aspectos de su desarrollo. (Zubarew *et al.*, 2003)

f. Conducta sexual:

No se refiere solamente a la relación sexual coital. Es una gama completa de comportamientos en sexualidad: besos, caricias, masturbación. (Zubarew *et al.*, 2003)

g. Conocimiento sexual:

Información acerca de la sexualidad. Es un componente fundamental y determinante del desarrollo de una sexualidad sana. (Zubarew *et al.*, 2003)

h. Familia:

La familia es el sistema de relaciones fundamentalmente afectivas, presente en todas las culturas, en el que el ser humano permanece largo tiempo, y no un tiempo cualquiera de su vida, sino el formado de

sus fases evolutivas cruciales (neonatal, infancia y adolescente).
(Nardone, Giannotti, & Rocchi, 2003)

i. Factores de riesgo:

Toda variable cuya presencia aumenta la probabilidad que el daño se produzca. Por ejemplo la violencia familiar, o no saber usar el preservativo, o no conocer los métodos anticonceptivos.

j. Riesgo:

En el ámbito sanitario se entiende por riesgo la posibilidad o probabilidad de sufrir un daño para la salud.

k. Violencia:

La violencia es la violación de la integridad de la persona y suele entenderse que se ejerce violencia cuando interviene la fuerza física o la amenaza de su uso, pero también cuando se actúa en una secuencia que causa indefensión en el otro. (García & Freire, 2008)

l. Violencia familiar:

Cuando hablamos de violencia familiar o violencia intrafamiliar nos referimos a todas las formas de abuso de poder que se desarrollan en

el contexto de las relaciones familiares y que ocasionan diversos niveles de daño a las víctimas de esos abusos. Las víctimas son en general mujeres, niños, adolescentes y personas mayores o ancianos de ambos sexos, independientemente de la clase social, nivel educativo o el papel que tengan dentro de la estructura familiar. (Olivera *et al.*, 2010)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es Básica y el nivel de investigación según (Chirinos L, 2006) es correlacional; ya que verifica si existe una relación determinada entre dos o más variables.

Según (García, Faure, & Gonzáles, 2010) el diseño de la investigación es no experimental, prospectivo y transversal.

Diseño no experimental, porque el investigador no influye ni modifica alguna de las variables, solamente describe o mide el fenómeno estudiado.

Diseño prospectivo, porque la información se recoge en un futuro, según criterios del investigador previamente establecidos.

Diseño transversal, se examinan las características de una población en una sola ocasión y de inmediato se procede a describirlas o analizarlas.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población (N) de estudio estuvo conformada por todos los alumnos del 1º al 5º año de educación secundaria de las seis (06) instituciones educativas del distrito de Pocollay que asistieron el día de la recolección de datos. Siendo el total de encuestados 663 alumnos.

Criterios de Inclusión

- Alumnos matriculados de 12 y 17 años de edad de las instituciones educativas del distrito de Pocollay.
- Alumnos de ambos sexos que acepten participar en el estudio y asistan el día de la aplicación del instrumento.

Criterio de exclusión

- Alumnos que no asistan el día de la recolección de datos.
- Alumnos que no acepten participar en el estudio o no completen el instrumento.
- Alumnos con alguna situación especial

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.3.1. Definición operacional de las variables

Variables independientes: Violencia intrafamiliar y Nivel de Autoestima

a. Violencia intrafamiliar:

- **Definición conceptual:** Toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro/a miembro de la familia. (Valdebenito & Larraín, 2007)
- **Definición operacional:** Se utilizó el cuestionario validado por Cabanillas, *et al.*, cuyos rangos son establecidos de la siguiente manera:
 - Sin violencia intrafamiliar: 00 - 20 puntos.
 - Con violencia intrafamiliar: 21 – 80 puntos.

b. Nivel de Autoestima:

- **Definición conceptual:** Autoestima es la valoración que uno tiene de sí mismo que se desarrolla gradualmente desde el nacimiento, en función a la seguridad, cariño, aliento o desaliento que la persona recibe de su entorno, y que está relacionada con el sentirse amado, capaz y valorado.
- **Definición operacional:** Se aplicó el Test de autoestima de Rosenberg para valorar el nivel de autoestima.
 - Puntuación entre 0 y 25: autoestima es baja.
 - Puntuación entre 26 y 29: autoestima media.
 - Puntuación entre 30 y 40: autoestima buena, incluso excesiva.

Variable dependiente: Actitud hacia las conductas sexuales de riesgo

- **Definición conceptual:** Es la aceptación o rechazo de aquellas conductas como inicio precoz de las relaciones sexuales, más de una pareja sexual (promiscuidad), cambio frecuente de pareja y no empleo de métodos anticonceptivos.

• **Definición operacional:** Se utilizó una escala de actitudes tipo *Lickert* modificada de Jorge Camacho, para la medición se tuvo en cuenta los siguientes rangos:

- Actitud favorable/Rechazo: 45 – 68 puntos.
- Actitud desfavorable/Aceptación: 17 – 44 puntos.

3.3.2. Caracterización de las variables

| VARIABLE | DIMENCIONES | INDICADORES | CATEGORIA | TIPO DE VARIABLE | NIVEL DE MEDICION |
|---|-------------------------|--|---|------------------|-------------------|
| Variable Independiente: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA | VIOLENCIA INTRAFAMILIAR | Violencia entre padres Violencia de padres a hijos Violencia de hermanos mayores u otro familiar hacia el adolescente Acciones o formas de violencia física Acciones o formas de violencia psicológica | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin Violencia Intrafamiliar: 0-20 puntos ▪ Con Violencia Intrafamiliar: 21-80 puntos | Cualitativa | Ordinal |
| | NIVEL DE AUTOESTIMA | Test de nivel autoestima Rosenberg Puntuación ≤ de 25. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoestima baja : 0 y 25 ▪ Autoestima media: 26 y 29 ▪ Autoestima | Cualitativa | Ordinal |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--|---|--------------|------------|
| | | | buena, incluso excesiva: 30 y 40 | | |
| Variable dependiente: ACTITUD HACIA LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO | | Número de parejas sexuales | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitud desfavorable /Aceptación: 17-44 puntos ▪ Actitud favorable/Rechazo: 45-68 puntos | Cualitativa | Ordinal |
| | | Relaciones sexuales promiscua | | | |
| | | Consumo de sustancias nocivas | | | |
| | | Circunstancias de uso del Preservativo | | | |
| Variables intervinientes: | Edad | Fecha de nacimiento | 12 – 14 15 – 17 | Cuantitativa | Intervalar |
| | Sexo | Caracteres sexuales secundarios | Femenino Masculino | Cualitativa | Nominal |
| | Grado de estudios | Años de estudio | Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto | Cualitativa | Ordinal |
| | Colegio | | Estatal No estatal | Cualitativa | Nominal |

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente trabajo de investigación se utilizó la técnica de la encuesta, que nos permitió obtener información sobre hechos, opiniones, actitudes y conductas de la población de estudio.

Los instrumentos que se utilizaron para recolectar los datos son el cuestionario de respuesta múltiple según escala de *Likert*:

- a. Para la medición de la violencia intrafamiliar se utilizó el cuestionario validado por Cabanillas & Torres (2013), que consta de 20 preguntas de respuesta múltiple en las cuales la respuesta exige incluirse en las categorías:

| ALTERNATIVAS | VALOR | SIGNIFICADO |
|----------------|-------|--|
| Nunca | 0 | No ha sido objeto de ningún tipo de violencia intrafamiliar |
| Rara vez | 1 | Solo en alguna ocasión ha sido objeto de sufrir violencia intrafamiliar (una vez al mes, año). |
| A veces | 2 | De vez en cuando es objeto de sufrir violencia intrafamiliar (dos a tres veces a la semana). |
| Con frecuencia | 3 | Todos los días es objeto de sufrir violencia intrafamiliar. |
| Siempre | 4 | Muy a menudo es objeto de sufrir violencia intrafamiliar (una o dos veces al día). |

Cuyos rangos son establecidos de la siguiente manera:

Sin violencia intrafamiliar: 00 - 20 puntos

Con violencia intrafamiliar: 21 – 80 puntos

El nivel de confiabilidad del instrumento es $\text{Alfa}=0,910$ que significa alta confiabilidad del instrumento.(Cabanillas & Torres, 2013)

b. Para la medición del nivel de autoestima se utilizó la escala de autoestima de Rosenberg.

