

Universidad Científica del Perú



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“NIVELES DE CONDUCTA DE RIESGO EN ALUMNOS DEL 6° PRIMARIA DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA PARROQUIAL DE IQUITOS”

INFORME DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

BACH. PSIC. WANDER HUMBERTO ESTRADA SUÁREZ.

ASESORA:

PSIC. ELIZABETH GUILLEN GALDÓS

SAN JUAN BAUTISTA

IQUITOS PERÚ

ABRIL - 2017

TÍTULO:

**“NIVELES DE CONDUCTA DE RIESGO EN ALUMNOS DEL 6° PRIMARIA DE
UNA INSTITUCION EDUCATIVA PARROQUIAL DE IQUITOS”**

DEDICATORIA

La concepción de este proyecto está dedicada a mis padres, pilares fundamentales en mi vida. Sin ellos, jamás hubiese conseguido lo que hasta ahora tengo. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanos y familia en general. A ellos este proyecto, ya que sin ellos, no hubiese logrado ser.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Científica del Perú y a cada uno de los docentes por todos sus conocimientos brindados a lo largo de mi preparación como alumno e hicieron posible uno de mis más grandes sueños SER PROFESIONAL de esta noble carrera de PSICOLOGIA.



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

En la ciudad de Iquitos, a las 6:30 p.m. horas del día 23 de Octubre del año 2017, se reunieron en Sala de Sesiones de la Facultad de Ciencias de la Salud, el Jurado Examinador, conformado por los Docentes : Psic. HERMINIA DE LOS RIOS SOSA como Presidente; La Dra. MARITZA VILLANUEVA BENITES y el Psic. ROGER TAFUR ARANA, como miembros, para evaluar la sustentación de la Bachiller en Psicología.

Sr. : WANDER HUMBERTO ESTRADA SUAREZ.

En la modalidad de: PROGRAMA DE TITULACIÓN, de Investigación de Suficiencia Profesional, con el Tema: "NIVELES DE CONDUCTA DE RIESGO EN ALUMNOS DEL 6° PRIMARIA DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA PARROQUIAL DE IQUITOS."

Después de las deliberaciones correspondientes, se procedió a evaluar, teniendo como Resultado:

Indicador	Examinador 1	Examinador 2	Examinador 3
A) Dominio del Tema	4	4	4
B) Calidad de Redacción	3	3	3
C) Competencia expositiva , argumentación, coherencia	4	4	4
D) Calidad de respuestas.	3	3	3
E) Uso de terminología especializada	3	3	3
Calificación	17	17	17
Calificación Final	17		
Calificación Final (en letras)	Aprobado		

Aprobado por: unanimidad

Presidente : Psic. HERMINIA DE LOS RIOS SOSA
Miembro : Dra. MARITZA VILLANUEVA BENITES.
Miembro : Psic. ROGER TAFUR ARANA.

Legenda:

INDICADOR	PUNTAJE
Desaprobado	Menos de 13 puntos
Aprobado por Mayoría	De 13 a 15 puntos
Aprobado por Unanimidad	De 16 a 17 puntos
Aprobado por Excelencia	De 18 a 20 puntos

La Universidad Vive en Ti

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
TITULO	
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
INDICE DE CONTENIDOS	5
1. RESUMEN	6
2. INTRODUCCIÓN	7
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
4. OBJETIVOS	24
4.1. Objetivo general	24
4.2. Objetivos específicos	24
5. VARIABLES	24
6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	24
7. HIPÓTESIS	24
8. METODOLOGÍA	25
Tipo y diseño de investigación	25
Población y muestra	25
a. Población	25
b. Muestra y muestreo	25
c. Criterios de inclusión y exclusión	25
Técnicas e instrumentos	26
Proceso de recolección de datos	27
Análisis de datos	27
Consideración ética	27
9. RESULTADOS	28
10. DISCUSIÓN	46
11. CONCLUSIÓN	48
12. RECOMENDACIONES	50
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
14. ANEXOS	53
Anexo N° 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA	
Anexo N° 2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Anexo N° 3: CUESTIONARIO DE CÓLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN	

RESUMEN

En la actualidad existe diversidad de criterios al abordar las conductas de riesgo de los adolescentes. Esto ha hecho difícil el abordaje integral de la salud de los adolescentes. En las comunidades cerradas no se ha estudiado a fondo las conductas de riesgo de los adolescentes con un enfoque social. El objetivo de esta investigación es describir diferentes niveles de conducta de riesgo (cólera, irritabilidad y agresión) en alumnos de 6° de primaria.

