



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TESIS

**“CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LOS RIESGOS DEL ALCOHOL,
SEXO Y DROGAS EN ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE JAEN, 2019”**

Para Optar el Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA

CLAUDIA LICET GUEVARA TUCTO

ASESORA

Mg. ROSALÍA DEL PILAR HUIMAN MARCHENA

CHICLAYO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

En primer lugar gracias dios por darme la vida y permitirme llegar hasta y alcanzar todas mis metas.

A mis abuelitos y a mis padres por confiar siempre en mí.

A mis tíos(as) familiares y amigos por apoyarme en muchos momentos.

A mi Universidad Particular de Chiclayo por su enseñanza y a mis revisoras y asesoras que siempre me apoyaron para concluir con mi tesis.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes.

Agradezco a mi padre y mis abuelitos por brindarme siempre su apoyo moral y económico y que siempre confiaron en mí.

De igual manera mis agradecimientos a mi universidad particular de Chiclayo, por permitirme culminar mis estudios universitarios a toda la Facultad de Enfermería, a mis asesores y revisora. Mg. Rosalía del Pilar Huiman Marchena quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

INDICE

	Pag.
I. RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
II. INTRODUCCION.....	7
2.1. Marco Teórico.....	9
a. Situación Problemática.....	9
b. Antecedentes.....	11
c. Base Teórica.....	13
2.2. Problema.....	33
2.3. Hipótesis.....	33
2.4. Objetivos.....	33
2.5. Justificación e Importancia.....	33
2.6. Definición y Operacionalización de Variables.....	34
III. MATERIAL Y METODOS.....	43
3.1. Tipos de Investigación.....	43
3.2. Diseño de Contrastación.....	43
3.3. Población y Muestra.....	43
3.4. Instrumentos y Técnicas de recolección de datos.....	45
3.5. Análisis Estadísticos.....	46
3.6. Principios éticos.....	46
IV. RESULTADOS.....	48
V. DISCUSIÓN.....	55
VI. CONCLUSIONES.....	58
VII. RECOMENDACIONES.....	59
VIII. ASENTAMIENTO BIBLIOGRÁFICO.....	60
IX. ANEXOS.....	67

I. RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo principal determinar el conocimiento y actitudes sobre riesgos del alcohol, sexo y drogas en estudiantes de primer año de la Universidad Nacional de Jaén, 2019. Fue un estudio cuantitativo de diseño descriptivo y de corte transversal. La muestra fue de 160 estudiantes de la Universidad Nacional de Jaén del primer año. Se utilizó un cuestionario de conocimientos validado por juicio de expertos, obteniendo un alfa crombach 0.9. Los resultados de la investigación indican que: Las características sociodemográficas de los estudiantes universitarios del primer año de la Universidad Nacional de Jaén; el 61% tienen entre 19 a 22 años y 33% son menores de 18 años, 53% son sexo femenino y 47% son sexo masculino, 95% son estado civil soltero, y 59% pertenecen al primer ciclo y 41% del segundo ciclo. El conocimiento que tienen los estudiantes en estudio respecto a los riesgos de alcohol, sexo y drogas; el 43% tienen conocimiento medio sobre, el 33% conocimiento alto y solo el 24% tienen un conocimiento bajo sobre el tema. Las actitudes que tienen los estudiantes en estudio respecto a los riesgos de alcohol, sexo y drogas; el 54% tienen una actitud desfavorable y el 46% tienen una actitud favorable. Llegando a la conclusión, Los resultados obtenidos en esta investigación, lleva a grandes desafíos como investigadora, pues realizar acciones de prevención en los jóvenes desde una perspectiva global con un mejor cuidado de la calidad de vida de las comunidades universitarias.

Palabras Clave: conocimiento, actitud, alcohol, droga, sexo

ABSTRACT

The main objective of this research study was to determine the knowledge and attitudes about risks of alcohol, sex and drugs in freshmen at the National University of Jaén, 2019. It was a quantitative study of descriptive design and cross-sectional design. The sample was of 160 students of the National University of Jaén of the first year. A knowledge questionnaire validated by expert judgment was used, obtaining an alpha crombach 0.9. The results of the research indicate that: The sociodemographic characteristics of the first year university students of the National University of Jaén; 61% are between 19 and 22 years old and 33% are under 18 years old, 53% are female and 47% are male, 95% are single marital status, and 59% belong to the first cycle and 41% of the second cycle . The knowledge that students have in study regarding the risks of alcohol, sex and drugs; 43% have medium knowledge about, 33% high knowledge and only 24% have low knowledge about the subject. The attitudes that students have in study regarding the risks of alcohol, sex and drugs; 54% have an unfavorable attitude and 46% have a favorable attitude. Coming to the conclusion, The results obtained in this research, leads to great challenges as a researcher, as to carry out prevention actions in young people from a global perspective with a better care of the quality of life of university communities.

Keywords: knowledge, attitude, alcohol, drug, sex

II. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la decisión de trabajar durante 10 años para la eliminación o reducción significativa de la producción ilícita y el uso indebido de drogas, aprobándose planes sectoriales para alcanzar ese objetivo; sin embargo, transcurridos esos diez años los estados miembros mostraron su insatisfacción porque los resultados obtenidos seguían siendo una creciente amenaza al problema mundial de las drogas, pues 5% (230 millones) de la población adulta consumieron alguna droga ilícita al menos una vez al año y de ellos un 0,6% (27 millones) o de la población adulta eran consumidores problemáticos de drogas. (1)

En Perú, el consumo de drogas tiene connotación nacional, así lo muestra la Encuesta Nacional de prevención y uso de drogas, con el creciente uso de drogas ilegales entre 17 a 30 años, donde 10% de jóvenes entre 17 a 19 años y 5,5% entre 20 a 30 años han consumido marihuana, mientras que 4,4% de jóvenes entre 17 a 19 años y 1,9% entre 20 a 30 años han consumido pasta básica de cocaína; asimismo, 6,8% de jóvenes entre 17 a 19 años y 1,8% entre 20 a 30 años han consumido clorhidrato de cocaína, siendo la prevalencia más alta de consumo de drogas la marihuana con 5,8%, seguido de 2,1% para pasta básica de cocaína, 1,8% para los inhalantes y clorhidrato de cocaína y 0,1% para drogas de diseño como el éxtasis. (2)

Asimismo, preocupa que la edad de inicio en el consumo de drogas haya disminuido a 13 años en promedio mientras que se ha incrementado el número de consumidores (3). Cada año cerca de 2 mil millones de personas consumen bebidas alcohólicas, lo que corresponde cerca del 40% (2 de cada 5) de la población mundial con más de 15 años. Este problema de consumo trae consecuencias nocivas cada año entre 2 a 2,5 millones de personas debido al consumo de alcohol presentan intoxicaciones agudas, cirrosis hepática alcohólica, violencia y accidentes de tránsito. La proporción de

los dos datos indica que cada año las consecuencias nocivas del alcohol son responsables de alrededor de 1,2 muerte atribuible al alcohol por cada 1000 consumidores alrededor de un 6% de todas las muertes entre hombres (consumidores y no consumidores) y el 1% entre las mujeres. (4)

Por ello el consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa 2,5 millones de muertes cada año en todo el mundo; unos 320 000 jóvenes de entre 15 y 29 años de edad mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol, lo que representa un 9% de las defunciones en ese grupo etario (5). Asimismo, el Perú es uno de los países con problemas de alcoholismo donde un tercio de su población consume en exceso esta bebida llevando a una adicción que afecta a la salud mental, así mismo este problema se está extendiendo hacia la población escolar del país, especialmente en el nivel de educación secundaria, pues este deteriora el nivel de aprendizaje y rendimiento escolar. (6)

2.1. Marco Teórico

a. Situación Problemática

Hoy en día el uso indebido de las drogas es un problema de carácter social y de dimensiones insospechadas, que invade al mundo industrializado y no industrializado, que va arrastrando cada vez más víctimas, en su mayoría adolescentes, causando problemas físicos, mentales, sociales y morales, así como problemas degenerativos de la conducta personal. (7)

El consumo de drogas ilegales en los adolescentes presenta aspectos preocupantes para la humanidad, empezando por el tipo de sustancia consumida, la frecuencia de uso, el aumento del número de consumidores junto con un descenso en la edad de iniciación; desencadenando múltiples problemas sociales como la desocupación, delincuencia, violencia, promiscuidad y el deterioro de los vínculos familiares, por el comportamiento alterado que tienen después de consumir. (8)

Estas actitudes atentan contra la moral, la integridad física y las buenas costumbres de la población, y por ende, desarticula el núcleo principal de la sociedad, que es la familia. (9) Existen una serie de comportamientos que adoptan los adolescentes bajo los efectos de las drogas, como conducir un auto o una moto, tener contactos o relaciones sexuales sin medir las consecuencias, crear problemas de convivencia en la familia, involucrarse en peleas y actos de violencia callejera. (10)

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que a nivel mundial el consumo de drogas en jóvenes y adolescentes es: de heroína 8 000 000, cocaína 13 300 000, alucinógenos 25 500 000, anfetaminas 30 200 000, marihuana 141 200 000, sedantes 227 400 000. Se calcula que por cada 100 adolescentes entre 14 y 17 años, 19 sufren dependencia del consumo de drogas. Así mismo, por cada 100 americanos de 12 años a más, 33 han consumido una droga ilegal durante su vida. Los hombres tienen más probabilidades de ser dependientes de la cocaína, marihuana y

opiáceos; mientras que las mujeres tienen más probabilidad de usar sedantes, ansiolíticos y anfetaminas. (11)

Según la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA), en el Perú, el consumo de drogas por los adolescentes y jóvenes ha ido incrementándose. El uso de las drogas legales reporta 77.7%, a diferencia de las drogas ilegales que reportan 5.1 %. La población escolar de nivel secundario, consumen alcohol en un 53,4% y el tabaco en 52,7% seguido de otras drogas un 18.3%. (12) El consumo de drogas en adolescentes, se vuelve cada día más común en las escuelas y los barrios, convirtiéndose en un problema grave de salud pública, difícil de solucionar, produciendo cada año más muertes, enfermedades y discapacidades que cualquier otra causa susceptible de ser prevenida.

La adolescencia es un período de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social que transcurre entre la infancia y la edad adulta. Esta transición refleja las contradicciones que imperan en la sociedad de los adultos, dando como resultado una crisis evolutiva, que implica confusión, ambivalencia, dolor y búsqueda de soluciones. Las conductas propias de esta etapa suelen conceder un gran valor a las relaciones de grupo, debido a la necesidad de identificación y de afirmación personal. Sin embargo, este grupo puede ser fuente de presiones entre sus miembros para que todos lleven a cabo ciertas acciones, entre ellas el consumo de drogas. (13)

El adolescente trata de obtener un conocimiento de sí mismo y del mundo que lo rodea; muchos adolescentes adoptan conductas riesgosas, forzándose a menudo a sí mismos y entre sí para probar sus límites, por ejemplo, pueden conducir un automóvil a altas velocidades, experimentar con drogas o alcohol, o entregarse a actividades sexuales sin tomar precauciones para evitar el embarazo (15).