(Burns, 2001) Esta prueba es indicativo del nivel de autoestima personal en el momento de realizarlo.

La Escala de Autoestima de Rosenberg, tiene 10 reactivos que se responden desde "muy en desacuerdo" a "muy de acuerdo". Cada uno se puntúa de 1 a 4, habiendo 5 reactivos inversos (1, 3, 4,6 y 7).

Los rangos para determinar el nivel de autoestima son:

- **30-40 puntos:** Autoestima Elevada, considerada como un nivel de autoestima normal.

- **26-29 puntos:** Autoestima Media, este nivel indica que no se presentan problemas de autoestima graves, sin embargo sería conveniente mejorarla.
- **Menos de 25 puntos:** Autoestima Baja, en este rango existen problemas de autoestima significativos.

c. Con respecto al otro instrumento que se utilizó es una escala de actitudes de *Lickert* modificada de Camacho Quezada (2014), cuyo objetivo es determinar el tipo de actitudes que tiene los estudiantes frente a conductas sexuales de riesgo, la escala de *Lickert* está dividida en 2 partes: El instructivo, una lista de 17 enunciados con cuatro niveles de intensidad de respuesta (Totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo) con puntuaciones de 4 a 1 respectivamente para los reactivos positivos e invirtiéndose la puntuación para los reactivos negativos.

Se tendrá en cuenta los siguientes rangos:

- Actitud favorable/Rechazo: 45 – 68 puntos
- Actitud desfavorable/Aceptación: 17 – 44 puntos

La validez estadística del instrumento según un coeficiente R de Pearson (*Ítem por Ítem*) con correlaciones significativas $p > 0,20$ y tiene un índice de confiabilidad de Alfa de *Cronbach*=0,843. (Camacho Quezada, 2014)

3.5.PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizaron la hoja de cálculo Excel y SPSS versión 21.0. Mientras que para el análisis e interpretación de la información obtenida, considerando el marco teórico, se aplicó la estadística no paramétrica, la regresión logística y el estadístico chi cuadrado para la prueba de hipótesis.

Los datos finales se presentaron mediante tablas y gráficos estadísticos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Tabla 1:

Edad de los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

| Grupo etareo | nº | % |
|---------------------|------------|---------------|
| 12 – 14 | 391 | 59,00 |
| 15 – 17 | 272 | 41,00 |
| Total | 663 | 100,00 |

Fuente: Cuestionario

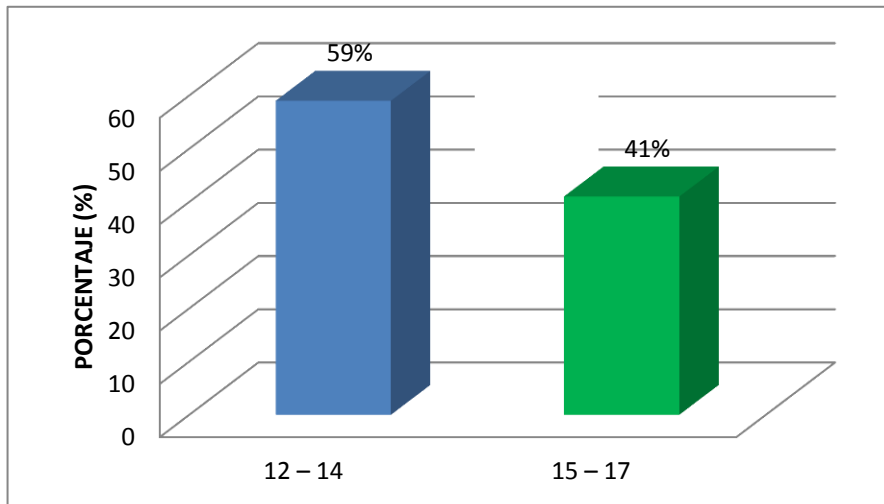


Figura 1: Edad de los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

Fuente: Tabla 1

Interpretación:

En la tabla y en el gráfico 1, más de la mitad (59,00%) de los adolescentes encuestados tienen edades entre 12 a 14 años y la diferencia (41%) posee edades comprendidas entre 15 a 17 años.

Tabla 2:

Sexo de los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

| Sexo | nº | % |
|-----------|-----|--------|
| Femenino | 377 | 56,86 |
| Masculino | 286 | 43,14 |
| Total | 663 | 100,00 |

Fuente: Cuestionario

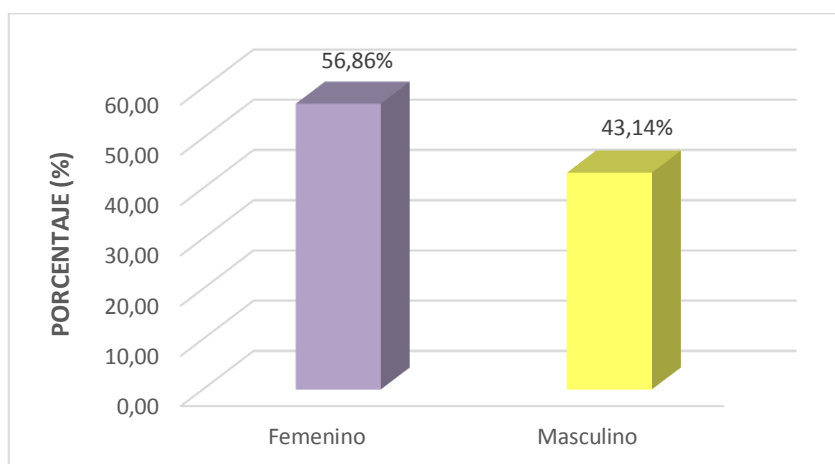


Figura 2: Sexo de los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

Fuente: Tabla 2

Interpretación:

En la tabla y en el gráfico 2, un poco más de la mitad (56,86%) de los adolescentes son de sexo femenino y la diferencia (43,14%) son de sexo masculino.

Tabla 3:

Tipo de colegio de los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

| Colegio | nº | % |
|------------|-----|--------|
| Estatal | 431 | 65,00 |
| No estatal | 232 | 35,00 |
| Total | 663 | 100,00 |

Fuente: Cuestionario

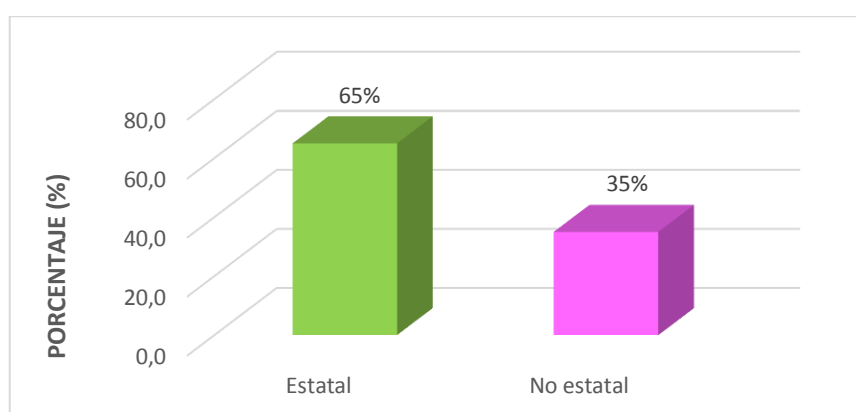


Figura 3: Tipo de colegio de los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

Fuente: Tabla 3

Interpretación:

En la tabla y en el gráfico 3, un poco más de las tres quintas partes (65,00%) de los adolescentes estudian en un colegio estatal y la diferencia (35%) estudia en un colegio no estatal.