La población estuvo conformada por alumnos del nivel primario matriculados en el año 2016, en 6to grado de primaria y cuya muestra es la totalidad de alumnos del 6to grado de primaria, lo que hace la suma de 111 alumnos de ambos sexos, entre 11 a 12 años de edad, a quienes se le aplicó el dicho instrumento: Cuestionario de Cólera, Irritabilidad y Agresión (CIA).

(Fiabilidad= 0,70-0,80 en la fiabilidad de dos mitades, 0,79 y 0,92, índice de Cronbach). Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 21,0, teniendo en cuenta la edad y el tiempo de permanencia. Los resultados mostraron que; el 2% de alumnos de 6° grado tienen Nivel Muy Alto de Irritabilidad, el 3% de alumnos de 6° grado tienen Nivel Muy Alto de Cólera y el 1% de alumnos de 6° grado tienen Nivel Muy Alto de Agresividad.

Palabras clave: Conducta, Riesgo. Cólera, Irritabilidad, Agresión, Control de Emociones.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo marcada por importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Estos cambios implican el potencial para lograr una mayor autonomía, que puede llevar a un crecimiento personal en muchos aspectos pero también a que el adolescente se inicie en conductas de riesgo. Vivimos en mundo para los jóvenes, pero no de los jóvenes. Los temas ligados a la juventud aparecen a diario en la prensa, a veces pintados en forma entusiasta e ilusionada, con una visión idealizada de lo que es ser joven hoy día. En muchas otras oportunidades, los adolescentes aparecen como los chivos expiatorios de múltiples males sociales: la droga, la promiscuidad sexual, la despreocupación y falta de responsabilidad son presentados como problemas exclusivamente de ellos. Los jóvenes son halagados y vilipendiados a la vez: los políticos cortejan su apoyo pensando en futuras elecciones, y los administradores de sistemas educacionales y laborales los ven como los sujetos a quienes hay que incorporar en sus sistemas sin que alteren demasiado el funcionamiento de éstos. La opinión pública los tiene constantemente en el foco de su atención. Los departamentos de prensa de los medios televisivos y escritos saben que las noticias sobre el aumento de consumo de cocaína, de los embarazos tempranos, de la delincuencia juvenil y otros temas ligados a la juventud, venden, y por lo tanto les dan espacio en titulares y en tiempo estelar de noticiarios y de programas de conversación (Florenzano R., 1997).

La preocupación por controlar y reducir los comportamientos agresivos y la violencia ha llevado a un reciente desarrollo de nuevos estudios empíricos y formulación de modelos teóricos sobre la agresión, la violencia y sus consecuencias. (Anderson y Bushman, 2002)

La intervención en contextos clínicos y de salud mental, tanto en adultos como en niños, escolares, laborales, familiares, jurídicos y asistenciales, cada uno de ellos con sus formas especiales de agresión (bullying, mobbing, violencia de género y familiar) requieren soluciones eficaces en la eliminación de las conductas violentas. Para conseguirlo la evaluación y medida precisa de éstos fenómenos es imprescindible. Paradójicamente la disponibilidad de técnicas de evaluación de la agresión y la violencia es muy limitada y además poco específica (Andres-Pueyo y Redondo, 2007)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, 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” (OMS 1988), en otras palabras, se trata de una definición principalmente basada en un enfoque biomédico.

En contraste, los enfoques planteados desde la psicología social comprenden aspectos más amplios de los factores determinantes y de las consecuencias en la descripción de la Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes (Jessor 1991). Incluye las conductas de riesgo bajo una nueva perspectiva, su planteamiento se basa en que, en los últimos años, está surgiendo un nuevo paradigma, la ciencia conductual del desarrollo (Jessor, 1993b), la cual ha cambiado todos los

aspectos de la comprensión de los jóvenes, exigiendo también, la inclusión de un gran número de elementos y variables. Bajo este planteamiento se hace imprescindible la interacción persona-contexto, que había sido omitida u obviada desde otras teorías.

La teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes se caracteriza por la complejidad con que hace interaccionar distintos elementos para explicar las conductas adictivas. Considera factores de riesgo y protección, conductas de riesgo y resultados de riesgo. Otorga un importante peso para explicar la aparición de las conductas de riesgo en los adolescentes a partir de: la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación, elementos fundamentales para considerar a una parte de la población adolescente en lo que este autor ha denominado “riesgo” (Jessor, 1991). Se basa para esta afirmación en los datos proporcionados por dos fuentes: a) La epidemiología conductual y, b) La psicología social y del desarrollo.

Desde la epidemiología conductual, una conducta de riesgo puede definirse como Jessor (1991): “cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente”. Al tiempo, insiste en la utilización de la denominación de conducta de riesgo y no la de conducta de búsqueda de riesgo, ya que considera que esta última sería errónea, en la medida en que no todos los adolescentes son buscadores de riesgo.

En el modelo que Jessor presenta, lo que interesa es conocer cuáles son los factores que derivan conductas de riesgo, sobretodos previos a la fase de experimentación, que es donde influye ésta para consumir determinada droga (Modelo comprensivo y secuencial de las fases del consumo de drogas). Este autor (Jessor), en su modelo considera cinco grupos de factores de riesgo o protección que sirven de marco conceptual general para la conducta de riesgo de los adolescentes, estas categorías son: biológico/genéticos, medio social, medio percibido, personalidad y conducta, como a continuación se describen:

La cólera o ira es una reacción repentina de tipo violento-agresivo. El acceso de cólera produce tras-tornos neurovegetativos que pueden manifestarse en forma de sudor, palidez, o por el contrario, enrojecimiento del rostro, temblores, gestos desproporcionados con gritos y violencias, sentimientos apasionados de odio que disminuyen momentáneamente el raciocinio. La agresividad propia de la cólera puede ir dirigida contra la causa de la contrariedad y suele terminar cuando se genera una respuesta violenta ante el estímulo que la provocó. Pero puede también, y con frecuencia, hallar otro objeto (cosa o persona) desviando su atención hacia él a fin de no enfrentarse con la causa verdadera. Es conocido el hecho de la persona, pusilánime en su entorno social, que descarga su cólera al llegar a casa.

	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
MEDIO PERCIBIDO	Modelos de conducta desviada, y los conflictos normativos entre padres y amigos	Las escuelas de calidad, la familia cohesionada, disponer de recursos vecinales y disponer de adultos interesados Modelos de conducta convencional y altos controles de la conducta desviada
PERSONALIDAD	Percepción de pocas oportunidades, baja autoestima y la propensión a correr riesgo	La valoración de los logros, la valoración de la salud y la intolerancia a la desviación
CONDUCTA	Los problemas con el alcohol y el bajo rendimiento escolar	La participación en asociaciones, clubes ...

Al identificar los factores (riesgo/protección) se contextualizan y se dirige la intervención preventiva hacia aspectos específicos que probabilizan una prevención efectiva. Junto a los factores de riesgo y protección que considera la teoría de Jessor a lo largo de sus cinco dimensiones están las conductas de riesgo y los resultados del riesgo. Dentro de las conductas de riesgo del adolescente o de su estilo de vida, considera tres grupos de ellas: las conductas problema, las conductas relacionadas con la salud y la conducta escolar. Dentro de las conductas problema considera el uso de drogas ilícitas, la delincuencia y el conducir bebido; en la conductas relacionadas con la salud, la alimentación no saludable, el consumo del tabaco, el sedentarismo y no usar el cinturón de seguridad; y, dentro de la conducta escolar, la inasistencia escolar, el abandono de la escuela y el consumo de drogas en la escuela.

Finalmente, los resultados del riesgo que el autor conceptúa como los resultados del compromiso salud/vida, donde considera la salud (dolencias /enfermedades, baja condición física), los roles sociales (fracaso escolar, aislamiento social, problemas legales y la paternidad prematura), el desarrollo personal (autoconcepto inadecuado, depresión/suicidio) y la preparación para la vida adulta (escasas capacidades laborales, desempleo y falta de motivación).