La sociabilidad juega un rol muy importante en la vida del adolescente, ésta es definida como la capacidad, la aptitud que permite al individuo vivir con los otros y en grupo, siendo fruto de comprensión hacia el otro, de posibilidad de simpatía y empatía. La sociabilidad se manifiesta en la búsqueda de un socius, de un compañero o también por la integración en un grupo; para poder vivir las relaciones interpersonales e integrarse en un grupo se precisa una condición previa, el deseo de la persona y su aptitud para vivir con otro, esta aptitud no es algo innato, sino que varía a lo largo del desarrollo. La influencia de los grupos parece decisiva en la adolescencia, en cuanto al sentimiento de pertenencia a un grupo y la identificación con las actividades propias de ese grupo, como son diversiones, gustos, forma de vestir, de actuar, música, etc (15)

En la actualidad, en la Universidad Nacional de Jaén, se observa el aumento de estudiante asistiendo a bares de alrededor del campo universitario, muchos a su salida no tienen control de sí mismos. Esta situación, preocupa al entorno de los estudiantes pues este comportamiento trae consigo consecuencias como las drogas y embarazos no deseados.

b. Antecedentes

Cuji F; Naula G y Sánchez A. Ecuador. 2015. Conocimientos, actitudes y prácticas de consumo de alcohol en los habitantes de la comunidad de Quilloac, Cañar 2015. Los resultados obtenidos es que de 228 personas encuestadas el 47,8% fueron varones y el 52,1% fueron mujeres. Con referente a conocimientos el 80.3% sabe del tema, con referente al 19.7% que desconoce. Con lo relacionado a las actitudes el 69.6% tiene actitudes positivas frente al consumo de alcohol y el 30.4% actitudes negativas. Al hablar de prácticas tenemos que el 66.67% tienen practicas adecuadas y el 33.33% tienen practicas inadecuadas. En conclusión, los conocimientos que tienen los habitantes de la comunidad de Quilloac sobre el alcoholismo en su minoría son impropios, se observa actitudes positivas hacia el consumo de alcohol en un porcentaje alto. (17)

Abanto, W. y Ángeles, M. Perú. 2015. Determinación de los factores de riesgo que impactan en el consumo de drogas en el Perú y la toma de decisiones. El escenario fue amplió porque se aplicó los instrumentos en las 24 regiones del Perú; la población estuvo constituida por 20,271 personas de 12 a 65 años, las ciudades tomadas para el estudio bordaban con más de 20 mil habitantes. Los temas contenidos fueron: vulnerabilidad social, desintegración y violencia familiar, uso de drogas en la familia y amigos, percepción del riesgo en el adolescente, comportamiento del padre sobre los hijos, educación, vida nocturna, características del entrevistado y niveles socio-económicos. Para determinar los resultados y procesar toda la parte estadística se empleó el software SPSS. (19)

Oscuvilca E, Sosa W. Lima. 2014. Conocimiento y las actitudes sobre el consumo de bebidas alcohólicas de los estudiantes de las universidades de la Región Lima – 2014. Resultados. El 45,7% de estudiantes universitarios tienen el conocimiento alto; el 38,9% conocimiento medio y el 15,4% el conocimiento bajo. La actitud de los universitarios ante el consumo de bebidas alcohólicas es indiferente en el 50%, negativa en el 27,4% y positiva en el 22,6%. Conclusión. La relación significativa entre el conocimiento alto y la actitud indiferente de los estudiantes universitarios ante el consumo de bebidas alcohólicas, genera una línea de investigación en el área de salud mental, en procura de erradicar la cultura del consumo de alcohol por influencia de redes sociales, por encontrarse en un período idóneo para la adopción de hábitos y actitudes, mediante la observación e imitación. (20)

Bueno, R. y Valera, C. Cajamarca. 2018. Factores sociales y culturales que predisponen al consumo de tabaco en estudiantes de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo Cajamarca 2017. Tuvo como finalidad, relacionar los factores sociales y culturales que pueden conllevar al uso de tabaco en los estudiantes de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo del 2017. En la investigación utilizaron la metodología transversal, descriptiva, analítica, prospectiva; para la muestra

seleccionaron a 350 estudiantes de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo 2017; el instrumento que se utilizó fue un cuestionario (pre-estructurado), como resultados se obtuvo:

Relacionando factores sociales en el consumo de tabaco, según edad el 42.6% se encuentran 21 entre 21 a 25 años de los cuales el 49.5% si consumen tabaco, según sexo el 48% conformado por sexo masculino presenta el 61.2% si consumen tabaco, 83.7% residen en zona urbana de los cuales el 84.7 % consumen tabaco, Existe relación significativa ($p < 0.05$) entre el estado civil y el consumo de tabaco. Factores culturales, del total de la muestra el 36.6% son compañeros de estudios de los cuales 39.3% consumen tabaco, el 28% conformado por amigos el 46.9 % iniciaron por primera vez en el consumo de tabaco. Presentando relación significativa en ambos casos. Así mismo presenta 40.3% de estudiantes nunca han probado tabaco. Comprobándose la hipótesis según Chi cuadrado con una significancia de ($p > 0.05$). (22)

Barrantes, M. y Vásquez, C. Cajamarca. 2016. Funcionamiento Familiar y Consumo de Alcohol en Estudiantes Universitarios de la Carrera de Ingeniería Civil de una Universidad Pública - 2016. Se aplicaron dos instrumentos: “Escala de evaluación del funcionamiento familiar” (FACES III) y el “Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol” (AUDIT). Los resultados señalan que existe correlación entre la variable “Funcionamiento familiar” y la variable “Consumo de alcohol”, más no es una correlación significativa. De otro lado se obtuvo que respecto a funcionamiento familiar el 21,4% de los evaluados pertenece al sistema “Extremo caótico amalgamado” y en lo que refiere a consumo de alcohol, el 40,8% de los evaluados pertenece al tipo “Bebedor de bajo riesgo”. (21)

c. Base teórica

Se conoce como alcohol al compuesto químico etanol, también nombrado como alcohol etílico. Se trata de un líquido incoloro e inflamable, cuyo punto de ebullición es

78°C. (23) Las bebidas alcohólicas son bebidas que contienen “etanol” o alcohol etílico (C_2H_5OH). Se clasifican según los tipos de elaboración y se divide en cuatro tipos, los cuales son:

Bebidas fermentadas (5°-15°): Se obtienen después de un proceso de fermentación, y los licores más conocidos que se consiguen de la fermentación son el Vermut y aperitivos (16°-24°), Cava (12°), Vino (11°- 12°), Cerveza (4°-5°), Sidra (3°).

Bebidas espirituosas o destiladas (25°-60°): También llamadas bebidas blancas, son el resultado del proceso de separación de agua y alcohol de un líquido previamente fermentado cuya materia prima puede ser un cereal (cebada, maíz o centeno), un tubérculo (como papa) o desechos de frutas (como el caso de la grappa que se elabora con los hollejos de la uva). Entre las principales bebidas alcohólicas en la categoría de espirituosas o destiladas se encuentra: Ron (40°-80°), Whisky (40°-50°), Coñac (40°), Ginebra (40°), Vodka (40°), Anís (36°), Pacharán (28°).

Bebidas fortificadas o generosas: Son las bebidas alcohólicas que luego de haber sido fermentadas y destiladas entran a un proceso de fortificación aumentando su contenido alcohólico o pretenden lograr un sabor más equilibrado, generalmente suelen ser fortificadas con aguardiente. Entre estas bebidas generosas se encuentran el oporto, jerez, madeira, etc.

Licores y cremas: Son bebidas que nacen de la combinación de agua, alcohol, azúcar (con 35-40% de alcohol y 40-60% de azúcar) y frutas o hierbas especiales, su proceso puede ser variado pero el resultado final es siempre bastante similar, esta clasificación es la más extensa porque en cada lugar del mundo suele tener un licor o crema que sea popular, y algunos tienen hasta objetivos medicinales. Entre las importantes tenemos: Amaretto, Benedictine, Cassis, Curaçao, Tía María y Drambuie. (23)

Los problemas de consumo de alcohol tienen múltiples causas que no afectan a todas las personas por igual, pero que desempeñan un papel importante. Estos son:

Causas Genéticas: que se heredan de los padres al momento de la concepción, dando la probabilidad de que algunas personas sean especialmente vulnerables a la dependencia del alcohol debido a los antecedentes familiares de problemas con el consumo de alcohol. (24)

Causas Fisiológicas: ciertos cambios o problemas fisiológicos, pueden perpetuarse por el consumo de bebidas alcohólicas en exceso, que hacen que beber más sea la única forma de evitar el malestar. (24)

Causas Psicológicas: ciertos rasgos psicológicos que pueden tener las personas como la impulsividad, la baja autoestima, la necesidad de aprobación y el tratar de sobrellevar o “curar” problemas emocionales, provocan que consuma alcohol de manera inapropiada, como una forma de potenciar la actividad psicofísica (alegría, euforia, desinhibición, superar la timidez, vergüenza y retraimiento, mejoría del estado de ánimo, olvidar problemas emocionales, económicos), como diversión e integración dentro del grupo de amigos donde la mayoría consume alcohol. (24)

Causas Sociales y del Entorno: consume alcohol como una forma de búsqueda de afiliación que se impone desde el propio grupo de amigos en el que se participa, por la presión social de los compañeros, imitación de conductas y expresividad de la edad adulta y la fácil disponibilidad del alcohol, juegan un rol clave en el aumento de las probabilidades de desarrollar dependencia al consumo de alcohol. (24)

Se debe diferenciar entre uso, abuso y dependencia. El Uso, está referido a la ingesta de alcohol de bajo riesgo respetando las orientaciones médicas y legales, sin

meterse en problemas. El Abuso, es la ingesta de alcohol con un nivel de riesgo, tanto para el que lo usa como para los que lo rodean, traducido en un daño físico o mental y consecuencias a nivel social dirigido a otras personas con lesiones, peleas, grescas. La Dependencia Alcohólica, es el estado de ingesta de alcohol que produce un deseo incontrolable de consumirlo a pesar de que la persona es consciente de sus consecuencias negativas, el acto de beber se convierte en una prioridad sobre otras actividades y obligaciones. (25)

La frecuencia del consumo de alcohol, se clasifica como:

Consumo Leve: cuando el consumo es de dos bebidas por día de un tipo de bebida (una bebida significa 1,5 onzas de bebidas fuertes, 5 onzas de vino o 12 onzas de cerveza, que en todos los casos contienen 0,5 onzas de alcohol), pero se considera relativamente inofensivo. (26)

Consumo Moderado: cuando el consumo de alcohol va desde el abuso de alcohol hasta la dependencia del alcohol. (26)

Dependencia del Alcohol/Abuso de Alcohol/Alcoholismo: es un patrón de consumo de bebidas alcohólicas caracterizado por la tolerancia (necesidad de tomar más para lograr la misma euforia), cuyas consecuencias son muy adversas y recurrentes. Las personas pierden el control de su consumo, no pueden dejar de tomar una vez que comienzan provocando daños a las personas, sus familias y la comunidad. (26)

Son diferentes los factores que ayudan o contribuyen a que la juventud consuma alcohol en grandes cantidades, puesto que pueden tener dificultades con la sociedad, que muchas veces por ser aceptados en grupos sociales llegan a el consumo de alcohol y de otras sustancias; también los problemas familiares es uno de los factores que más influye en el consumo, puesto que las personas quieren olvidar quizá la violencia que hay dentro del hogar, la inseguridad o la irresponsabilidad de los padres, o por la carencia de afecto en el hogar. (27)

Asimismo otro factor predominante en el consumo de alcohol de los jóvenes es el factor individual, ya que al respecto de esto muchas de estas personas tienen problemas académicos, estrés por la carga de trabajos que cuando no es controlado esto los puede llevar al fracaso o el bloqueo mental, en este factor afecta mucho también cuando la persona tiene baja autoestima, depresión, ansiedad que son conductas que vienen desde la adolescencia y de las relaciones con respecto a otras personas, desilusiones amorosas, los impulsos, son los factores que llevan a la juventud a que consuma sustancias ilícitas. (27)

El consumo de alcohol, acompañado de otras sustancias, es un fenómeno que se encuentra profundamente enraizado en muchas sociedades, y se ha convertido en una preocupación social que amerita ser investigada. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2013), el consumo de alcohol se encuentra a nivel mundial entre las primeras diez causas de discapacidad; desórdenes como la depresión y la esquizofrenia llaman la atención; siendo siete veces mayor la discapacidad en hombres que en mujeres. (28)

La Organización Mundial de la Salud (2013), indicó que 22 millones de personas consumen alcohol en gran parte del mundo, esto obedece a la ampliación mundial de la oferta de las bebidas con contenido alcohólico, amparado por las modificaciones a las leyes que favorecen la producción, el comercio y el consumo de alcohol. Se atribuyen al alcohol efectos primordialmente traumatismos no intencionales y trastornos neuropsiquiátricos. (28)

En la actualidad el consumo de alcohol por parte de los adolescentes constituye una amenaza para la salud pública, ya que genera consecuencias negativas a nivel biológico, físico, emocional y psicológico en quien lo consume. Los problemas referentes a la salud pública, asociados al alcohol, han tomado proporciones alarmantes, hasta llegar al punto en que el consumo de esta sustancia se ha convertido en uno de los

riesgos sanitarios más sobresalientes en el mundo. Según el informe sobre la salud en el mundo, citado por la Organización Mundial de la Salud (2013), el consumo de alcohol es el primer factor de riesgo en los países en desarrollo y el tercero en los países desarrollados. (28)

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es un periodo de transición o de cambios en el desarrollo físico, sexual, psicológico y social, inmediatamente posterior a la niñez que comienza con la pubertad y marca el proceso de desarrollo humano entre la infancia y la edad adulta. Es el período comprendido entre los 10 años hasta los 19 años. La pubertad o adolescencia temprana comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños hasta los 14 años; mientras que la adolescencia media y tardía se extienden hasta los 19 años de edad. (29)

Un desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de las necesidades básicas humanas como son el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor. La salud sexual es la experiencia de un proceso de integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, que se evidencia en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que conducen al enriquecimiento positivo y armónico de la vida individual y social, mejora la personalidad, la comunicación y el amor continuo, brindando bienestar físico, psicológico y sociocultural en la sexualidad. Implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de un individuo, como su autoestima y su bienestar emocional y mental, además de la cultura y el ambiente donde vive.