Tabla 4:

Grado de estudios de adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

| Grado de estudios | nº | % |
|-------------------|-----|--------|
| Primero | 284 | 42,84 |
| Segundo | 167 | 25,19 |
| Tercero | 82 | 12,37 |
| Cuarto | 82 | 12,37 |
| Quinto | 48 | 7,24 |
| Total | 663 | 100,00 |

Fuente: Cuestionario

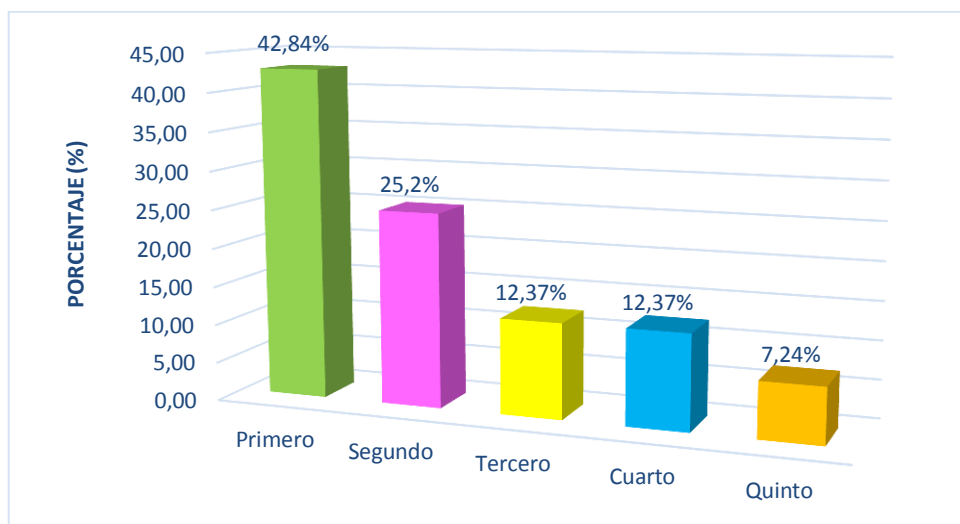


Figura 4: Grado de estudios de adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

Fuente: Tabla 4

Interpretación:

En la tabla y en el gráfico 4, un poco más de las dos quintas partes (42,84%) de los adolescentes cursan el primer año de estudio, asimismo, un poco más de la cuarta parte (25,19%) el segundo año, sin embargo casi la séptima parte (12,37%) cursan el tercer y cuarto año cada uno y la diferencia (7,24%) el quinto año.

4.2. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, NIVEL DE AUTOESTIMA Y ACTITUD HACIA LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

Tabla 5:

Violencia intrafamiliar de adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

| Violencia intrafamiliar | nº | % |
|-----------------------------|-----|--------|
| Sin violencia intrafamiliar | 554 | 83,56 |
| Con violencia intrafamiliar | 109 | 16,44 |
| Total | 663 | 100,00 |

Fuente: Cuestionario

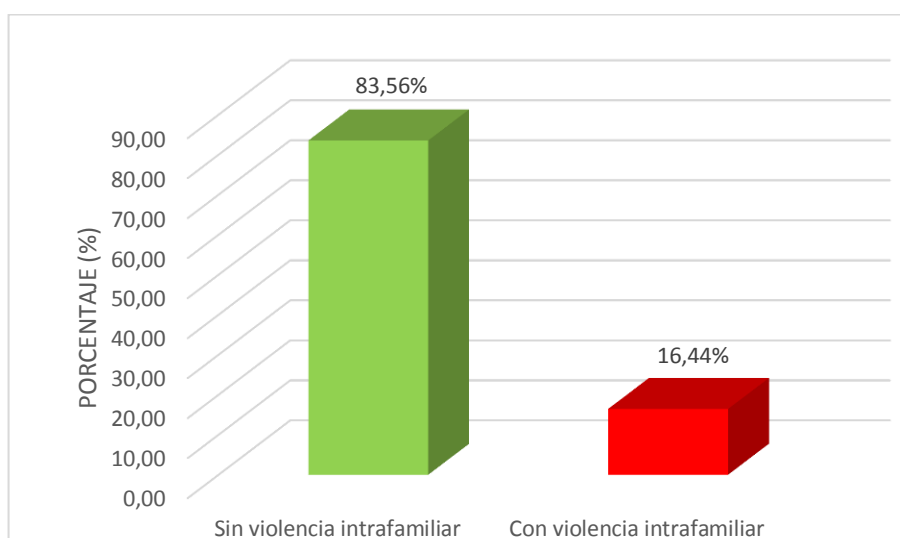


Figura 5: Violencia intrafamiliar de adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

Fuente: Tabla 05

Interpretación:

En la tabla y en el gráfico 5, un poco más de las cuatro quintas partes (83,56%) de los adolescentes no presentan violencia intrafamiliar y la diferencia (16,44%) presenta violencia intrafamiliar.

Tabla 6:

Nivel de autoestima de los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

| Nivel de autoestima | nº | % |
|---------------------|-----|--------|
| Autoestima Baja | 176 | 26,55 |
| Autoestima Media | 154 | 23,23 |
| Autoestima Elevada | 333 | 50,23 |
| Total | 663 | 100,00 |

Fuente: Cuestionario

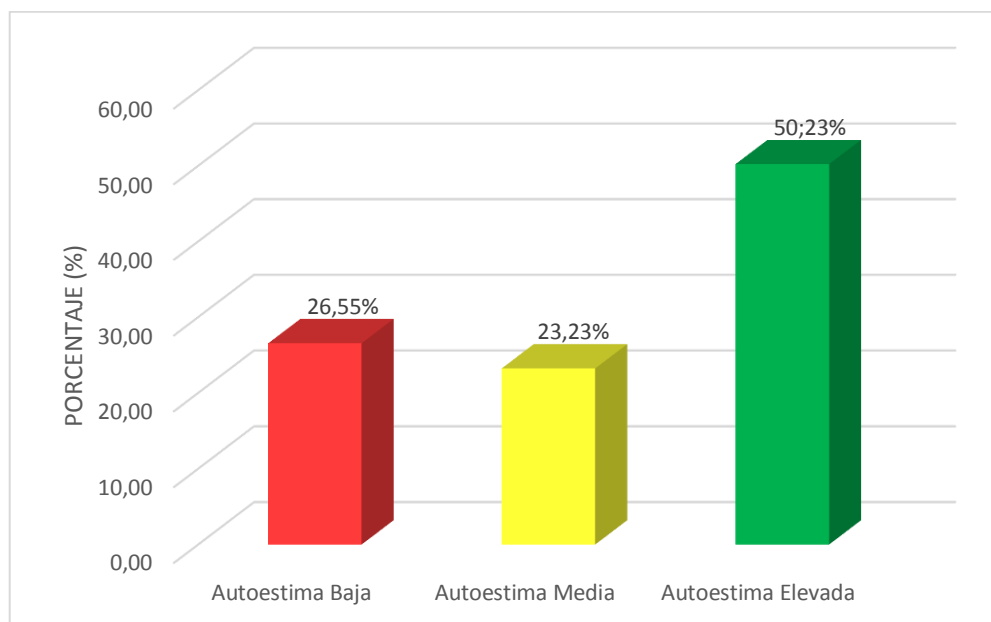


Figura 6: Nivel de autoestima de adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

Fuente: Tabla 06

Interpretación:

En la tabla y en el gráfico 6, un poco más de la mitad (50,23%) de los adolescentes poseen autoestima elevada; sin embargo, un poco más de la cuarta parte (26,55%) tienen autoestima baja y la diferencia (23,23%) autoestima media.