Al asumir esta concepción, la condición de riesgo se liga no solo a morbilidad y mortalidad sino también a consecuencias psicológicas y sociales negativas para el individuo; por ejemplo, el incremento del consumo de alcohol podría crear sentimientos de culpa y causar un menor rendimiento escolar. Este enfoque supone además complejizar el análisis, pues muchos adolescentes incurren en conductas de riesgo y obtienen consecuencias positivas —al menos a corto plazo, como lograr la aceptación de sus pares—, conociendo o no sus potenciales consecuencias negativas a mediano o largo plazo.(Cueto 2011)

La cólera y hostilidad, en particular, vienen siendo estudiadas de manera extensa debido a su amplio poder de predicción en enfermedades cardiovasculares y cáncer. Un representativo número de estudios de investigación en esta área indican que tanto la supresión, como también la expresión de la cólera y hostilidad contribuyen al progreso de desórdenes físicos tales como el cáncer. (Cox y MacKay, 1982)

El estudio de la experiencia de la cólera está caracterizado por la ambigüedad y confusión que existe en la utilización de los términos "cólera" y "hostilidad", así como también "agresión". Un buen número de investigadores tienden a referirse a estos conceptos de manera intercambiable e incompleta. Esta confusión conceptual, está reflejada claramente en la diversidad de operaciones de orden metodológico realizadas en la evaluación de estas emociones, y en la construcción de pruebas psicométricas cuya validez es seriamente cuestionada. La experiencia de la cólera es entendida como un estado emocional que incluye sentimientos que varían en intensidad, desde una ligera irritación o molestia hasta un nivel de furia intensa o rabia, por lo general en respuesta a la percepción de injusticia o provocación. Asimismo, la cólera es concebida como (1) una reacción emocional, y a la vez (2) como una predisposición de personalidad. En este segundo sentido, nos referimos a rasgos de personalidad o diferencias individuales en la frecuencia e intensidad de esta emoción. (Biaggio, Supplee y Curtis, 1981)

La agresión hace referencia a cualquier comportamiento dirigido hacia otra persona u objeto que se realiza con la intención de producirle lesiones, daño o sufrimiento. El agresor considera que su conducta producirá daños en la víctima y que ésta intentará evitarlos. La necesidad de medir, cuantificar, evaluar y valorar la agresión requiere un punto de partida donde las definiciones de este constructo queden bien planteada a nivel ontológico y operacional. Esto aún no está bien resuelto porque se confunde con demasiada frecuencia este constructo con otros tales como la ira, la hostilidad o la propia violencia. Para evaluar la agresión se utiliza instrumentos que se ocupan de otros constructos como son la "hostilidad" o "ira" y a veces simplemente la "impulsividad" que no son idénticos entre sí, a pesar de la evidente relación que tienen en determinadas ocasiones como puede ser la "agresión impulsiva" o la conducta violenta que sucede en una crisis del "Trastorno explosivo intermitente". Estas confusiones llevan a utilizaciones inadecuadas de procedimientos de evaluación de la agresión y el resto de conceptos. (Berkowitz, 1993; Anderson y Bushman, 2002)

La subestimación de los riesgos es habitual en los adolescentes en diferentes circunstancias. Será más probable cuando está en juego su imagen, cuando se han habituado a ellos mismos, cuando creen poder controlarlos y/o tienen expectativas de daños pocos significativos, cuando se relacionan con importantes ganancias personales o cuando tienen una actitud fatalista y creen que los riesgos son inevitables.

En base a la evidencia reciente en neurociencia, Steimberg propone que las áreas dopaminérgicas, íntimamente relacionadas con los llamados "circuitos de recompensa" estarían implicadas en los aspectos sociales y emocionales que influyen en que los adolescentes tomen conductas de riesgo. Estas áreas maduran después de las áreas predominantemente cognitivas (corteza prefrontal), lo que explicaría biológicamente cómo se conocen los riesgos y posibles consecuencias dañinas y se involucran igualmente en dichas conductas.⁸ La idea central de esta teoría, es trabajar con factores y conductas de riesgo y actuar sobre ellas, para prevenir las posibles consecuencias para la salud.

Bases Teóricas.