También incluye la autoaceptación en el adolescente, que se sienta dueño de su cuerpo, ya que ellos son muy conscientes de su aspecto cuando empiezan a asumir su nueva imagen de adulto, es por ello que el término salud sexual en esta etapa de la vida juega un papel protagónico. (30)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como «la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien o realcen la personalidad, la comunicación y el amor». Además, la (OMS) afirma que «son fundamentales para este concepto el derecho a la información sexual y el derecho al placer». El concepto de salud sexual destaca la significación de aspectos cualitativos para el ser humano, como el desarrollo personal, el vínculo con los otros, el valor de la afectividad y de la comunicación. (31)

El comportamiento sexual de los adolescentes es muy sensible a las influencias de ciertos factores y guardan relación con su propia percepción del bienestar psicológico. El grado de vulnerabilidad del adolescente está en función de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad o fortalezas inducidas por los cambios de algunos factores sociales, demográficos, el micro ambiente familiar, las políticas socioeconómicas y el grado de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva. (32)

La adolescencia se divide en tres etapas:

Adolescencia Temprana (10 a 13 años) Está referida al periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como el inicio de la menstruación. Asimismo, comienza a 38 generar amistades fundamentalmente con personas del mismo sexo. Incrementan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales no reales. Se angustia en demasía por sus variaciones corporales con grandes dudas por su aspecto físico. (33)

Adolescencia media (14 a 16 años) Es la adolescencia propiamente dicha; en este período ha culminado casi por completo su crecimiento y desarrollo corporal. Se relaciona al máximo con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Muchas personas concuerdan que es la edad promedio de comienzo de

experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Se muestran muy preocupados por su apariencia física y pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. (33)

Adolescencia tardía (17 a 19 años) Los cambios físicos son imperceptibles y aceptan su imagen corporal; muestran nuevamente acercamiento a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; se interesan por relaciones más íntimas y el grupo de pares va perdiendo relevancia; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (33)

Entre las principales características de la etapa adolescente, se tienen: Crecimiento corporal dado por la ganancia de peso, estatura y cambios de la forma y medidas del cuerpo; ocurre el denominado estirón puberal, que es el punto de mayor incremento de la velocidad de crecimiento en este período. (34)

Acontece incremento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más evidente en el varón, aunado al incremento en la capacidad de transporte de oxígeno, aumento de los mecanismos tampones de la sangre, que permiten neutralizar eficientemente las sustancias químicas producidas durante la actividad muscular, también se ocurre un aumento y maduración de los pulmones y el corazón que conlleva a mayor rendimiento y por tanto recuperación más rápida frente al ejercicio físico. (34)

El aumento de la velocidad de crecimiento, las variaciones en la forma y medidas del cuerpo, los procesos endocrinológicos y metabólicos y la respectiva maduración, no siempre acontecen de manera armónica; por lo que es frecuente que presenten torpeza motora, incoordinación, fatiga, alteraciones del sueño, que pueden originar alteraciones emocionales y conductuales transitorias. (34)

El desarrollo sexual se caracteriza por la maduración de los genitales, la presencia de las características sexuales secundarias y el comienzo de la capacidad reproductiva. (34)

Respecto a lo psicosocial, de cierta manera un conjunto de características y comportamientos están presentes en este período, las cuales son: (34)

- a. Búsqueda de sí mismos y de su identidad, necesidad de independencia.
- b. Disposición a formar grupos.
- c. Transición del pensamiento concreto al abstracto. Los requerimientos intelectuales y la capacidad de usar el conocimiento alcanzan su máxima eficiencia.
- d. Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual. e. Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y constantes variaciones de su estado de ánimo.
- e. Conflictos con los padres que varían entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
- f. Muestran actitud social reivindicativa, ya que los adolescentes se vuelven más analíticos, piensan en términos simbólicos, generan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a sus propias conclusiones. Se elabora una escala de valores en correspondencia con su imagen del mundo.
- g. Eligen una ocupación y tiene necesidad de adiestrarse y capacitarse para su desempeño.
- h. Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.

Reconocer las características universales de la adolescencia permitirá identificar el estado normal de la misma y evitar la equivocación de catalogarlas como aspectos o conductas patológicas. (34)

La conducta o comportamiento sexual, es definida como el conjunto de actitudes y decisiones como resultado de una motivación o estímulo que ayuda a desarrollar en la persona el sentimiento sobre quién y que los atrae en el plano sexual. Puede ser una decisión tanto de hacer y de no hacer algo, como el darse un beso, tomarse de las manos, abrazar, masturbarse y una gama completa de otros comportamientos, que aún en la adolescencia temprana contrariamente a las suposiciones populares, el darse cuenta de esa situación no implica automáticamente el tener relaciones sexuales. Los adolescentes dan sentido a las transformaciones de su cuerpo en dos sentidos: un primer sentido es como vía de procreación, y un segundo sentido que resulta más riesgoso, es como vía de disfrute sexual y de atracción física erótica para otras personas. (35)

La conducta sexual de riesgo en los adolescentes, se define como todo comportamiento en la cual exista la exposición, vinculación o relación sexual (coital), que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de la otra persona, con la posibilidad de embarazos no deseados, abortos y contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA, relacionado con su estructura biológica, la falta de información y el poco acceso a los servicios de salud. Siendo la adolescencia un periodo marcado por la curiosidad, la experimentación, un conjunto de cambios emocionales y la presión ejercida por el grupo, se predispone a una serie de riesgos en la salud sexual, por lo que es importante realizar acciones para disminuir la incidencia futura, que no favorece el desarrollo hacia una adultez con armonía ni el control de sus actos, en consecuencia no se contribuye al fortalecimiento de la familia y la sociedad. (35)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, una conducta de riesgo es una “forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente”, en un enfoque netamente biomédico, en contraste con los enfoques planteados desde la psicología social que comprende aspectos más amplios de los

factores determinantes y de las consecuencias, no solo ligados a morbilidad y mortalidad sino también a consecuencias psicológicas y sociales negativas para el individuo. (36)

En el Perú, la vida sexual activa de adolescentes menores de 18 años es un hecho que algunas normas sociales y políticas se resisten a aceptar, a pesar de que las estadísticas indican que 4 de cada 10 mujeres tienen su primera relación sexual antes de cumplir la mayoría de edad, 18 años. (37)

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), considera dos definiciones para conducta sexual de alto riesgo: en primer lugar, sostiene que las personas que en los últimos doce meses tuvieron sexo con más de una persona incidieron en conductas sexuales de alto riesgo; en segundo lugar, el riesgo en el acto sexual es aún mayor si habiendo practicado sexo con más de una persona en el año de referencia, reporta que no utilizó condón. La incidencia en conductas sexuales de alto riesgo en el Perú en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad está relacionada con la edad precoz de inicio sexual, el haber tenido sexo al menos una vez en su vida, tener más de una pareja sexual, no usar métodos anticonceptivos, e incluso recurrir al aborto ante un embarazo no deseado. (38)

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano donde se identifican cambios radicales en las esferas biológicas, psicológicas y sociales. Es considerada como un periodo libre de problemas de salud, pero su adelantada maduración sexual, los lleva a la búsqueda de relaciones sexuales tempranas dando como resultado el inicio de su vida sexual activa, que cuanto más precoz sea la edad de inicio, mayor exposición tendrán a problemas o riesgos, como los embarazos no deseados vinculados al aborto, infecciones de transmisión sexual, entre otros. (39)

El inicio temprano de las relaciones implica también la aparición de problemas sexuales, porque en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la

acción de agentes infecciosos por el riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito sucede a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años, y el tiempo de exposición a las relaciones sexuales será mucho mayor. (39)

Referido a la cantidad de personas con quienes una persona ha tenido o tiene relaciones sociales y refleja un mayor riesgo de tiempo de exposición a un sinnúmero de agentes infecciosos. A mayor número de parejas sexuales, mayor riesgo de contagio con infecciones de transmisión sexual y si el virus papiloma humano es el causal de la infección, el riesgo aumenta hacia la probabilidad de cáncer cervicouterino. En el Perú, el año 2010 muestra una prevalencia de 12,6% con una tendencia creciente en el tiempo de adolescentes que reportaron haber tenido sexo alguna vez en su vida, de ellas respondieron que había sido con más de una pareja durante los últimos doce meses. Por ello es necesario, reforzar la adecuada educación sexual en los adolescentes como medida de prevención de riesgos (35).

Asimismo, Escobedo CM., 2013, al estudiar el número de parejas sexuales en mujeres, encontró que: 8,4% tuvo solo una pareja sexual y 46,7% tuvo más de una pareja sexual (13,4% de 2 a 5 parejas, 33,3% más de 6 parejas). (35)

Aborto, es la expulsión del producto de la concepción o la interrupción del embarazo en las 28 primeras semanas de gestación o la pérdida de un feto de peso inferior a 500 gr., es decir antes de que el producto de la concepción sea viable o sea capaz de vivir fuera de la cavidad uterina en forma independiente. (40) Las adolescentes recurren al aborto por diversas razones, como el temor, la vergüenza y la desesperación por no sentirse capaces de cuidar a un bebé o no saber cómo enfrentar su crianza y educación. Aproximadamente el 15 por ciento de todos los embarazos terminan en abortos espontáneos y un 25 por ciento se interrumpe por un aborto inducido. Algunas adolescentes intentan autoinducirse un aborto, otras recurren a personas no capacitadas

utilizando técnicas perjudiciales en condiciones antihigiénicas que conlleva a complicaciones.

En el Perú, es difícil tener una cifra exacta de abortos en adolescentes por la clandestinidad de los mismos, entre las cifras que se registran el 92,7% de casos tenían entre 16 y 19 años, con 11% de muertes maternas entre las edades de 10 a 19 años. El aborto es de riesgo para las adolescentes porque la mayoría ocurre de forma clandestina, en condiciones inadecuadas de higiene y con complicaciones como hemorragia, anemia, septicemia, desgarros vaginales, abscesos pélvicos, perforación uterina, lesiones en las vísceras huecas, esterilidad secundaria y muerte. (40)

El uso de métodos anticonceptivos son sustancias, elementos o procedimientos que se utilizan para evitar un embarazo no deseado. El conocimiento de métodos anticonceptivos, favorece un mayor acceso y uso de éstos, reducen los embarazos no deseados y en consecuencia disminuyen el índice de abortos, evitando que las mujeres se sometan a ellos en condiciones sanitarias inadecuadas; pero existen algunos obstáculos que impiden el uso de métodos anticonceptivos y que dificultan medir su uso en las mujeres que no desean quedar embarazadas y entre las mujeres solteras con actividad sexual, también se indica que los adolescentes no están bien informados y que tienen menor acceso a los métodos anticonceptivos que las mujeres adultas y las casadas, porque no se sienten aceptadas en los centros de planificación familiar que no ponen interés en atraer a los jóvenes y temen que su visita no sea confidencial.