Tabla 7:

Actitud hacia las conductas sexuales de riesgo de adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

| Actitud hacia las conductas sexuales de riesgo | nº | % |
|--|-----|--------|
| Actitud desfavorable/Aceptación | 176 | 22,47 |
| Actitud favorable/Rechazo | 333 | 77,53 |
| Total | 663 | 100,00 |

Fuente: Cuestionario

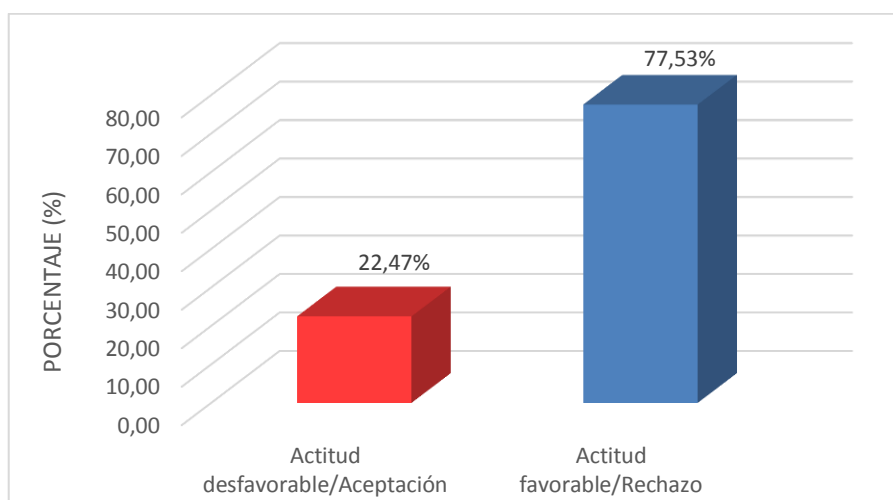


Figura 7: Actitud hacia las conductas sexuales de riesgo de adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

Fuente: Tabla 07

Interpretación:

En la tabla y en el gráfico 7, un poco más de las tres cuartas partes (77,53%) de los adolescentes poseen una actitud favorable hacia las conductas sexuales de riesgo y la diferencia (22,47%) tiene una actitud desfavorable.

4.3. RELACIÓN DE LAS VARIABLES:

Tabla 8:

Adolescentes por sexo según violencia intrafamiliar en las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

| Violencia intrafamiliar | Total | % | Sexo | | | |
|-----------------------------|-------|--------|----------|-------|-----------|-------|
| | | | Femenino | | Masculino | |
| | | | nº | % | nº | % |
| Sin violencia intrafamiliar | 554 | 100,00 | 307 | 55,42 | 247 | 44,58 |
| Con violencia intrafamiliar | 109 | 100,00 | 70 | 64,22 | 39 | 35,78 |
| Total | 663 | 100,00 | 377 | 56,86 | 286 | 43,14 |

Fuente: Cuestionario

Interpretación:

En la tabla 8, un poco más de la mitad (55,42%) de los adolescentes de sexo femenino no presentan violencia intrafamiliar, del mismo modo un

poco más de las dos quintas partes (44,58%) de los adolescentes de sexo masculino no presentan violencia intrafamiliar. Asimismo, un poco más de las tres quintas partes (64,22%) de los adolescentes de sexo femenino presenta violencia intrafamiliar y un poco más de la tercera parte (35,78%) de los adolescentes del sexo masculino presenta violencia intrafamiliar.

Tabla 9:

Adolescentes por sexo según nivel de autoestima en las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

| Nivel de autoestima | Total | % | Sexo | | | |
|---------------------|-------|--------|----------|-------|-----------|-------|
| | | | Femenino | | Masculino | |
| | | | nº | % | nº | % |
| Autoestima baja | 176 | 100,00 | 94 | 53,41 | 82 | 46,59 |
| Autoestima media | 154 | 100,00 | 84 | 54,55 | 70 | 45,45 |
| Autoestima elevada | 333 | 100,00 | 199 | 59,76 | 134 | 40,24 |
| Total | 663 | 100,00 | 377 | 56,86 | 286 | 43,14 |

Fuente: Cuestionario

Interpretación:

En la tabla 9, un poco más de la mitad (53,41%) de los adolescentes de sexo femenino presentan un nivel de autoestima baja, del mismo modo un poco más de las dos quintas partes (46,59%) de los adolescentes de sexo masculino tienen autoestima baja. Asimismo, un poco más de la mitad (54,55%) de los adolescentes de sexo femenino posee una

autoestima media y un poco más de las dos quintas partes (45,45%) de los adolescentes del sexo masculino tiene autoestima media. Igualmente, casi las tres quintas partes (59,76%) de los adolescentes del sexo femenino posee una autoestima elevada y un poco más de las dos quintas partes (40,24%) de los adolescentes del sexo masculino tiene autoestima elevada.

Tabla 10:

Adolescentes por sexo según actitud hacia las conductas sexuales de riesgo de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

| Actitud | Sexo | | | | | |
|--------------|-------|--------|----------|-------|-----------|-------|
| | Total | % | Femenino | | Masculino | |
| | | | Nº | % | Nº | % |
| Desfavorable | 149 | 100,00 | 67 | 44,97 | 82 | 55,03 |
| Favorable | 514 | 100,00 | 310 | 60,31 | 204 | 39,69 |
| Total | 663 | 100,00 | 377 | 56,86 | 286 | 43,14 |

Fuente: Cuestionario

Interpretación:

En la tabla 10, un poco más de las dos quintas partes (44,97%) de los adolescentes de sexo femenino poseen una actitud desfavorable hacia las conductas sexuales de riesgo, del mismo modo un poco más de la mitad

(55,03%) de los adolescentes de sexo masculino posee una actitud desfavorable. Asimismo, un poco más de las tres quintas partes (60,31%) de los adolescentes de sexo femenino poseen una actitud favorable y casi las dos quintas partes (39,69%) de los adolescentes del sexo masculino poseen actitud favorable hacia las conductas sexuales de riesgo.

Tabla 11:

Adolescentes por tipo de colegio según violencia intrafamiliar de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

| Violencia intrafamiliar | Total | % | Colegio | | | |
|-----------------------------|-------|--------|---------|-------|------------|-------|
| | | | Estatad | | No estadad | |
| | | | nº | % | nº | % |
| Sin violencia intrafamiliar | 554 | 100,00 | 368 | 66,43 | 186 | 33,57 |
| Con violencia intrafamiliar | 109 | 100,00 | 63 | 57,80 | 46 | 42,20 |
| Total | 663 | 100,00 | 431 | 65,00 | 232 | 35,00 |

Fuente: Cuestionario

Interpretación:

En la tabla 11, casi las dos terceras partes (66,43%) de los adolescentes de colegio estadad no presentan violencia intrafamiliar, del

mismo modo un poco más de la tercera parte (33,57%) de los adolescentes de colegio no estatal no presentan violencia intrafamiliar. Asimismo, un poco más de la mitad (57,80%) de los adolescentes de colegio estatal presenta violencia intrafamiliar y un poco más de las dos quintas partes (42,20%) de los adolescentes de colegio no estatal presentan violencia intrafamiliar.

Tabla 12:

Adolescentes por tipo de colegio según nivel de autoestima de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

| Nivel de autoestima | Total | % | Colegio | | | |
|---------------------|-------|--------|---------|-------|------------|-------|
| | | | Estatal | | No estatal | |
| | | | nº | % | nº | % |
| Autoestima baja | 176 | 100,00 | 123 | 69,89 | 53 | 30,11 |
| Autoestima media | 154 | 100,00 | 95 | 61,69 | 59 | 38,31 |
| Autoestima elevada | 333 | 100,00 | 213 | 63,96 | 120 | 36,04 |
| Total | 663 | 100,00 | 431 | 65,00 | 232 | 35,00 |

Fuente: Cuestionario

Interpretación:

En la tabla 12, un poco más de las dos terceras partes (69,89%) de los adolescentes de colegio estatal presentan un nivel de autoestima baja, del mismo modo un poco menos de la tercera parte (30,11%) de los adolescentes de colegio no estatal tienen autoestima baja. Asimismo, un

poco más de las tres quintas partes (61,69%) de los adolescentes de colegio estatal posee una autoestima media y casi las dos quintas partes (38,31%) de los adolescentes de colegio no estatal tiene autoestima media. Igualmente, un poco más de las tres quintas partes (63,96%) de los adolescentes de colegio estatal posee una autoestima elevada y un poco más de la tercera parte (36,04%) de los adolescentes de colegio no estatal tiene autoestima elevada.