Díaz, y González. (2014) Conductas Problema en adolescentes en la ciudad de monterrey, en este trabajo se comparan las encuestas de población objetivo de información aplicadas en México en relación a las conductas problema de los adolescentes (alcohol, tabaco, drogas, sexo desprotegido, accidentes y hábitos alimenticios), comparándolas con el Cuestionario de Conductas Problema mismo que mide la presencia o ausencia de las conductas problema, así como la aparición de dichas conductas en los ambientes en los que se desenvuelve el adolescente (familia, amigos, vecindario y escuela). Se utilizó un diseño no experimental, transversal, descriptivo y se evalúan las conductas problema de 551 adolescentes de primer semestre ($M= 14.8$ años, $DT= 2.35$) de nivel medio superior de una institución pública de la Ciudad de Monterrey, N.L. México. Los resultados muestran que es necesario analizar los fenómenos desde una encuesta descriptiva más amplia que involucre los ambientes en los que se lleva a cabo el fenómeno medido con el fin de entender las necesidades de cada población, así como realizar programas psicoeducativos dirigidos a las necesidades detectadas, y recomienda ampliar las preguntas de algunas conductas problema como la sexualidad y los accidentes, así como incluir preguntas que permitan la correlación y predicción de factores de riesgo y conductas problema

Constituyen grandes riesgos en los adolescentes: la nutrición y actividad física inadecuada, actividad sexual que pueda conducir a embarazo no deseado o infección, el uso y abuso de sustancias y las conductas que contribuyan a lesiones no intencionales y violencia (homicidio/suicidio).

En las comunidades cerradas representan un elevado universo que se enmarca en la adolescencia intermedia y tardía, forman parte del grupo etario de 14-19 años. Se conoce que el programa de Atención Integral a la Salud de los Adolescente representa dos grupos etarios: 10-14 años y 15-19 años, la edad promedio de entrada a una institución cerrada es de 15 años para la enseñanza media y 18 años para el nivel medio superior y nivel superior.

En los exámenes médicos iniciales se garantiza un acercamiento clínico inicial a los problemas médicos de los adolescentes de nuevo ingreso, no se hace una valoración integral del riesgo individual y socio-familiar, lo que queda en la superficialidad y por tanto, influye en las consecuencias o problemas médicos que se observan al interactuar este adolescente con un medio diferente en exigencia para la vida diaria.

La dispensarización no responde a particularidades de esta etapa del crecimiento y del desarrollo, lo cual no se ajusta a la concepción integral para esta población, por lo que no permite percibir el riesgo, y crea falsas expectativas de la atención médica integral. A continuación se ejemplifica a través de un modelo aplicable al riesgo de infección de transmisión sexual en la población joven.

Factores de riesgo:

- Relaciones sexuales sin uso de condón.
- Prácticas sexuales con penetración o sin esta, sin uso de condón.
- Personas que perciben y/o reciben poco afecto de sus familiares.
- Poca preocupación hacia la atención sanitaria en acciones de prevención como la realización de pruebas citológicas para la detección de cáncer de cuello uterino en parejas adolescentes de elevado riesgo.
- Carencia de grupos de apoyo.
- Falta de comunicación familiar y con sus contemporáneos.
- Sentimientos de dependencia.
- Sentimientos de frustración, infelicidad y soledad.
- Sentimientos de tristeza.

Consecuencias:

- Inicio de la actividad sexual en una etapa precoz de la vida.
- Abandono del hogar.
- Ocurrencia de las relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables.
- Cambios frecuentes de parejas o múltiples parejas en tiempo simultáneo.
- Práctica de violencia como estilo de vida.
- Conductas sociales censurables por la sociedad.
- Prácticas de sexo transaccional ocasionales o permanentes.

El problema principal para este grupo poblacional son las prácticas, comportamientos y conductas de riesgo, que ocasionan morbilidad crítica, discapacidades y defunciones inmediatas; o como el caso del tabaquismo y el alcoholismo, conforman estilos de vida que condicionan enfermedades y muerte temprana en los adultos.

La información disponible sobre prácticas, comportamientos y conductas de riesgo de la población adolescente proviene de estudios parciales y limitados a objetivos específicos de las instituciones que los realizan, lo que no permite tener una visión integral de la problemática. La encuesta nacional de factores de riesgo realizada en 1995, aporta información muy importante, pero solo contempla a la población a partir de los 15 años de edad.

Existe poca información sobre práctica, comportamientos y conductas de riesgo en la población adolescente de las comunidades cerradas, lo que condiciona que no se trate de manera integral los problemas de los adolescentes.

Esta población está sometida a los riesgos que son propios de estas comunidades: ¿influirá este riesgo específico en el comportamiento, prácticas y conductas de riesgo en los adolescentes, en el incremento o no del riesgo propio de estas comunidades o en la morbilidad específica?