Estos factores contribuyen al alto nivel de embarazos no planeados y abortos en condiciones de riesgo entre adolescentes de 15 a 19 años, que representan un promedio de 25% de todos los abortos en dicha situación y es un porcentaje muy superior al existente en otras regiones menos desarrolladas. (40)

Los métodos anticonceptivos más utilizados son:

- a) Anticonceptivos Mecánicos: son eficaces si se usan correctamente, no requieren examen ni prescripción médica, es de fácil acceso por su costo bajo, permiten un buen control del ciclo y suponen una adecuada alternativa para las adolescentes. Tenemos:
- El condón o preservativo, funda delgada de látex que el hombre se coloca en el pene antes de tener relaciones sexuales. No requiere de examen ni prescripción médica, es de fácil acceso por su bajo costo, eficaz si se usa correctamente y es el único método anticonceptivo que previene de las infecciones de transmisión sexual.
 - El diafragma, que se coloca cubriendo el cuello del útero de la mujer antes de tener relaciones sexuales.
 - Dispositivo Intrauterino (DIU), como la T de cobre o un dispositivo medicado con levonorgestrel, no está contraindicada en la adolescencia siempre que no exista riesgo de infecciones de transmisión sexual y se busque una anticoncepción a largo plazo.
 - Anillos vaginales, que se insertan en la vagina para un período de tres semanas, seguidos de una semana de descanso.
 - Implantes subdérmicos o parches, de gestágeno, son de elevada eficacia, se colocan una vez a la semana durante tres semanas, con una de descanso, permiten la anticoncepción prolongada por tres o cinco años, pero su afectación en el ciclo menstrual puede resultar un inconveniente.
- b) Anticoncepción Hormonal: en sus formas de administración oral, inyectable, vaginal o transdérmica, contienen estrógenos y progestágenos, constituyendo un método seguro y eficaz en esta época de la vida. Respecto a sus efectos secundarios, el bloqueo precoz del eje hipotálamohipofisario no tiene repercusiones negativas, ni parece afectarse el pico de masa ósea, tampoco tienen efecto en el aumento de peso mantenido y el aumento del cáncer de mama detectado en mujeres que usaron durante muchos años preparados de alta dosis

de etinilestradiol en su adolescencia no se ha demostrado con los preparados actuales de baja dosis (menos de 50 mcg), que permite un buen control del ciclo menstrual. Tenemos:

- La píldora, es seguro para la mujer si lo toma diariamente, se administra vía oral y protege durante un mes. Contiene 28 comprimidos (algunos de placebo). En cuanto a la mini-píldora con sólo gestágeno, es poco atractiva porque causa irregularidades menstruales y la aparición de quistes de ovario funcionales.
 - Los inyectables de Acetato de Medroxiprogesterona de depósito (AMPD), administrados vía intramuscular, su uso es frecuente entre adolescentes por su protección de larga duración (14 semanas o 3 meses) y su buena tolerancia. Sus efectos colaterales son, irregularidades en la menstruación, elevada frecuencia de amenorrea (en uso prolongado) y lento retorno a la fertilidad posterior.
 - Anticoncepción de Emergencia o Píldora del día siguiente, no es un método recomendable como de continuidad, pero es una valiosa segunda oportunidad para una relación no protegida por inesperada, por posible fallo del método (rotura del preservativo) o en condiciones de menos control por el/la adolescente (bajo efectos del alcohol o drogas), pues se administra sin receta médica en varios países. Dos comprimidos de Levonorgestrel de 0,75 mg en las primeras 72 horas tras un coito no protegido previene 84% de embarazos. Sus efectos secundarios son: náuseas, vómitos, mareos, dolor abdominal, alteración menstrual.
- c) Método de Abstinencia Periódica: Referidos a aquellas formas de evitar un embarazo no deseado absteniéndose o dejando de tener relaciones sexuales en fechas determinadas del calendario o ciclo menstrual. Entre los métodos más reconocidos y frecuentemente utilizados, están:
- Método del ritmo o del Calendario, que consiste en identificar los días fértiles (período en el cual se puede embarazar) y los días infértiles (cuando no se puede

embarazar) del ciclo menstrual, para evitar tener relaciones sexuales durante los días fértiles porque la mujer podría quedar embarazada. (40)

- Método de Billings o del moco cervical, es la identificación del período fértil y del período infértil a través del moco cervical, que es una secreción producida en el cuello del útero que cambia de características por la acción de las hormonas (estrógeno y progesterona) a lo largo del ciclo menstrual. Durante el período fértil esta secreción tiene un parecido a la clara del huevo crudo. (40)

Asimismo, según el diccionario de la Real Academia Española “las drogas son sustancias minerales, vegetales o animales, que se emplean en la medicina y en la industria; que pueden tener efectos estimulantes, deprimentes, narcóticos o alucinógenos.” (41)

En un concepto más jurídico se puede decir que “son aquellas sustancias cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que dan como resultado un trastorno en la función del juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona, además de modificar una o varias funciones del individuo.” (41)

Las anfetaminas. Son drogas que en su forma pura es un cristal amarillento que se fabrica como comprimido en cápsulas, píldoras o tabletas. Se consumen por vía oral o inhalatoria. Es una droga estimulante, un potente agente simpaticomimético, que después de consumirla, el usuario siente una intensa sensación de euforia, generando ideas rápidas, facilidad de palabra, quita el hambre, sueño, somete a un sobre esfuerzo al corazón, produce sensación de fuerza y autoestima, tensión o cólera, ansiedad; y cuando el efecto pasa, el organismo cae en agotamiento extremo; la persona se siente triste, desconfiada y deseosa de tomar más droga. (42)

Marihuana. Es la preparación seca y triturada que se elabora empleando las hojas, terminales florales y ramas finas de la planta Cannabis sativa. Suele consumirse como el tabaco, ya sea pura o mezclada y los efectos surgen al cabo de pocos minutos

después del consumo y perduran hasta tres horas. Entre los efectos físicos que produce son, ojos enrojecidos, aumento del apetito, sequedad de boca, leve taquicardia, relajación, somnolencia, alteraciones del equilibrio y la coordinación motora, y pérdida de la conciencia. Los efectos psicológicos son, sensación de bienestar (euforia), trastornos de coordinación, ansiedad, sensación de lentitud del paso del tiempo, trastorno del juicio y síndrome de abstinencia. (42)

El consumo crónico de marihuana, puede producir bronquitis crónica, cáncer pulmonar, alteración del sistema inmune, probable infertilidad y trastornos genéticos, déficit de motivación y déficit en las áreas de atención, pánico, nerviosismo, pérdida del apetito, insomnio, temblores, escalofríos y a veces fiebre. (42)

Cocaína: Es el alcaloide extraído de las hojas de *Erythoscytan coca*, llamado popularmente coca. (42) La cocaína es un polvo blanco, cristalino, amargo e inodoro, suele consumirse diluida en agua e inyectada, o bien aspirada por las fosas nasales y el efecto después de su consumo, duran treinta minutos. Produce efectos físicos como entumecimiento de labios y lengua, dolor en los senos nasales, incremento intenso y súbito de energía y vigor, sensación de fuerza y resistencia, aumenta el deseo y fantasía sexual. Entre los efectos psicológicos, júbilo, euforia, incremento de la autoestima, mejora percibida de rendimiento.

Heroína: Es un polvo cristalino blanco, inodoro, muy fino, pero muchas veces su aspecto puede variar. La heroína es un opiáceo, que se procesa a partir de la morfina. La forma de utilizar ha cambiado, pasando de inyectarse a inhalarla o fumarla, debido a que se obtiene mayor pureza con estos métodos y al concepto erróneo de que estas formas de empleo no llevarán a la adicción. (42)

Después de consumir esta droga, el usuario experimenta un brote de euforia acompañado de un cálido sonrojo de la piel, boca seca, extremidades pesadas, se turban

las facultades mentales debido a la depresión del sistema nervioso central. Entre las consecuencias graves está el aborto espontáneo, colapso de venas, infección del endocardio, de las válvulas del corazón, celulitis, enfermedades del hígado, complicaciones pulmonares y neumonía. (42)

Solventes volátiles: Inhalación. La utilización de materias que puedan inhalarse, como disolventes, gasolina, colas, aerosoles, pintura y combustibles de encendedores, está relativamente extendida entre los adolescentes. Los materiales inhalables son depresores y afectan rápidamente el cerebro. En pequeñas cantidades, sus efectos son de euforia, excitación y sensaciones placenteras. El uso excesivo puede producir ansiedad, ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, deformaciones de la imagen corporal, estupor y pérdida de conciencia. (42)

Para Keller, el conocimiento viene de la palabra griega logos que significa inteligencia y razón. La palabra conocimiento se emplea para señalar el resultado de un proceso cognitivo, es decir, que es el resultado de algo que nosotros aprendemos y razonamos sobre lo aprendido (42).

Blasco y Grimaltos, dijeron que el conocimiento es saber algo y ese algo debe ser verdad, porque si lo que creo es falso simplemente tendré una creencia falsa, pero por otra parte no puedo saber lo que no creo (43).

Tipos de conocimiento

Conocimiento espontáneo. Se adquiere de manera cotidiana, sin una planeación y sin utilizar instrumentos especialmente diseñados. En él coexisten elementos racionales e irracionales. La finalidad del sujeto en la relación del conocimiento no es conocer al objeto sino solo satisfacer necesidades. Aunque esta relación ya incluye cierto nivel de conocimiento, este es superficial y acrítico.

Conocimiento popular o cotidiano. Toda información recibida o transmitida sin referencia ni crítica expresa de las fuentes de dónde se tomó o de las razones que le dan validez. También se le llama conocimiento vulgar o común.

Conocimiento empírico. Es el que surge de la experiencia. No sigue un método, es asistemático. Se puede obtener al azar.

Conocimiento científico. Exige mayor rigor, trata de encontrar las regularidades en los acontecimientos para explicarlos, conocerlos y predecirlos. Se genera mediante la aplicación del método científico en los diseños de investigación. Es específico y preciso.

Conocimiento filosófico. Es general y comprehensivo. Habla de todo sin límites precisos. El filósofo reflexiona sobre los productos de la ciencia, su trascendencia, su valoración en general. Busca la integración racional del conocimiento humano en general. (43)

Evaluación del conocimiento

Existen niveles para la medición del conocimiento y ellos se dividen en:

Conocimiento Alto: cuando existe una adecuada función cognoscitiva las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es fundamentada y acertada, además identifica, estructura y utiliza la información para obtener un resultado.

Conocimiento Medio: llamado también regular, hay una integración parcial de ideas, manifiesta conceptos básicos. Identifica, estructura y utiliza la información en forma no tan efectiva.

Conocimiento Bajo: cuando existe una idea desorganizada, deficiente e inadecuada distribución cognoscitiva en la expresión de conceptos básicos, los términos no son precisos ni adecuados, no identifica, no estructura, ni utiliza la información.

Por otro lado, el concepto de actitud se ha elaborado desde múltiples y distintos puntos de vista, la mayoría de los autores contemporáneos la clasifican en dos corrientes:

- La primera corriente considera a la actitud como una disposición a la acción.
- La segunda corriente se dirige más que a la acción a los procesos cognitivos, que es el modo en que la persona siente o piensa acerca de algo. (44)

Por ello, la actitud se aprende y permanece implícita, es un estado inferido del organismo que al parecer se adquiere de manera muy semejante a como lo hacen otras actividades internas aprendidas.