Tabla 13:

Adolescentes por tipo de colegio según actitud hacia las conductas sexuales de riesgo de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

| Actitud | Total | % | Colegio | | | |
|--------------|-------|--------|---------|-------|------------|-------|
| | | | Estatal | | No estatal | |
| | | | nº | % | nº | % |
| Desfavorable | 149 | 100,00 | 104 | 69,80 | 45 | 30,20 |
| Favorable | 514 | 100,00 | 327 | 63,62 | 187 | 36,38 |
| Total | 663 | 100,00 | 431 | 65,00 | 232 | 35,00 |

Fuente: Cuestionario

Interpretación:

En la tabla 13, un poco más de las dos terceras partes (69,80%) de los adolescentes de colegio estatal poseen una actitud desfavorable hacia las conductas sexuales de riesgo, del mismo modo casi la tercera parte (30,20%) de los adolescentes de colegio no estatal posee una actitud desfavorable. Asimismo, un poco más de las tres quintas partes (63,62%) de los adolescentes de colegio estatal poseen una actitud favorable y un poco más de la tercera parte (36,38%) de los adolescentes de colegio no estatal poseen actitud favorable hacia las conductas sexuales de riesgo.

Tabla 14:

Adolescentes por actitud hacia las conductas sexuales de riesgo según violencia intrafamiliar de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

| Violencia intrafamiliar | Total | % | Actitud | | | |
|-----------------------------|-------|--------|--------------|-------|-----------|-------|
| | | | Desfavorable | | Favorable | |
| | | | nº | % | nº | % |
| Sin violencia intrafamiliar | 554 | 100,00 | 88 | 15,90 | 466 | 84,10 |
| Con violencia intrafamiliar | 109 | 100,00 | 61 | 56,00 | 48 | 44,00 |
| Total | 663 | 100,00 | 149 | 22,47 | 514 | 77,53 |

Fuente: Cuestionario

Interpretación:

En la tabla 14, menos de la quinta parte (15,90%) de los adolescentes con actitud desfavorable hacia las conductas sexuales no presentan violencia intrafamiliar, del mismo modo un poco más de las cuatro quintas partes (84,10%) de los adolescentes con actitud favorable no presentan violencia intrafamiliar. Asimismo, un poco más de la mitad (56,00%) de los adolescentes con actitud desfavorable presenta violencia intrafamiliar y un poco más de las dos quintas partes (44,00%) de los adolescentes con actitud favorable presentan violencia intrafamiliar.

Tabla 15:

Adolescentes por actitud hacia las conductas sexuales de riesgo según nivel de autoestima de las instituciones educativas del distrito de Pocollay, Tacna 2015.

| Nivel de autoestima | Total | % | Actitud | | | |
|---------------------|-------|--------|--------------|-------|-----------|-------|
| | | | Desfavorable | | Favorable | |
| | | | nº | % | nº | % |
| Autoestima baja | 176 | 100,00 | 113 | 64,20 | 63 | 35,80 |
| Autoestima media | 154 | 100,00 | 24 | 15,60 | 130 | 84,40 |
| Autoestima elevada | 333 | 100,00 | 12 | 3,60 | 321 | 96,40 |
| Total | 663 | 100,00 | 149 | 22,47 | 514 | 77,53 |

Fuente: Cuestionario

Interpretación:

En la tabla 15, un poco más de las tres quintas partes (64,20%) de los adolescentes con actitud desfavorable hacia las conductas sexuales de riesgo presentan un nivel de autoestima baja, del mismo modo un poco más de la tercera parte (35,80%) de los adolescentes con actitud favorable tienen autoestima baja. Asimismo, menos de la quinta parte (15,60%) de los adolescentes con actitud desfavorable posee una autoestima media y un poco más de las cuatro quintas partes (84,40%) de los adolescentes con actitud favorable tiene autoestima media. Igualmente, el 3,60% de los adolescentes con actitud desfavorable posee una autoestima elevada y más de las cuatro quintas partes (96,40%) de los adolescentes con actitud favorable tiene autoestima elevada.

4.4. PRUEBA DE HIPÓTESIS

4.4.1. Hipótesis general

H₀ La violencia intrafamiliar y el nivel de autoestima no se asocian con la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015

H₁ La violencia intrafamiliar y el nivel de autoestima se asocian con la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015

Tabla 16:

Regresión logística - Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. |
|------------|--------|-------|---------|----|------|
| VIOLENCIA | 1,805 | 0,288 | 39,195 | 1 | ,000 |
| AUTOESTIMA | -2,056 | 0,182 | 127,838 | 1 | ,000 |
| Constante | 0,359 | 0,425 | 0,714 | 1 | ,398 |

En la tabla 16, la violencia intrafamiliar y el nivel de autoestima, se introdujeron como términos de interacción al considerarse que la asociación de cada uno de ellos sobre la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes, puede estar en dependencia de la asociación de la otra.

Se aprecia que en el modelo de regresión logística, la violencia intrafamiliar y el nivel de autoestima se asocian con la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo ($P = 0,001$).

4.4.2. Hipótesis específicas

H₀ La violencia intrafamiliar no se asocia con la actitud desfavorable hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.

H₁ La violencia intrafamiliar se asocia con la actitud desfavorable hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.

Tabla 17:

Chi cuadrada para el contraste de la hipótesis específica.

| Violencia intrafamiliar | Total | % | Actitud | | | |
|--------------------------------|-------|--------|--------------|-------|-----------|-------|
| | | | Desfavorable | | Favorable | |
| | | | nº | % | nº | % |
| Sin violencia intrafamiliar | 554 | 83,56 | 88 | 13,27 | 466 | 70,29 |
| Con violencia intrafamiliar | 109 | 16,44 | 61 | 9,20 | 48 | 7,24 |
| Total | 663 | 100,00 | 149 | 22,47 | 514 | 77,53 |

$\chi^2 = 83,971$ (1, N = 663) P = 0,001

Decisión:

Rechazar la hipótesis nula: $P < 0,05$

No rechazar la hipótesis nula: $P > 0,05$

Dado que la probabilidad (Tabla 17) es menor a 0,05 ($P=0,001$) se rechaza la hipótesis nula, en consecuencia, afirmamos que la violencia intrafamiliar se asocia con la actitud desfavorable hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes del grupo de estudio.

H₀ El nivel de autoestima no se asocia con la actitud desfavorable hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.

H₁ El nivel de autoestima se asocia con la actitud desfavorable hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.

Tabla 18:

Chi cuadrada para el contraste de la hipótesis específica.

| Nivel de autoestima | Total | % | Actitud | | | |
|---------------------|-------|--------|--------------|-------|-----------|-------|
| | | | Desfavorable | | Favorable | |
| | | | nº | % | nº | % |
| Autoestima baja | 176 | 26,55 | 113 | 17,04 | 63 | 9,50 |
| Autoestima media | 154 | 23,23 | 24 | 3,62 | 130 | 19,61 |
| Autoestima elevada | 333 | 50,23 | 12 | 1,81 | 321 | 48,42 |
| Total | 663 | 100,00 | 149 | 22,47 | 514 | 77,53 |

$\chi^2 = 248,167$ (1, N = 663) P = 0,001

Decisión:

Rechazar la hipótesis nula: $P < 0,05$

No rechazar la hipótesis nula: $P > 0,05$

Dado que la probabilidad (Tabla 18) es menor a 0,05 ($P=0,001$) se rechaza la hipótesis nula, en consecuencia, afirmamos que el nivel de autoestima se asocia con la actitud desfavorable hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes del grupo de estudio.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En la presente investigación, se encontró que en una población de estudio de 663 adolescentes, la frecuencia de violencia intrafamiliar fue de 16,44 %, resultados que no concuerdan con los hallazgos realizados por Moreira Macías en la ciudad de Manta (Ecuador), el cual reporta un 66,86%, es decir una cifra superior a los resultados nuestros. Así también el resultado difiere mucho al realizado por Chapa y Ruiz en Tarapoto, donde reportan en una muestra de 135 estudiantes un 63% presenta violencia familiar. Pero en otro estudio Cabanillas y Torres en Chiclayo, en una muestra de 41 adolescentes un 5% presenta violencia intrafamiliar, resultados que difieren a nuestros datos obtenidos.