Diversos patrones de estudios abordan esta problemática basada en las características propias de poblaciones específicas y de status específicos, de morbilidad y mortalidad en diversas poblaciones en concordancia con la problemática sociopolítica y económica de cada nación.

El conocimiento de un modelo que se ajuste a nuestras necesidades devendría en ahorro de recursos y una estrategia de intervención efectiva en las comunidades lo que influye en el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud de los adolescentes.

La prevención es la principal arma para evitar el daño y deterioro en jóvenes adolescentes y que estas conductas repercutan en la vida diaria y de trabajo de nuestros jóvenes o perpetúen padecimientos inicialmente banales hacia la cronicidad.

Las estadísticas mundiales apuntan a riesgos elevados socio-conductuales de la salud del adolescente tanto en países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo, lo que está estrechamente vinculado con el desarrollo científico y tecnológico, y las condiciones socioeconómicas de cada nación.

Indicadores:

- Prevalencia de tabaquismo.
- Prevalencia de alcoholismo.
- Morbilidad por accidentes relacionados con el medio laboral.
- Morbilidad por accidentes de tránsito y por intentos suicidas.
- Tasa de abortos en menores de 20 años.
- Proporción de embarazos en menores de 20 años.
- Tasa de mortalidad general.
- Tasa de mortalidad por accidentes.
- Tasa de mortalidad por suicidio.
- Proporción de adolescentes satisfechos con los servicios de salud.
- Porcentaje de adolescentes que a los 18 años conservan todos sus dientes.
- Tasa de incidencias de las infecciones de transmisión sexual.

Las lesiones no intencionales, como son llamados actualmente los accidentes, constituyen una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en adolescente. En los últimos años, el comportamiento en las instituciones cerradas constituye la primera causa de muerte en el mundo, aunque se registra esta situación, pero no existe evidencia que relacione las conductas de riesgo con este problema, a veces muy propio de este medio, o se relaciona con el elevado riesgo a que es sometido el individuo ligado a las características propias de esta etapa de la vida.

Desde la década del 90 se viene analizando la influencia de las conductas de riesgo en la salud integral de los adolescentes; Gómez de Giraud, (2000) hace referencia al tema al reunir una serie de factores:

- Los personales: su historia personal; sus modos de resolver situaciones infantiles de conflicto; su programa neurobiológico; la utilización de determinados mecanismos habituales de defensa frente a situaciones desestabilizadoras de su identidad, etc.
- Los precipitantes: la percepción subjetiva del impacto de las experiencias que le toca vivir; la capacidad de afrontamiento con que se maneja; el grado de capacidad y flexibilidad cognitiva para la resolución de problemas, etc.
- Los de contexto: la existencia o no de redes de apoyo solidario con que cuente; el nivel de integración yoica; la capacidad para diferenciar lo real de lo imaginario y para procesar la información de manera coherente.¹⁸

La interacción de todos estos aspectos va a determinar la peculiar manera en que cada adolescente resolverá qué grado de riesgos asumirá en sus respuestas adaptativas.

Cabría preguntarse por qué tantos adolescentes adoptan conductas de riesgo que ponen en peligro su salud y hasta su vida. Entre las explicaciones, tiene que ver con que no siempre perciben el riesgo como tal. Por una característica evolutiva propia de este período: el egocentrismo, ellos fantasean "historias personales" en las que no se perciben expuestos a ningún riesgo. Estas historias anulan en ellos el principio de realidad y los llevan a actuar como si esta no existiera o no importara. Tienen una sensación de invulnerabilidad que los hace sentirse inmunes. Es un sentimiento que los lleva a sentirse diferentes y mejores que los demás y, además, especiales: "a mí no me va a pasar".

Es decir que uno de los factores de riesgo de más peso en este período, es, justamente, la misma conducta de riesgo propia de la adolescencia.

Por otro lado, parecería que existen ciertos rasgos de personalidad que caracterizan en buena medida a las personas que buscan riesgos. Estas personas necesitan estimulación permanente y buscan la novedad, la aventura; poseen un elevado nivel de actividad, energía y dinamismo (se les podría visualizar como hiperkinéticos); tienen dificultad para controlar sus impulsos; necesitan demostrar que son pensadores independientes y que pueden resolver sus propios problemas; rechazan los planes a largo plazo, prefiriendo responder rápidamente a cada situación sin previo análisis y tienden a comprometerse en ciertas conductas, aunque sepan que es probable que resulten en consecuencias negativas.