De igual forma Portugal, considera que la actitud es un estado de predisposición psicológica adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que ínsita al individuo a reaccionar de una manera característica, frente a determinadas personas, objetos o situaciones siendo una predisposición a la acción. Cuando estudiamos una actitud no nos referimos a algo que pueda observarse directamente nos referimos a un concepto psicológico que designa algo dentro del individuo.¹⁰

Características de las actitudes:

- Las actitudes no son innatas, se aprenden.
- Las actitudes no son temporales sino estados más o menos persistentes una vez que estas han sido formadas.
- Las actitudes siempre implican una relación entre la persona y los objetos.

2.2. Problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitudes sobre riesgos del alcohol, sexo y drogas en estudiantes de primer año de la Universidad Nacional de Jaén, 2019?

2.3. Hipótesis

El nivel de conocimiento es medio en estudiantes frente al riesgo del alcohol, drogas y sexo del primer año de la Universidad Nacional de Jaén, 2019.

Las actitudes son desfavorables en estudiantes frente al riesgo del alcohol, drogas y sexo del primer año de la Universidad Nacional de Jaén, 2019

2.4. Objetivos

Objetivo General

Determinar el conocimiento y actitudes sobre riesgos del alcohol, sexo y drogas en estudiantes de primer año de la Universidad Nacional de Jaén, 2019.

Objetivos Específicos

Caracterizar socio demográfico a los estudiantes de primer año de la Universidad Nacional de Jaén.

Identificar el nivel de conocimiento sobre riesgos del alcohol, sexo y drogas en estudiantes de primer año de la Universidad Nacional de Jaén.

Identificar actitudes sobre riesgos del alcohol, sexo y drogas en estudiantes de primer año de la Universidad Nacional de Jaén.

2.5. Justificación e importancia

La presente investigación es de suma importancia, ya que se enfocará en una población juvenil universitaria, en esta etapa son proclives a muchos cambios en diversos ámbitos como: en el eje social donde los jóvenes por respeto a la amistad, presión social o curiosidad llegan a consumir alcohol en algún punto de su vida, en el eje familiar el

observar a un familiar consumiendo alcohol se ha llegado a instaurar como costumbre, en el eje afectivo el adolescente atraviesa una etapa de indagación y reafirmación de su personalidad por lo que es susceptible a cambios de humor influyendo en el consumo de alcohol.

Muchos de los jóvenes en esta etapa dan comienzo la búsqueda de pareja o grupo de pares, manifestando aspectos afectivos – conductuales erráticos, poco coherentes son más impulsivos, lo cual al investigador causa interés debido a que si existiera cierta cognición en la manifestación emocional podría reducir el riesgo de consumo, se podría atribuir una relación entre el consumo y los estados afectivos presentes. Por lo tanto, la investigación pretende ser original, porque no existen antecedentes de una investigación referente a una población de adolescentes universitarios, en la que se determinará los conocimientos y su actitud frente a los riesgos del consumo de alcohol, drogas y sexo, trilogía perfecta que conduce una degeneración total del individuo.

El presente estudio servirá como base para futuras investigaciones, proyectos, planificación y estrategias promoción y prevención para educar a la población estudiantil y sobre el riesgo y daños que causan.

2.6. Definición y operacionalización de variables

Variable Independiente:

Nivel de conocimiento sobre riesgos del alcohol, sexo y drogas

Actitud del estudiante sobre riesgos del alcohol, sexo y drogas

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Índices	Escala	Instrumento
Conocimiento sobre riesgo de consumo de alcohol, sexo y drogas	Para medir conocimiento o consta de 3 dimensiones alcohol, drogas y alcohol las cuales suman 20 preguntas. Alto: 16-20 Medio: 11-15 Bajo: 0-10	Alcohol	Durante tu etapa escolar crees que has recibido suficiente información sobre los peligros que el alcohol tiene para la salud Crees que el alcohol es una droga Cuáles son a tu entender las consecuencias del consumo de alcohol agudo	Mucho Bastante Poco Nada Si No Accidentes de tránsito Pérdida de empleo Coma alcohólico Cirrosis Contagio de VIH / SIDA Como alcohólico y	Nominal	Instrumento: Encuesta Técnica: Cuestionario

			El consumo de bebidas alcohólicas trae consecuencias negativas	muerte Alcoholismo Trae consecuencias negativas para sí mismo. Trae consecuencias negativas para las personas que lo rodean. Trae consecuencias negativas con la justicia. Trae consecuencias negativas para sí mismas, para las personas que lo rodean y problemas con la justicia. No causa		
--	--	--	---	--	--	--

			Una persona que consume bebidas alcohólicas	consecuencias negativas en ningún ámbito de los nombrados anteriormente. Perturba la relación de pareja Perturba la vida familiar Perturba el rendimiento laboral Perturba la relación de pareja, la vida familiar, el rendimiento laboral. No perturba la relación de pareja, la vida familiar, el rendimiento laboral.		
--	--	--	---	--	--	--

			otras	VIH / SIDA Cáncer		
			El uso de marihuana infiere con el aprendizaje	Verdadero Falso No se		
			El consumo de drogas altera la capacidad de conducir vehículos con seguridad	Verdadero Falso No se		
			El fumar cigarrillos y puros produce cáncer de pulmón	Verdadero Falso No se		
			Si consumes drogas puedes tener problemas con la ley	Verdadero Falso No se		

		SEXO	El uso de alcohol, tabaco y marihuana no altera las hormonas sexuales y/o capacidad reproductiva del hombre y mujer	Verdadero Falso No se		
--	--	-------------	---	-----------------------------	--	--

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Índices	Escala	Instrumento
Actitud sobre riesgo de consumo de alcohol, sexo y drogas	Para calificar la actitud: Favorable: 24 – 40 Desfavorable: 1 - 23	Conductual	Tener prácticas sexuales bajo los efectos del alcohol y las drogas es una experiencia gratificante. Considero que las drogas y el alcohol mejoran las sensaciones y la sensibilidad sexual. Pienso que tener prácticas sexuales bajo el efecto de una droga o el alcohol es más placentero. El consumo de alcohol-drogas me facilita tener prácticas sexuales	Totalmente de acuerdo De acuerdo Indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ordinal	Escala de Likert

			El consumo de drogas o alcohol me da seguridad antes de la práctica sexual. Me siento más aceptado sexualmente cuando consumo alcohol-drogas. Si mis amigos tienen prácticas sexuales bajo efectos de alcohol-drogas es adecuado. Tener prácticas sexuales bajo los efectos del alcohol y las drogas es una experiencia gratificante.			
--	--	--	---	--	--	--

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.- Tipo de investigación

Según el enfoque de la investigación fue cuantitativo porque para Hernández Sampieri lo define como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. “Es decir, se trata de estudios en los que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables”. Lo que haremos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos (42).

3.2.- Diseño de investigación /contrastación de hipótesis

Descriptivo, por el análisis y alcance de los resultados o por la profundidad del estudio.

Prospectiva, por el tiempo futuro para la recolectar datos como suceden los hechos.

Transversal, por el periodo y secuencia o por número de mediciones de la variable en estudio.

3.3.- Población y muestra

Población: Estuvo constituida por todos los alumnos del primer año de estudios de la Universidad Nacional de Jaén, registrando su respectiva matrícula en las Escuelas de, Tecnología Médica, ingeniería forestal ,industrias alimenticias ,ingeniería mecánica y eléctrica ,ingeniería civil ,estimándose 280 estudiantes.

Muestra: La muestra será conformada por 160 alumnos del primer año de estudios de la Universidad Nacional de Jaén, semestre 2019-II.

El tamaño de la muestra se obtuvo a través de la siguiente formula:

Dónde:

Z: Nivel de Confianza (1.96)²

p: 0.5

q: 0.5

E: Error puntual (0.05)²

n: Tamaño de la muestra

N: Población total=280

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

$$n = \frac{1.96^2 * 280 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (280-1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 159.50 \cong 160$$

Criterios de inclusión:

- Estudiante debidamente matriculado e inscrito en la Nómina oficial de cada escuela profesional: Primer semestre 2019, registrando su respectiva matrícula en las Escuelas de, Tecnología Médica, ingeniería forestal ,industrias alimenticias ,ingeniería mecánica y eléctrica ,ingeniería civil 1er ciclo y 2do ciclo de estudios y que desea participar en forma libre y voluntaria; previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no asistieron durante la visita en aula y/o laboratorio y que no desean participar.

3.4.- Instrumentos y técnicas de recolección de datos:

En cuanto a la técnica para la medición de la variable se utilizó la encuesta, la cual, es una técnica basada en preguntas, aplicada a un grupo de estudio, utilizando cuestionarios, que, mediante preguntas, en forma personal, telefónica, o correo, permiten investigar las características, opiniones, costumbres, hábitos, gustos, conocimientos, modos y calidad de vida, situación ocupacional, cultural, etcétera, dentro de una comunidad determinada (42).

- Cuestionario para medir concomitamiento consta de 3 dimensiones alcohol, drogas y sexo las cuales suman 20 preguntas.

Alto: 16-20

Medio: 11-15

Bajo: 0-10

Se realizó la validación por juicios de expertos. Tres enfermera dieron sugerencias, se alzaron observaciones y posteriormente se aplicó la prueba piloto al 10% de la población 16 estudiantes. Luego se realizó la prueba de confiabilidad de alfa crombach dando como resultado de 0.9 siendo el instrumento altamente confiable.

- Cuestionario Tipo Likert para medir actitud a base del instrumento validado por Olber Eduardo Arango-Tobón y Guillermo Alonso Castaño Pérez en su investigación Riesgos psicosociales y actitudes sobre prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol o drogas en adolescentes de la ciudad de Medellín. Cuyo puntaje es evaluado de la siguiente manera:

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	2	3	4	5

Favorable: 24 – 40

Desfavorable: 1 - 23

Procedimiento:

Después de haber efectuado las coordinaciones de la Universidad Nacional de Jaén, para efectuar la presente investigación.

La información será registrada en las respectivas Fichas de Recolección de Datos, de conocimientos y actitud.

3.5.- Análisis estadístico de los datos

Para efecto de la presente investigación se utilizará la estadística descriptiva. La información final será procesada en el software SPSS versión 25.

Para presentación de datos Se realizará con distribución de frecuencias y tablas de contingencia mostradas en gráficos circulares y de barra; entre otras.

3.6.- Principios Éticos

En el estudio se respetarán los principios éticos de Report Belmont los de Autonomía, Beneficencia – No Maleficencia y Justicia.

Con respecto al Principio de Autonomía, que incluye el respeto a la propia y libre decisión de las personas, requieren de un consentimiento informado; en nuestro caso, a pesar de considerarse que no existe riesgo, se solicitó el permiso a la dirección de la Universidad Nacional de Jaén.

El respeto a los Principios de Beneficencia y No Maleficencia, está asegurado tanto porque la investigación no representa ningún riesgo para la investigadora, como por el resguardo de la confidencialidad de la información, el secreto y la privacidad. En cuanto a los beneficios que se obtendrán de la investigación (significación práctica), estos recaerán tanto en el grupo investigado como en la institución de salud.

En lo que corresponde al Principio de Justicia, los estudiantes fueron beneficiadas directamente, cuando las autoridades de la Universidad Nacional de Jaén planteen estrategias entre ellas la capacitación para concientizar el uso de alcohol, drogas y prácticas del sexo.

IV. RESULTADOS

Tabla 01: Características socio demográfico a los estudiantes de primer año de la Universidad Nacional de Jaén.