Respecto al nivel de autoestima, encontramos que más de la mitad (50,23%) presentó una autoestima elevada, el 26,55% autoestima baja y el 23,23% autoestima media, lo que no se asemeja a los resultados encontrado por Tovar en la ciudad de Lima, el cual obtiene en una muestra de 183 alumnos donde la mayoría 108 (59%) de los estudiantes presentan un nivel de autoestima medio, seguido del nivel bajo con 54

estudiantes (30%) y finalmente 21 (11%) con nivel de autoestima alto. Sin embargo, nuestros resultados concuerdan con lo hallado por Cano en la ciudad de Lima, en la que se concluye que en una población de 120 adolescentes, la mayoría (70,83%) presenta autoestima alta, y también por Uribe en la ciudad de Lima, el cual reporta en una población de 50 adolescentes un 62% presenta autoestima alta.

Los adolescentes que presentan nivel de autoestima alto, se caracterizan en poseer sentimientos de seguridad y valoración a sí mismos, buena capacidad para aprender y participar activamente en el salón de clase, presentar buenas relaciones y sentimientos de aceptación con cada miembro de la familia; en los adolescentes que presentan un nivel bajo de la autoestima; muestran no sentirse cómodos en actos sociales, con sentimientos de inaceptación, es decir, escasas o nulas habilidades sociales, con poca o ninguna empatía y asertividad en las relaciones interpersonales, mostrándose como un sujeto cerrado y con limitaciones al dar sus puntos de vista; características que repercuten negativamente en su estilo y calidad de vida favoreciendo el aislamiento, la depresión y por consiguiente el abandono físico y psicosocial poniendo en riesgo el crecimiento y desarrollo del adolescente y, por ende, su óptimo estado de salud.

En lo referente a las conductas sexuales de riesgo, hallamos en esta investigación que un poco más de la cuarta parte (22,47%) presentó una actitud desfavorable, lo que no se asemeja con los resultados encontrados por Campo, Augusto, & Herazo en Santa Marta (Colombia), quienes en una muestra de 804 estudiantes el 36,1% mostró el estándar de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva. En otro estudio realizado por Rojas en la ciudad de Lima, reporta en una población de 152 adolescentes que el 42% presenta riesgo, resultado que difiere un poco con el nuestro. Sin embargo, Navarro y López en Tarapoto, en una muestra de 79 adolescentes, concluye que el 20,3% presenta actitud desfavorable, resultado que se asemeja al nuestro.

Con respecto a nivel local, en un estudio realizado por Gómez en Tacna, el cual reporta en una muestra de 162 adolescentes que la actitud de aceptación (17,3%) está presente en menor porcentaje, resultados que coinciden con nuestro estudio, situación que pone en peligro a este grupo etéreo con cierta disposición a la realización de conductas sexuales que puedan comprometer su salud y tener consecuencias futuras graves e irreversibles.

Es por eso que al conocer las conductas sexuales de riesgo como son: tener múltiples parejas sexuales, tener parejas que no saben de su pasado entre otras hacen que estén mucho más vulnerables para adquirir una ITS y esto se va propagando en cadena ya que las actitudes que una persona puede adoptar dichas conducta de riesgo para así dar a conocer su grado de pertenencia, los adolescentes y los adultos jóvenes están todavía dentro del rango de edad para la formación de las actitudes.

El resultado obtenido de la investigación nos muestra que existe relación significativa entre la violencia intrafamiliar y la actitud desfavorable hacia las conductas sexuales de riesgo.

Del mismo modo, se encontró una relación significativa entre el nivel de autoestima y la actitud desfavorable hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes.

Cabe resaltar que tanto en los colegios privados y públicos donde el maltrato emocional y físico dentro de la familia, y el nivel de autoestima que los adolescentes padecen en la actualidad, resulta ser una variable predictiva de la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo.

CONCLUSIONES:

Primera

La frecuencia absoluta de violencia intrafamiliar es de 83,56% y la frecuencia relativa de 16,44% en adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015

Segunda

Predomina el nivel de autoestima elevada (50,23%) en adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.

Tercera

Prevalece la actitud favorable hacia las conductas sexuales de riesgo (77,53%) en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.

Cuarta

Se encontró una relación significativa ($P = < 0,05$) entre la violencia intrafamiliar y la actitud desfavorable hacia las conductas sexuales de

riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.

Quinta

Se encontró una relación significativa ($P = < 0,05$) entre el nivel de autoestima y la actitud desfavorable hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Pocollay de Tacna en el 2015.

RECOMENDACIONES

Primera

A las autoridades de la DRET (UGEL Tacna) se recomienda incluir en las diferentes asignaturas el abordaje de temas en la promoción de comportamientos saludables y promoción de la salud mental, así como el buen trato al adolescente.

Segunda

A las autoridades de la DRET (UGEL Tacna) se recomienda, en las horas destinadas a tutoría, fortalecer y enriquecer en los niños y adolescentes, temas referidos al conocimiento de sí mismo y contenido acerca de las ITS, a los efectos de resolver las inquietudes de los adolescentes, manteniendo con ello una actitud favorable al rechazo de las conductas sexuales de riesgo.

Tercera

Al equipo directivo del Centro de Salud Pocollay y de las Instituciones Educativas del distrito de Pocollay, se sugiere establecer convenios e incentivar la formación de alianzas estratégicas de las instituciones

educativas del distrito de Pocollay con el Centro de Salud "Pocollay" para emprender actividades preventivos-promocionales a favor de la salud sexual del adolescente.

Cuarta

A los investigadores, se sugiere continuar con la línea de investigación, y ampliar el tamaño de la muestra para lograr mayor validez externa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar. (2001). *Concepto de sí mismo, familia y escuela*. Madrid: Dykinson S.L.

Alcántara, J. (2003). *Cómo educar la autoestima*. Barcelona: CEAC.

Ardilla S, L. M. (2007). *Adolescencia, desarrollo emocional: guía y talleres para padres y docentes* (Tercera ed.). Colombia: Ecoe Ediciones.

Benavides, R. A., Catillo, L. d., & López, F. (2013). *Promoción de la salud sexual en jóvenes*. México: El manual moderno.

Branden, N. (1998). *Seis Pilares de la Autoestima*. Barcelona: Paidós.

Burns, D. (2001). *Interpretación de la escala de autoestima de Rosenberg*. Recuperado el 10 de diciembre de 2014, de Autoestima en 10 días: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/herrera_d_ma/apendiceH.pdf

Cabanillas, C., & Torres, O. (2013). *Influencia de la violencia intrafamiliar en el rendimiento académico en adolescentes de la institución educativa Fanny Abanto Calle, 2012*. Tesis de licenciatura. Universidad católica santo toribio de mogrovejo, Chiclayo, Perú.

Camacho, J. L. (2014). Relación entre el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la actitud hacia conductas

sexuales de riesgo en estudiantes de la facultad de medicina. *Para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería*. Lima, Perú: UNMSM.

Camejo, R. (2006). *La adolescencia y sus peculiaridades en el ser humano*. Argentina: El Cid Editor.

Campo, A., Augusto, A., & Herazo, E. (2010). *Prevalencia y factores asociados al patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva (PCRSSR) en estudiantes de secundaria de Santa Marta, Colombia*. Recuperado el 30 de noviembre de 2014,. Recuperado el 30 de noviembre de 2014, de Rev. Latino-Am. Enfermagem. 18(2): http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_05.pdf

Cano, C. R. (2010). *Nivel de autoestima y su relación con las características de la familia, en estudiantes de secundaria*. *Institución Educativa Daniel Alcides Carrión, 2010*. Tesis de licenciatura. UNMSM de Lima.