Hay algunos autores que entienden que las conductas de riesgo cumplen un papel positivo muy importante en el tránsito de la adolescencia a la etapa adulta, en la medida que pueden ser funcionales para lograr la autonomía de los padres, permitir cuestionar normas y valores vigentes, aprender a afrontar situaciones de ansiedad y frustración, poder anticipar experiencias de fracasos, lograr la estructuración del ser, afirmar y consolidar el proceso de maduración.

Según lo expresado, las conductas de riesgo no serían totalmente negativas. Lo que sería necesario discriminar es cuándo una conducta de riesgo pone al adolescente en situación de riesgo:

cuando esa conducta lo lleva a poner en riesgo su salud o su vida y cuando sus comportamientos afectan la integridad o ponen en juego la vida de los otros.

Donar un órgano para salvar a un familiar, alistarse como voluntario para ir a la guerra, morir por salvar a otro, pueden ser actos de sano heroísmo que no ponen al adolescente en situación de riesgo. Muchas de las conductas arriesgadas de los jóvenes y las travesuras que a veces dan dolores de cabeza a la familia, en la medida que no cumplan con las condiciones antes mencionadas, tampoco lo son. Pero morir por sobredosis, matar a la novia de 13 puñaladas, asesinar a una religiosa de su colegio o al padre en un rito esotérico (elementos estos que nos proporciona la crónica periodística), no tienen la misma lectura.

¿Qué diferencia más operativa podríamos establecer entonces entre una conducta de riesgo propia de la adolescencia y estos hechos aberrantes?

Siguiendo a Casullo la diferencia estaría en que estos jóvenes de la crónica policial no estaban:

- decidiendo con libertad sobre su vida
- ajustando su conducta al principio de realidad
- adaptándose activamente, con sus acciones, al contexto sociocultural
- convencidos, a nivel consciente, que lo que hacían era congruente con su sistema de creencias o valores.

Es decir, que desde lo individual, desde lo subjetivo, serían respuestas emergentes ligadas a trastornos de personalidad relacionados con baja autoestima, sentimientos de tristeza, soledad, aislamiento, impulsividad, etc. que, sumados a esa conducta de riesgo habitual en la adolescencia, configuran un patrón de respuesta patológico.

En el mundo, en especial en países desarrollados como Estados Unidos, se aplican programas nacionales de salud con el objetivo de disminuir las conductas de riesgo y a su vez la muerte en los adolescentes. El consumo de alcohol, cigarrillos y otras drogas continúan siendo la problemática de riesgo mayor en países como los Estados Unidos de Norteamérica.

El doctor Donas Burack, desde el año 1998 se ha encargado del estudio de las conductas de riesgo en los adolescentes, puso a disposición un modelo de abordaje integral de esta problemática. Este concepto no es novedoso; con el advenimiento relativamente reciente de la atención a la salud del adolescente en forma diferenciada (se conoce que la primera clínica de atención especializada la establece el profesor Gallagher en 1952, en Boston, Estados Unidos), se comienza a usar el enfoque de riesgo sobre todo en el campo de la salud reproductiva (riesgo de embarazo, riesgo perinatal, cáncer de cuello uterino), y en salud mental (uso y abuso de drogas: tabaquismo, alcoholismo, otras drogas).

Las investigaciones en esta área del conocimiento adquieren gran relevancia en las últimas décadas en estos y otros campos como el de accidentes (primera causa de muerte en este grupo de

población), violencia, educación, (deserción, repitencia) y de salud mental (disturbios afectivos, depresión, suicidio), cuyos aportes han contribuido a la implementación de acciones globales y específicas en los países tanto en el campo de la salud pública, como en la atención individual y de grupos de adolescentes, sus familias y sus comunidades.

En el mismo período aparecen nuevos conceptos como el de conductas de riesgo, vulnerabilidad (potencialidad de que se produzca un riesgo o daño), factor de riesgo (características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que "señalan" una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño) y el de factores protectores (características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantener la salud o recuperarla) y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo (no necesariamente intervinientes en el proceso causal del daño), de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad general o específica.