Características socio demográficas	Items	Frecuencia	Porcentaje
Edad	<18	52	33
	19-22	97	61
	23-26	11	6
Sexo	Femenino	84	53
	Masculino	76	47
Estado civil	Soltero	152	95
	Casado	5	3
	Conviviente	3	2
Ciclo	Primero	94	59
	Segundo	66	41
Total		160	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De un total de 160 (100%) de estudiantes en estudio; 97 (61%) tienen entre 19 a 22 años y 52 (33%) son menores de 18 años, 84 (53%) son sexo femenino y 76 (47%) son sexo masculino, 152 (95%) son estado civil soltero, y 94 (59%) pertenecen al primer ciclo y 66 (41%) del segundo ciclo.

Gráfico 01: Características socio demográfico a los estudiantes de primer año de la Universidad Nacional de Jaén.

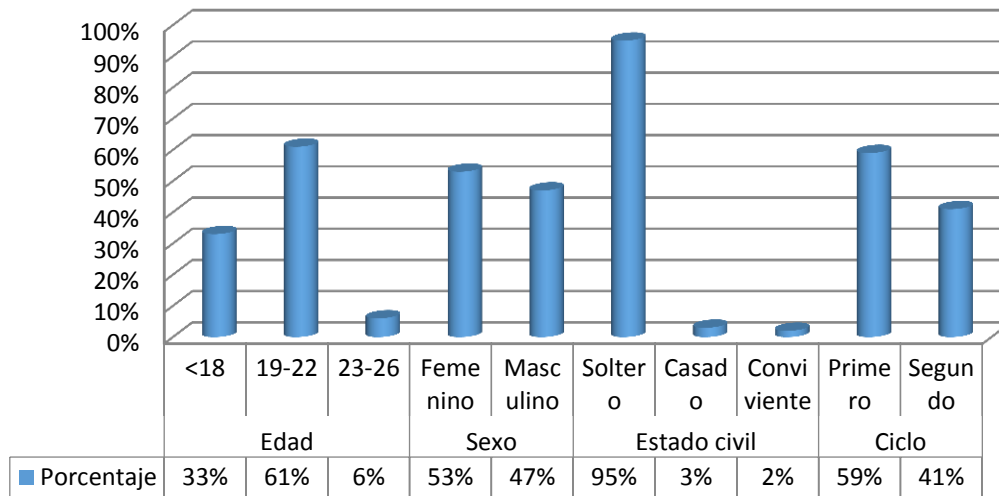


Tabla 02: Conocimiento sobre riesgos del alcohol en estudiantes de primer año de la Universidad Nacional de Jaén.

Conocimiento sobre riesgos de alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Conoce	76	48
No conoce	84	52
Total	160	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De un total de 160 (100%) de estudiantes en estudio; 84 (52%) no conocen sobre los riesgos del alcohol y 76 (48%) conocen sobre el tema.

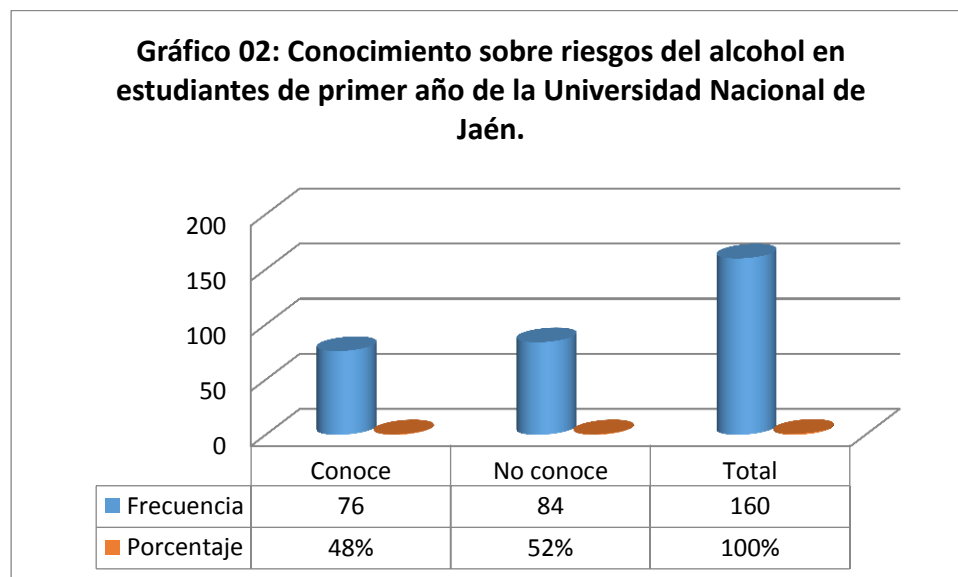


Tabla 03: Conocimiento sobre riesgos del sexo en estudiantes de primer año de la Universidad Nacional de Jaén.

Conocimiento sobre riesgos del sexo	Frecuencia	Porcentaje
Conoce	83	52%
No conoce	77	48%
Total	160	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De un total de 160 (100%) de estudiantes en estudio; 83 (52%) conocen sobre los riesgos del sexo y 77 (48%) no conocen sobre el tema.

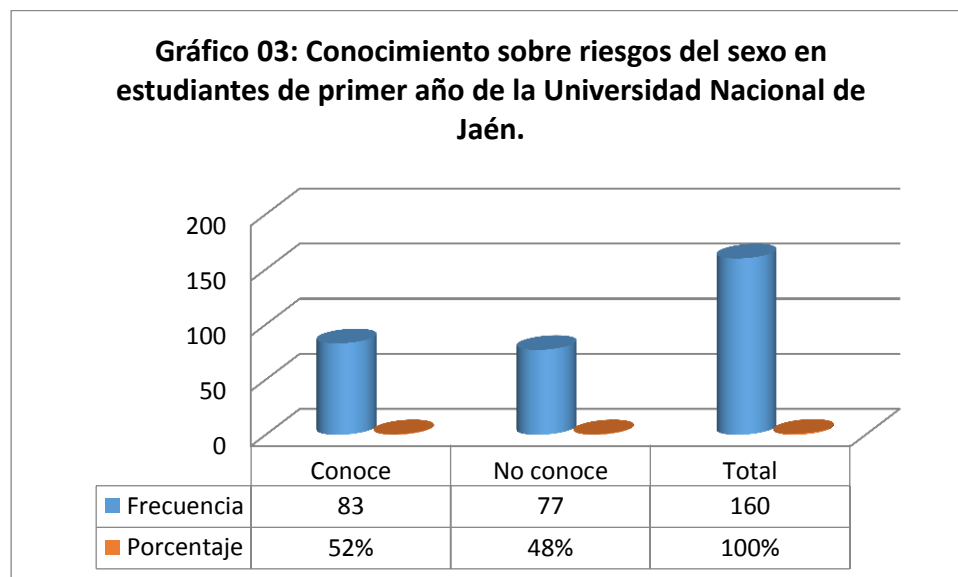


Tabla 04: Conocimiento sobre riesgos de drogas en estudiantes de primer año de la Universidad Nacional de Jaén.

Conocimiento sobre riesgos de drogas	Frecuencia	Porcentaje
Conoce	66	41
No conoce	94	59
Total	160	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De un total de 160 (100%) de estudiantes en estudio; 94 (59%) no conocen sobre los riesgos de las drogas y 66 (41%) conocen sobre el tema.

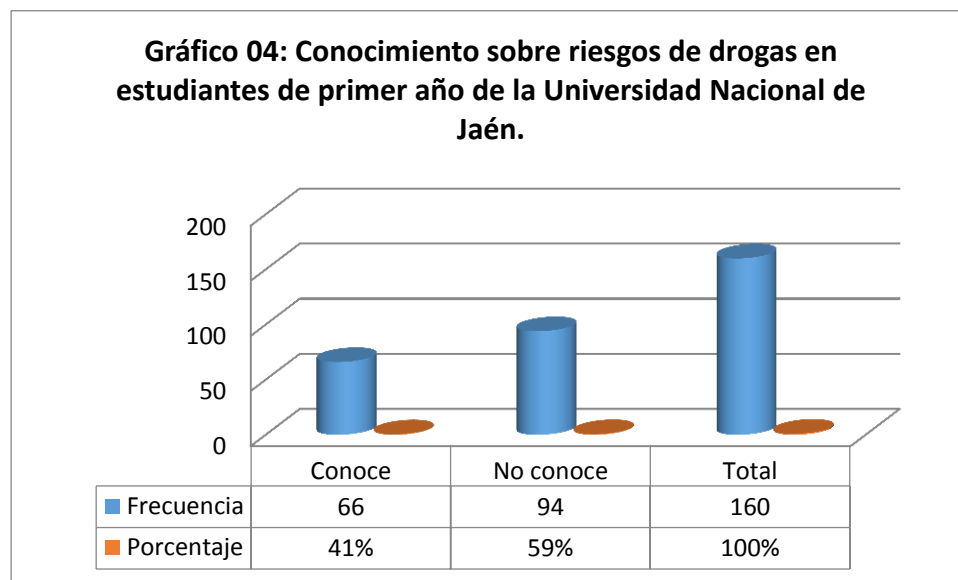


Tabla 05: Conocimiento sobre riesgos del alcohol, sexo y drogas en estudiantes de primer año de la Universidad Nacional de Jaén

Conocimiento sobre riesgos de alcohol, sexo y drogas			
	Items	Frecuencia	Porcentaje
Alto	16-20	53	33
Medio	15-11	68	43
Bajo	0-10	39	24
Total	20	160	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De un total de 160 (100%) de estudiantes en estudio; 68 (43%) tienen conocimiento medio sobre riesgos de alcohol, sexo y drogas, 53 (33%) conocimiento alto y solo el 39 (24%) tienen un conocimiento bajo sobre el tema.

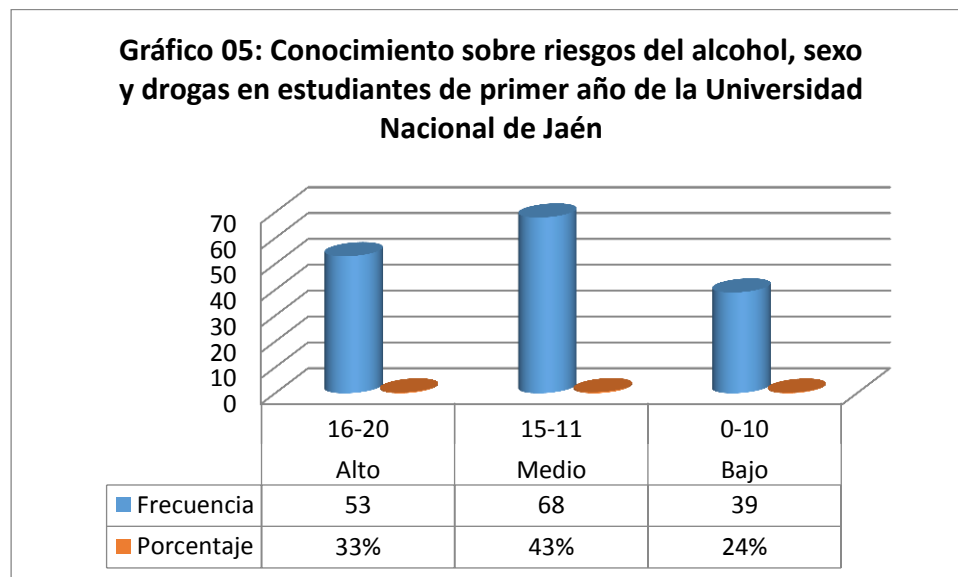
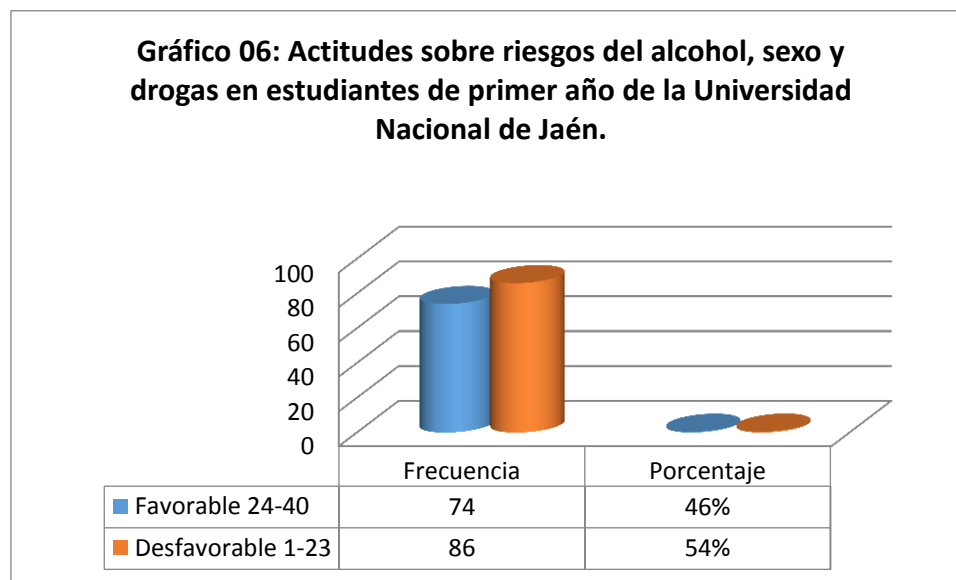


Tabla 06: Actitudes sobre riesgos del alcohol, sexo y drogas en estudiantes de primer año de la Universidad Nacional de Jaén.