Chapa, S. D., & Ruiz, M. (2012). *Presencia de violencia familiar y su relación con el nivel de autoestima y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la I.E. nº 0031 María Ulises Dávila Pinedo. Morales. Octubre- diciembre 2011*. Tesis de licenciatura. Universidad nacional de san martín, de Tarapoto, Peru.

- Chávez, J. d. (2008). *Género y familia*. México: Plaza y Valdéz, S.A. de CV.
- Chirinos L, M. (2006). *Investigacion en salud*. Arequipa: Universidad nacional de san agustin.
- Coleman, C., & Hendry, B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Congreso Constituyente Democrático. (1993). *Constitución política de Perú*. Lima: República del Perú.
- Congreso de la República del Perú. (2000). *Ley que modifica el texto único ordenado de la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar-LEY N° 27306*. Lima: Red de información Jurídica-Legislación Andina.
- Corsi, J. (2006). *Violencia intrafamiliar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- De la Cruz, R. (2008). *Violencia intrafamiliar: Enfoque sistémico*. Mexico: Trillas.
- Dellaere, S. (2007). *Como fortalecer la autoestima en los niños*. Buenos Aires: Fondo Editorial Andromeda.
- Faucheux, R. I. (2014). *La violencia familiar y la dinamica familiar y su relación con la personalidad de los estudiantes del primer año de secundaria de las instituciones educativas emblemáticas de Tacna,*

- en el año 2012. Tesis doctoral. Universidad nacional jorge basadre grohmann de Tacna
- Feldman, J. (2000). *Autoestima ¿cómo desarrollarla?: juegos, actividades, recursos, experiencias creativas*. Madrid: Marcea.
- Fernández, T. (1998). *Teórico y clínico del adolescente*. Barcelona: Paidós.
- Freyre, E. (1994). *La salud del adolescente. Aspectos médicos y psicosociales*. Lima: Concytec.
- Frías, M., & Gaxiola, J. C. (2008). *Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños: Depresión, ansiedad, conducta antisocial y ejecución académica*. Recuperado el 12 de diciembre de 2014, de Revista Mexicana de Psicología. Volumen 25, Número 2, 237-248: <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243016308004.pdf>
- Furth, H. (2004). *La potenciación de la autoestima en la escuela*. Madrid: Paidós- Ibérica.
- Gálvez, C. (2009). *Violencia, abuso y maltrato*. Argentina: UE.
- García, A., & Freire, M. (2008). *Nuevos escenarios de la violencia*. España: Universidad Pontificia Comillas.
- García, H., Faure, A., & Gonzáles, A. (2010). *Metodología de la investigación en salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Giron, R. F. (2001). *Incidencia de la violencia intrafamiliar en la conducta de los alumnos del primer año del centro educativo Manuel Flores Calvo del distrito de Pocollay, durante el año 2000*. Tesis de licenciatura. Universidad nacional jorge basadre grohmann de Tacna.

Gómez, F. J., & Villar, T. P. (2001). *Los Padres y Madres ante la Prevención de Conductas Problemáticas en la Adolescencia. La Aplicación del Programa Construyendo Salud: Promoción de Habilidades Parentales*. Madrid: CEAPA.

Gómez, M. (2013). *Conocimientos y actitudes frente a las conductas Sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución educativa cesar cohaila Tamayo, 2012*. Tesis de licenciatura. Universidad nacional jorge basadre grohmann de Tacna.

González, J. C., & Hoz, F. (2011). *Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba*. Recuperado el 29 de noviembre de 2014, de Rev. salud pública. 13 (1): 67-78: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n1/v13n1a06>

IEMP – Maternidad de Lima. (2006). *Adolescencia y salud reproductiva*. Lima: IEMP.

Instituto de ciencias y humanidades. (2005). *Psicología, una perspectiva científica*. Lima: Lumbreras.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). *Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar. Nacional y departamental*. Recuperado el 09 de diciembre de 2014, de <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). *Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar. Departamento de Tacna*. Recuperado el 09 de diciembre de 2014, de http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1132/Libro.pdf

Jensen, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural*. México: Pearson Educación.

Lafosse, V. (2002). *Definiciones y funciones de familia. Violencia familiar y relaciones de género*. Lima: Promudeh.

Lévi, C. (2009). *Antropología Estructural*. Bruselas: Postmorten.

López, M. (2003). *Inteligencia Emocional*. Colombia: Gamma.

Ministerio de la mujer y desarrollo social . (2011). *Boletín del ministerio de la mujer y desarrollo social - MIMDES TACNA*. Obtenido de Dirección de Monitoreo y Evaluación de Impacto Social: http://www.mimp.gob.pe/omep/archivos/enero-a-mayo-2015/BOLETINES%20REGIONALES/Boletin_Tacna.pdf

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP. (2015).

Intervención de los programas sociales del MIMP en la región

Tacna. Obtenido de Programa nacional contra la violencia familiar y

sexual

-

PNCVFS:

<http://www.mimp.gob.pe/files/omep/boletines/tacna.pdf>

Ministerio de salud. (2005). *Protocolos de consejería para la atención*

integral del adolescente. Recuperado el 05 de febrero de 2015, de

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/servicios/susaludesprimero/adolescente/protocolos/Prot_ConsejeriaUV.pdf

Ministerio de salud. (2006). *Documento técnico de orientaciones para la*

atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de

atención. Recuperado el 05 de febrero de 2015, de

<http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Adolescente/orientaciones.pdf>

Ministerio de salud. (2006). *Manual de orientación/consejería en salud*

sexual y reproductiva. Recuperado el 05 de febrero de 2015, de

[http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-](http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Manual-Orientacion-Consejeria.pdf)

[Manual-Orientacion-Consejeria.pdf](http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Manual-Orientacion-Consejeria.pdf)

Ministerio de salud. (2010). *Boletín informativo. Etapa de vida adolescente*

Nº-1. Lima: MINSA.

Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. (2007).

Guía técnica de atención integral de personas afectadas por la violencia basada en género. Recuperado el 05 de febrero de 2015,

de RM141-2007:

http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/normas/pdf/minsa/GUIASPRACTICAS/2007/RM141_2007.pdf

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas.

Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud. (2005). *Norma técnica para la atención integral de salud en la etapa de vida adolescente: N.T. No. 034-MINSA/DGSP-V.01.* Lima: Ministerio de Salud.

Moreira, B. A. (2011). *Influencia de la violencia intrafamiliar en el*

desarrollo de la personalidad de los/as estudiantes del colegio Miguel de Cervantes de la ciudad de Manta. Recuperado el 02 de

diciembre de 2014, de Para la obtención del título de magíster en educación y desarrollo social:

<http://hdl.handle.net/123456789/12124>

Moreno, A. (2007). *La adolescencia.* España: UOC.

Nardone, G., Giannotti, E., & Rocchi, R. (2003). *Modelos de familia:*

conocer y resolver los problemas entre padres e hijos (2° ed.).

Barcelona: Herder.

- Navarro, M. E., & López, A. I. (2012). *Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo junio – setiembre 2012*. Tesis de licenciatura. Universidad nacional de san martín de Tarapoto.
- Olivera, G., Bene, G., Falcón, N., & Col. (2010). *Problemas sociales de salud prevalentes*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen*. Recuperado el 08 de diciembre de 2014, de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de Salud. (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen*. Washington: D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres*. Washington: DC.
- Papalia, D. E., Wendkos, S., & Duskin, R. (2005). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia* (Novena ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2001). *Desarrollo Humano* (octava ed.). Bogotá: McGraw Hill Companies.

Programa nacional contra la violencia familiar y sexual. (2014). *Boletín estadístico*. Recuperado el 10 de diciembre de 2014, de Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables: http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin_enero_2014/Boletin-Enero-2014.pdf

Ramírez, J. (2005). *Un enfoque de evaluación del rendimiento escolar basado en el aspecto*. México: Fondo de cultura económica.

Rodríguez, A. (1993). *Psicología social* (Cuarta ed.). México: Trillas.

Rojas, R. Y. (2011). *Relación entre conocimientos sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de secundaria. I.E.M. Nuestra Señora de Montserrat, 2010*. Tesis de licenciatura. UNMSM de Lima.

Roperti, E. (2006). *Padres víctimas, hijos maltratadores: pautas para controlar y erradicar la violencia en los adolescentes*. Madrid: Espasa Calpe.

Salinas de Bocaflores, T. (2010). *Violencia Intrafamiliar y consumo de drogas*. Cochabamba: COPRE.

Sanmartin, J. (2000). *La violencia y sus claves*. Barcelona: Ariel.

Santrock, J. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia* (Novena ed.). España: McGraw-Hill.

Satir, V. (2002). *Nuevas relaciones en el núcleo familiar*. México: Pax.

Sergio, P. (2006). *La violencia contra niños, niñas y adolescentes*.

Recuperado el 06 de diciembre de 2014, de Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas:
http://www.uam.mx/cdi/pdf/s_doc/violencia_lam_06.pdf

Servicio nacional de la mujer-Chile. (2012). *Plan nacional contra la violencia intrafamiliar en Chile: Noviembre 2012 - Diciembre 2013*.

Recuperado el 14 de diciembre de 2014, de Unidad de prevención de violencia contra de la mujer programa chile acoge:
http://www.sernam.cl/descargas/Plan_Nacional_2012-2013.pdf

Shutt, J., & Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Recuperado el 05 de diciembre de 2014, de http://www.programaedusex.edu.uy/biblioteca/opac_css/articulosprontos/0136.pdf

Smith, E. R., & Mackie, D. M. (1997). *Psicología social*. Madrid: Médica Panamericana.

Ticona, L. M. (2000). *Inteligencia emocional, autoestima y prevención de conductas de riesgo en adolescentes que atiende el centro de*

atención integral del adolescente, CLAS Leoncio Prado. Proyecto de investigación. UNJBG-COIN/FAEN de Tacna.

Tovar, N. F. (2010). *Nivel de autoestima y prácticas de conductas saludables en los estudiantes de educación secundaria de la Institución Educativa N°3049 Tahuantinsuyo-Independencia, 2009.* Tesis de licenciatura. UNMSM de Lima

Uribe, M. L. (2012). *Relación que existe entre el nivel de autoestima y el tipo de dinámica familiar de adolescentes del Centro Educativo Leoncio Prado, San Juan de Miraflores, 2011.* Tesis de licenciatura. UNMSM de Lima.

Valdebenito, L., & Larraín, S. (2007). *El maltrato deja huella.* Recuperado el 11 de diciembre de 2014, de http://www.unicef.cl/archivos_documento/208/UNICEF%20completo.pdf

Vargas, J. (2002). *Autoestima y relaciones interpersonales.* Lima: Rastros gráficos.

Zubarew, T., Romero, M. I., & Poblete, F. (2003). *Adolescencia: Promoción, prevención y atención de salud.* Chile: Universidad Católica de Chile.

ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO DE EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

PRESENTACIÓN:

Buenos días, mi nombre es Katty Mendoza Mamani, soy Maestrante de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, el presente instrumento tiene como propósito obtener información sobre: Violencia intrafamiliar y el nivel de autoestima asociados con la actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes. Para lo cual se le solicita su participación a través de las respuestas sinceras y reservadas, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su colaboración.

DATOS GENERALES:

1. Edad:.....Sexo:.....
2. Colegio:.....
3. Grado escolar:

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada una de las preguntas y marca con un aspa (x) el número que elija.

| | | | | |
|-------|----------|---------|----------------|---------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Nunca | Rara vez | A veces | Con frecuencia | Siempre |

Nunca: No has sido objeto de ningún tipo de violencia intrafamiliar.

Rara vez: Solo en alguna ocasión has sido objeto de sufrir violencia intrafamiliar (una vez al mes, año).

A veces: De vez en cuando eres objeto de sufrir violencia intrafamiliar (dos a tres veces a la semana)

Con frecuencia: Todos los días eres objeto de sufrir violencia intrafamiliar

Siempre: Muy a menudo eres objeto de sufrir violencia intrafamiliar (una o dos veces al día).

| Preguntas | Respuestas | | | | |
|---|------------|----------|---------|----------------|---------|
| | Nunca | Rara vez | A veces | Con frecuencia | Siempre |
| 1. Tus padres se golpean en casa? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Tus padres se insultan en casa? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Sufres de maltrato en tu hogar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Tus padres te golpean? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Tus padres te han golpeado con una parte de su cuerpo (con el puño, mano, un pie, etc.)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Tus padres te han golpeado con un objeto (correa, palo, cable de corriente, etc.) ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Tus padres te insultan? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Tus padres te amenazan? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Tus padres te han amenazado con un objeto (correa, palo, cable de corriente, etc.)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Cuando tus padres te dan una orden te levantan la voz? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Tus padres te restringen la salida sin ningún motivo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Tus hermanos mayores u otros familiares te han golpeado con una parte de su cuerpo (con el puño, mano, un pie, etc.)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Tus hermanos mayores u otros familiares te han golpeado con un objeto (correa, palo, cable de corriente, etc.)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Tus hermanos mayores u otros familiares te amenazan, insultan o | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| gritan? | | | | | |
| 15. Tus padres te han golpeado con respecto a tus bajas calificaciones escolares? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Recibes insultos de tus padres con respecto a tus bajas calificaciones escolares? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Recibes amenazas de tus padres con respecto a tus bajas calificaciones escolares? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Tus padres te han avergonzado delante de tus familiares o amigos respecto a tus bajas calificaciones escolares? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Tus padres muestran indiferencia con respecto a tus calificaciones escolares? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Cuando sufres de violencia te sientes sin ánimos de seguir estudiando? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Anexo 2

NIVEL DE AUTOESTIMA

Coloque una (X) donde corresponde

| | Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|--|-----------------------|-------------------|----------------------|--------------------------|
| 1. Me siento una persona tan valiosa como las otras | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. creo que tengo algunas cualidades buenas | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. En general me siento satisfecho conmigo mismo | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. A veces pienso que no sirvo para nada | 1 | 2 | 3 | 4 |

Anexo 3

INSTRUMENTO – ESCALA DE LICKERT

Instrucciones

A continuación se le presenta un conjunto de proposiciones. Lea cuidadosamente cada una de ellas y marque con un aspa (X) la alternativa de respuesta.

Las alternativas de respuesta son las siguientes:

(TA) Totalmente de acuerdo

(A) De acuerdo

(D) Desacuerdo

(TD) Totalmente en desacuerdo

Ejemplo

| PROPOSICION | T.A | A | D | T.D |
|---|------------|----------|----------|------------|
| 1. La moneda oficial del Perú es el nuevo sol | X | | | |

Marque por favor

| PROPOSICIONES | T.A | A | D | T.D |
|---|------------|----------|----------|------------|
| 1. Las relaciones sexuales con personas que consumen drogas es peligroso | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. En las relaciones sexuales entre personas de mismo género no es necesario protegerse | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Es muy importante la fidelidad en una pareja | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Uno se sentiría protegido(a) al tener relaciones sexuales con condón | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Es una opción tener relaciones sexuales con varias personas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Los prostíbulos son lugares inadecuados para tener relaciones sexuales | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Es más seguro tener la primera relación sexual usando Condón | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. El condón disminuye la sensibilidad | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Es seguro protegerse teniendo relaciones sexuales entre personas del mismo género | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. Tener relaciones sexuales con personas que consumen alcohol es peligroso | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. Es poco aceptable tener relaciones sexuales con una | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| persona que use condón | | | | |
| 12. Me gustaría tener mi primera relación sexual sin protección | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Me gustaría tener relaciones sexuales en un prostíbulo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Tener relaciones sexuales con personas que consumen alcohol, es aceptable | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Se puede consumir drogas para tener relaciones sexuales placenteras | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Es normal tener relaciones sexuales para tener experiencias nuevas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. El condón es necesario si no se eyacula dentro de la vagina | 4 | 3 | 2 | 1 |

¡Muchas gracias por su atención!