Actitudes sobre riesgos de alcohol, sexo y drogas	Items	Frecuencia	Porcentaje
Favorable	24-40	74	46
Desfavorable	1-23	86	54
Total	40	160	100

Fuente: Olber Eduardo Arango-Tobón y Guillermo Alonso Castaño Pérez

Interpretación: De un total de 160 (100%) de estudiantes en estudio; 86 (54%) tienen una actitud desfavorable sobre riesgos de alcohol, sexo y drogas y el 74 (46%) tienen una actitud favorable.



V. DISCUSIÓN

El consumo de alcohol y drogas, se ha considerado un problema social de mucho interés por influir en las bases familiares, parte académica, socioeconómico, conocimiento y actitudes, todo ello en conjunto con el entorno que tenga el individuo y las influencias que recaigan en ellos. Hoy en día, el consumo de estas sustancias nocivas se ha considerado como amenaza para las personas; para ello la universidad debe tener como compromiso social el cambio progresivo de calidad de vida de las personas de futuras generaciones.

En la tabla 01, en cuanto a las características sociodemográficas se obtuvo como resultado que el 61% de estudiantes tienen entre 19 a 22 años y 33% son menores de 18 años, 53% son sexo femenino y 47% son sexo masculino, 95% son estado civil soltero, y 59% pertenecen al primer ciclo y 41% del segundo ciclo. Es así que, Cuji F; Naula G y Sánchez A concuerdan con los resultados, al encontrar que el 47,8% fueron varones y el 52,1% fueron mujeres. De igual forma, Bueno, R. y Valera, C. obtuvo que el 42.6% se encuentran entre 21 a 25 años de los cuales el 49.5% si consumen tabaco, según sexo el 48% conformado por sexo masculino presenta el 61.2% si consumen tabaco.

Desde la adolescencia se convierte en una etapa de experimentar cosas nuevas, la cual se refuerza en la vida universitaria porque en su mayoría el estudiante tiene demasiada curiosidad que le lleva a buscar nuevas experiencias que produzcan bienestar o reduzca el estrés por la rutina que llevan, y a veces porque necesitan ser aceptados por la sociedad. La edad de 18 a 24 años, son los que se ven más afectados por el alcohol y drogas, y a ello se suma muchas veces los antecedentes familiares, autoestima baja, depresión.

De acuerdo con los objetivos trazados, en la tabla 05 se obtuvo resultados respecto al conocimiento del estudiante sobre riesgos de alcohol, sexo y drogas; donde resalto el 43% con conocimiento medio, 33% conocimiento alto y solo el 24% tienen un

conocimiento bajo sobre el tema. Al comparar los resultados obtenidos en esta investigación con un estudio realizado por Cuji F; Naula G y Sánchez A obtuvo que el 80.3% sabe del alcoholismo, sin embargo, el 19.7% que desconoce. Asimismo, Oscuivilca E, Sosa W. el 45,7% de estudiantes universitarios tienen el conocimiento alto; el 38,9% conocimiento medio y el 15,4% el conocimiento bajo.

Si bien, numerosos autores afirman que la etapa universitaria es donde se da el inicio de determinadas conductas de riesgo, como el consumo de alcohol y drogas lo que lleva a mantener prácticas sexuales sin protección. Los resultados obtenidos exige la necesidad de fortalecer los conocimientos para prevenir las consecuencias que todo este acto lleva consigo.

En la tabla 06, nos permite observar los resultados respecto a la actitud sobre los riesgos de alcohol, drogas y sexo; el 54% de estudiantes tienen una actitud desfavorable sobre riesgos de alcohol, sexo y drogas y el 46% tienen una actitud favorable. Estos resultados concuerdan con Oscuivilca E, Sosa W. que halló que la actitud de los universitarios ante el consumo de bebidas alcohólicas es indiferente en el 50%, negativa en el 27,4% y positiva en el 22,6%. Todo lo contrario, con el estudio de Cuji F; Naula G y Sánchez A el 69.6% tiene actitudes positivas frente al consumo de alcohol y el 30.4% actitudes negativas sobre el alcoholismo.

En la actitud de las personas más en la de un universitario respecto al alcohol, drogas y sexo, se presenta una fuerte presión, pues varios aspectos se involucran en ello, siendo uno de ellos el medio de comunicación, dinero, educación y valores de casa. Hoy en día, vivimos dentro de un poder ilegal de productores y también consumidores ilegales que, muy poco reflexionan sobre las consecuencias del excesivo consumo del alcohol, drogas y sexo inseguro. Los resultados obtenidos en esta investigación, lleva a grandes desafíos como investigadora, pues realizar acciones de prevención en los

jóvenes desde una perspectiva global con un mejor cuidado de la calidad de vida de las comunidades universitarias.

Por ello, se llega a la conclusión que el estudiante debe ser responsable, para disminuir el consumo de alcohol, evitar las drogas y la práctica del sexo inseguro, y poner resistencia a la influencia social que se vive en la actualidad.

VI. CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas de los estudiantes universitarios del primer año de la Universidad Nacional de Jaén; el 61% tienen entre 19 a 22 años y 33% son menores de 18 años, 53% son sexo femenino y 47% son sexo masculino, 95% son estado civil soltero, y 59% pertenecen al primer ciclo y 41% del segundo ciclo.
- El conocimiento que tienen los estudiantes en estudio respecto a los riesgos de alcohol, sexo y drogas; el 43% tienen conocimiento medio sobre, el 33% conocimiento alto y solo el 24% tienen un conocimiento bajo sobre el tema.
- Las actitudes que tienen los estudiantes en estudio respecto a los riesgos de alcohol, sexo y drogas; el 54% tienen una actitud desfavorable y el 46% tienen una actitud favorable.

VII. RECOMENDACIONES

A la Dirección Regional de Salud se propone fortalecer el programa de adolescente y adulto joven, con el fin de realizar estrategias para manejo de sus propias emociones y asegurar una autoestima alta, que les permita evitar el consumo de alcohol, drogas y sexo por influencias sociales.

A la municipalidad, el alcalde debe dirigir y asegurar el cumplimiento de la Ley 28681, en cuanto refiere a regular la comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas, más aún en menores de 18 años.

A la Universidad Nacional de Jaén, los docentes de enfermería, realizar constantes sesiones educativas en los cursos respectivos acerca de la importancia de este tema y las consecuencias que trae consigo para realizar cambios de conducta en el adolescente.

Coordinar con los medios de comunicación sobre la importancia de los riesgos del consumo inadecuado de alcohol, drogas y crear conciencia en los jóvenes promoviendo acciones relacionadas al tema de promoción de estilos de vida saludable, prevención de las conductas sexuales de riesgo y consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes desde los primeros años con la participación de un equipo multidisciplinario compuesto por obstetras, psicólogos, médicos etc., así como mejorar la capacitación y concientización.

VIII. ASENTAMIENTO BIBLIOGRÁFICO

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la situación mundial sobre el alcohol y la salud. Ginebra. 2011
2. Saravia JC, Gutiérrez C, Frech H. Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. Tesis de Maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú. Rev. Perú Epidemiol. Vol. 18 (1): 01; enero-abril. Lima, Perú. 2014. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203131355003>
3. Comisión Nacional para el Desarrollo y vida sin Drogas (DEVIDA). Estudio Nacional. Prevención de Drogas y consumo en estudiantes de Secundaria 2012. Perú. 2014. Disponible en: http://www.devida.gob.pe/wp-content/uploads/2014/Informe-Ejecutivo_IV-Estudio-Nacional-Prevenci%C3%B3n-y-Consumo-deDrogas-en-Estudiantes-de-Secundaria-2012.pdf
4. BALLAS, P. Consumo de Alcohol - Información General. 2009;; [En internet]. Fecha de acceso 3 de marzo del 2011. En: http://www.umm.edu/esp_ency/article/001944.htm.
5. Barrón, M. y colaboradores, "Violencia" Serie Adolescencia, Educación y Salud 2, Editorial Brujas, Edición 2008. "Adolescentes incluidos Adolescentes excluidos", Serie Adolescencia, Educación y Salud 3, Editorial Brujas, Edición 2008. Disponible en: www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf, consultado.
6. MARTINEZ, C. Perú 21.pe. Domingo 17 de junio del 2012. Preocupante: a los 13 años se inicia el consumo de alcohol. [citada 2012 septiembre 10]. Disponible en:

<http://peru21.pe/2012/06/17/actualidad/preocupante-13-anos-se-inicia-consumoalcohol-2029128>.

7. Los problemas del narcotráfico en México. [en línea]. México. 2012 [fecha de acceso 12 marzo 2012]. Disponible en: [http://www.buenastareas.com/ensayos/Narco trafico-En-Mexico/4543 248 .html](http://www.buenastareas.com/ensayos/Narco%20trafico-En-Mexico/4543248.html)
8. Principales drogas de abuso en el Perú [en línea]. Perú: ©CEDRO; 2007. [fecha de acceso 30 junio 2012].Disponible en: [http://www .cedro.org. pe/ebooks/ebooks3 .htm](http://www.cedro.org.pe/ebooks/ebooks3.htm)
9. El consumo de drogas [en línea]. Perú: Triple L Del Perú E.I.R.L. [fecha de acceso 25 junio 2012]. Disponible en: [http://www .3lperu.com/esp/GUIAINFORMA TIV A.pdf](http://www.3lperu.com/esp/GUIAINFORMATIVA.pdf)
10. Los adolescentes y el consumo de drogas [en línea]. España: Copyright; 2000. [fecha de acceso 12 octubre 2012]. Disponible en: [http://www. papelesdelpsicologo.es/vemumero. asp ?id=843](http://www.papelesdelpsicologo.es/vemumero.asp?id=843)
11. Estadísticas sobre consumo de drogas [base de datos]. Colombia: Estadísticas Española; 2000. [fecha de acceso 15 noviembre 2012]. Disponible en: [http://www .humanet.com.co/drogadiccion/estadisticas_mundiales.htm](http://www.humanet.com.co/drogadiccion/estadisticas_mundiales.htm).
12. Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas [en línea]. Perú: DEVIDA; 2010. [fecha de acceso 26 octubre 2012] Disponible en: <http://spij.minjus.gob.pe/graficos/Peru/2010/abril/30/DS-050-2010-PCM.pdf>
13. Farré J., Curell. Psicología del niño y del adolescente. España: Océano Grupo Editorial. S.A.

14. Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas [en línea]. Perú: DEVIDA; 2010. [fecha de acceso 26 octubre 2012] Disponible en:<http://lspij.minjus.gob.pe/graficos/Peru/2010/abril/30/DS-050-2010-PCM.pdf>
15. Sociabilidad del adolescente [en línea]. Página de la vida. [fecha de acceso 30 noviembre 2012]. Disponible en: <http://www.proyectopv.org/2-verdad/sobresociabilidad.htm>
16. Duque D. "Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes - jóvenes universitarios en Bogotá - Combia: magnitud del consumo, factores de riesgo - protección y daños asociados. Santiago: Universidad Nacional de Chile, Tesis; 2012".
17. Cuji, F; Sánchez, A. Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Consumo de Alcohol.2015.Ecuador. [Citado 15 Febrero, 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23631/1/TESIS.pdf>.
18. Pineda A. Percepción sobre el consumo de sustancias psicoactivas por estudiantes de medicina de la provincia de Ica, Perú 2010. Artículo científico. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga., Ica; 2011.
19. Abanto W, Ángeles M. "Determinación de los factores de riesgo que impactan en el consumo de drogas en el Perú y la toma de decisiones. Lima: Universidad San Martín de Porras; 2015".
20. Oscuvilca Tapia, Sosa Hajar. Conocimiento y actitudes sobre el consumo de bebidas alcohólicas. Perú.2014. [Citado 15 Marzo, 2017].Disponible en : <http://revistas.unjfsc.edu.pe/index.php/BIGBANG/article/view/22>

21. Barrantes M, Vásquez C. Funcionamiento Familiar y Consumo de Alcohol en 50 Estudiantes Universitarios de la Carrera de Ingeniería Civil de una Universidad Pública - 2016. Tesis. Cajamarca: Universidad Privada del Norte – Cajamarca.; 2016.
22. Bueno R, Valera C. Factores sociales y culturales que predisponen al consumo de tabaco en estudiantes de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo Cajamarca 2017. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. – Cajamarca.; 2018.
23. Organización mundial de la salud (OMS). Alcohol [en línea]. mayo 2014. [Fecha de acceso 15 de noviembre de 2014]; URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
24. Academia Americana de Médicos de Familia. El duelo. EE. UU. 2012. Disponible en: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/prevention-wellness/emotional-wellbeing/mental-health/grieving-facing-illness-death-and-otherlosses.html> [Revisado: 02/03/2016]
25. Long M, Meléndez S, y Peñaherrera D. Conocimiento sobre los efectos biopsicosociales de la ingesta de alcohol y la frecuencia de consumo en estudiantes de la UNAP, en la ciudad de Iquitos el año 2012. Tesis de Licenciatura. Iquitos, Perú. 2012.
26. Asociación Americana de Psicología (APA). Cómo comprender los trastornos por consumo de alcohol y su tratamiento. Washington DC. 2016. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/alcohol.aspx> [Revisado: 22/03/2016]

27. Delgado Campos, D. (2014) Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes del centro poblado de Cuyumalca 2014 (Tesis de pregrado) Universidad Nacional de Cajamarca.
28. OMS. (2013). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 20 de septiembre de 2013, de http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/es/
29. Peña M, Torres JM, Pérez F, Ramírez TA, Pría MC. Conocimientos y comportamientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Rev.Cubana Enfermer v.21 n.1. La Habana, Cuba. 2010. disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-03192005000100009 [En español: revisado 29/09/2015]
30. Navarro E, Vargas R. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. Colombia. 2009. [En español: revisado 30/09/2015]
31. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. Editorial J&O Editores Impresores S.A.C. Lima, Perú. 2012. [En español: revisado 02/10/2015].
32. Gómez PI, Oizerovich S, Jefferson L. Propuesta de contenidos en salud sexual y reproductiva para incorporar en currículos de pre y posgrado. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG. Lima, Perú. 2010. Disponible en: <http://www.flasog.org/wp-content/uploads/2014/01/Propuesta-ContenidosSSYR-Curriculos-Pre-Posgrado-FLASOG-2010.pdf> [En español: revisado 05/10/2015]

33. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Análisis de Situación de Salud de las y los adolescentes. Ubicándolos y Ubicándonos, MINSA; 2013.
34. Cruz, F., Pineda, S., Martínez, N., Aliño, M., Alacán, L., Alvarez, C. Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la salud en la Adolescencia. 2012.
35. Organización Mundial de la Salud - OMS. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de salud. Washington, EE. UU. 2012. [En español: revisado 28/09/2015]
36. Organización Mundial de la Salud. Al hablar de sexualidad se promueve la salud sexual. En: Network en Español. Editora: Best FIM, USA. 21 (2):5-8; Washington, EE. UU. 2012. [En español: revisado 30/09/2015]
37. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009 – ENDES. Lima, Perú. 2009. [En español: revisado 30/09/2015]
38. Organización de Naciones Unidas - ONU. Prácticas sexuales de alto riesgo a partir del número de parejas que tuvo la mujer durante los últimos doce meses. Asamblea General Especial, sesión sobre VIH/SIDA. Washington DC, EE. UU. 2010. [En español: revisado 06/10/2015]
39. García E, Menéndez E, Fernández P, Cuesta M. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de riesgo en adolescentes. International Journal of Psychological Research, 5(1), 79-87. Universidad de Oviedo. España. 2012. [En español: revisado 05/10/2015]
40. Zuhelke E. Uso de anticonceptivos para reducir los embarazos no planeados y el aborto en condiciones de riesgo. Washington DC, EE. UU. 2010. Disponible en:

<http://www.prb.org/SpanishContent/2010/unintendedpregnancyandabortion-sp.aspx> [En español: revisado 09/10/2015]

41. Infodrogas. ¿Qué son las drogas? <http://www.infodrogas.org/infodrogas/ique-son-las-drogas> (consultado el 25 de marzo de 2014).
42. Keller A. Teoria general del conocimiento. Heder S.A; 1988.
43. Blasco J, Grimaltos T. teoria del conocimiento. Universidad de valencia; 2004
44. Sánchez A., Ramos E, Marset P. La Actitud Participativa en Salud: Entre la teoría y la práctica. Cuarta Edición. Murcia: Secretariado de Publicaciones, 1994.
45. Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. Metodologia de la investigación. (6ª Ed) México: Mc Graw Hill. 2014.

IX. ANEXOS



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



CUESTIONARIO: Conocimiento sobre los riesgos del alcohol, sexo y drogas en estudiantes de primer año de Universidad Nacional de Jaén, 2019

DATOS GENERALES

Edad: _____ Sexo: _____

Facultad: _____ Escuela Profesional _____

Estado Civil: _____

Ciclo de estudios: _____

I.- ALCOHOL

1. Durante tu etapa escolar crees que has recibido suficiente información sobre los peligros que el alcohol tiene para la salud
 - a) Mucho
 - b) Bastante
 - c) Poco
 - d) Nada

2. Crees que el alcohol es una droga
 - a) Si
 - b) No

3. Cuáles son las consecuencias del consumo de alcohol agudo. Puedes marcar varias opciones.
- a) Accidentes de tránsito
 - b) Pérdida de empleo
 - c) Coma alcohólico
 - d) Cirrosis
 - e) Contagio de VIH / SIDA
 - f) Como alcohólico y muerte
 - g) Alcoholismo
4. El consumo de bebidas alcohólicas trae consecuencias negativas:
- a) Trae consecuencias negativas para sí mismo.
 - b) Trae consecuencias negativas para las personas que lo rodean.
 - c) Trae consecuencias negativas con la justicia.
 - d) Trae consecuencias negativas para sí mismo, para las personas que lo rodean y problemas con la justicia.
 - e) No causa consecuencias negativas en ningún {ámbito de los nombrados anteriormente.
5. una persona que consume bebidas alcohólicas
- a) Perturba la relación de pareja
 - b) Perturba la vida familiar
 - c) Perturba el rendimiento laboral
 - d) Perturba la relación de pareja, la vida familiar, el rendimiento laboral.
 - e) No perturba la relación de pareja, la vida familiar, el rendimiento laboral.
6. De acuerdo a su conocimiento a que edad una persona podría iniciar el consumo de bebidas alcohólicas.
- a) 10 a 15 años

- b) 16 a 20 años
- c) 21 a 25 años
- d) 26 y más años

DROGAS

7. Consideras peligroso el consumo de drogas

- a) Si bastante
- b) A veces
- c) Nada

8. De las siguientes sustancias, ¿Cuáles son drogas?

- a) Alcohol ()
- b) Café ()
- c) Pastillas para dormir ()
- d) Hongos ()
- e) Cocaína ()
- f) Tabaco ()
- g) Marihuana ()

9. ¿Qué enfermedades pueden desarrollar al consumir alcohol, tabaco u otras drogas?

- a) Hepatitis ()
- b) Cirrosis ()
- c) VIH / SIDA ()
- d) Cáncer ()
- e) Todas son correctas ()

10. Piensas que existen unas drogas más dañinas que otras
- a) Si
 - b) No
 - c) No sé
11. El uso de marihuana influye con el aprendizaje
- a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No se
12. El consumo de drogas altera la capacidad de conducir vehículos con seguridad
- a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No se
13. El uso de alcohol, tabaco y marihuana no altera las hormonas sexuales y/o capacidad reproductiva del hombre y mujer
- a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No se
14. El fumar cigarrillos y puros produce cáncer de pulmón
- a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No se
15. Si consumes drogas puedes tener problemas con la ley
- a) Si
 - b) No
 - c) No se

16. ¿Qué actitud toma frente a un amigo que consume drogas?
- a) Le rechaza
 - b) Trata de ayudarlo
 - c) No le importa
 - d) Otra_____
17. Las personas con quienes usted vive ¿consumen droga, incluyendo alcohol y tabaco
- a) Si
 - b) No
18. En su hogar ¿En que ocasiones se ingieren bebidas alcohólicas?
- a) Cumpleaños ()
 - b) Bautizos ()
 - c) Semana Santa ()
 - d) Navidad ()
 - e) Graduaciones ()
 - f) Bodas ()
 - g) Velorios ()
 - h) Fiestas Patria ()
 - i) Nunca consumen bebidas alcohólicas ()
 - j) Otras ()
19. ¿Qué edad tenía usted cuando consumió bebidas alcohólicas por primera vez?
- _____ años
20. ¿Has consumido cigarrillo alguna vez en su vida?
- a) Si
 - b) No



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**Escala de Likert: Actitudes sobre los riesgos del alcohol, sexo y drogas en
estudiantes de primer año de Universidad Nacional de Jaén, 2019**

Items	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Creo que las drogas y el alcohol mejoran el desempeño sexual.					
Considero que las drogas y el alcohol mejoran las sensaciones y la sensibilidad sexual.					
Pienso que tener prácticas sexuales bajo el efecto de una droga o el alcohol es más placentero.					
El consumo de alcohol- drogas me facilita tener prácticas sexuales					
El consumo de drogas o alcohol me da seguridad antes de la práctica sexual.					
Me siento más aceptado sexualmente cuando consumo alcohol-drogas.					
Si mis amigos tienen prácticas sexuales bajo efectos de alcohol-drogas es adecuado.					
Tener prácticas sexuales bajo los efectos del alcohol y las drogas es una experiencia gratificante.					



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ DNI _____

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **“CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LOS RIESGOS DEL ALCOHOL, SEXO Y DROGAS EN ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE JAEN, 2019”**

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

En señal de conformidad asiento mi firma.

Jaén, de setiembre, 2019

.....

Nombre

DNI

ANEXO 04

VALIDACION CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO

BASE DE DATOS																					Total
n°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	13
2	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	16
3	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	13
4	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	15
5	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	14
6	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	12
7	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14
8	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	14
9	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	8
10	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	15
11	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	14
12	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	12
13	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14
14	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	14
15	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	8
16	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	14
ESTADÍSTICOS																					Total
Varianza	0.2	0	0	0	0.3	0.3	0	0.3	0.3	0	0.3	0	0.2	0.2	0.1	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	

K	20
Vi	3.914
vt	210.000

Seccion 1	1.053
Seccion 2	0.981
Absoluto s2	0.981

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$