Antecedentes

Rivera y Zavaleta (2015) en su estudio sobre: Habilidades Sociales y Conductas de Riesgo en Adolescentes Escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo – Trujillo, se realizó dicha investigación con la finalidad de determinar la relación entre el Nivel de Habilidades Sociales y Conductas de Riesgo en Adolescentes Escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo – Trujillo 2015. La muestra estuvo conformada por 208 adolescentes del 1° al 5° año de nivel secundario. Obteniéndose los siguientes resultados; respecto al nivel de habilidades sociales en los adolescentes: en la dimensión de asertividad el 45.2% tiene un promedio alto, en la dimensión de comunicación el 31.7% nivel promedio, en la dimensión de autoestima 37.0% promedio bajo y en la dimensión de toma de decisiones el 30.3% promedio bajo. En relación a conductas de riesgo el 35.1% de los adolescentes desarrollan conductas con riesgo y un 64.9% desarrollan conductas sin riesgo. El valor de Chi cuadrado es de 95.045 con un p-valor de significancia.

En el Perú, es evidente los problemas con los cuales tienen que convivir los adolescentes entre ellos drogadicción, alcoholismo, embarazos no deseados, edades tempranas de inicio de vida sexual, problemas de ITS o VIH/SIDA, son muestra del camino errado que están tomando muchos de ellos al involucrarse en situaciones riesgosas. Datos mundiales indican que la mayoría de ellos empiezan sus relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años de edad, y la mitad, al menos, antes de los 14 años. Así mismo la incidencia mundial de ITS es de 340 millones de casos nuevos al año y que 1 de cada 20 adolescentes contrae al año alguna ITS. Morales, L. (2012).

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

Soto (2006) Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo se resumen que en su objetivo Precisar los factores asociados al no uso del condón en adolescentes y jóvenes en el distrito de Chiclayo y describir algunas características de su conducta sexual. Cuyos diseños es Transversal, mediante muestreo polietápico. Realizado en el Distrito de Chiclayo, Perú. La muestra era Trescientos noventa y tres adolescentes y jóvenes, 196 de ellos mujeres y 197 varones. Se encuestó a adolescentes y jóvenes, usando cuestionario autoaplicado. Para el análisis estadístico, se utilizó chi cuadrado, odds ratio y regresión logística. Principales medidas de resultados: Uso del condón. Resultados:

La conducta sexual presenta diferencia en cuanto a la primera relación coital, siendo más precoces los varones. El uso adecuado del condón en los últimos seis meses fue mínimo en ambos sexos; la proporción de mujeres que refirieron que nunca lo habían usado fue muy alta. Conclusiones: El análisis multivariado mostró que los factores asociados al no uso de condón en varones fueron la falta de disponibilidad, disminución del placer y relación amorosa. En las mujeres, pérdida de romanticismo, interferencia con la relación sexual y uso de otro método anticonceptivo

Rojas-Calderón y Pachas-Barrionuevo (2010), en su estudio sobre Perfil epidemiológico de salud oral e indicadores de riesgo en escolares adolescentes de la localidad de Cartavio (La Libertad, Perú).concluyo que en la edad del escolar, el grado de instrucción del jefe de familia (primaria), la visita y acompañamiento al dentista, así como el motivo restaurador, se comportaron como predictores de caries dental. El estudio epidemiológico identificó tendencias e indicadores de riesgo para su control y prevención.

En los estudios realizado por Rivera C. y Zavaleta, G (2015), Habilidades sociales y conductas de riesgo en Adolescentes escolarizados. Institución educativa Torres Araujo – Trujillo, concluye, que las habilidades sociales de los adolescentes escolarizados en la dimensión de asertividad el 45.2% tiene promedio alto, en la dimensión de comunicación el 31.7% tiene nivel promedio, en la dimensión de autoestima el 37.0% tiene promedio bajo, y en la dimensión de toma de decisiones el 30.3% tiene promedio bajo. 2. El 35.1% de los adolescentes escolarizados desarrollan conductas con riesgo, y el 64.9% presentan conductas sin riesgo. 3.

La relación entre Habilidades Sociales y Conductas de Riesgo están relacionadas significativamente ($p=0.000$), donde el 45.2% tienen habilidades sociales promedio bajo y desarrollan conductas con riesgo, el 27.4% presentan habilidades sociales altas y desarrollan conductas sin riesgo; por lo que el riesgo es más bajo cuando más alto es el nivel de habilidades sociales. Afirman que las habilidades sociales son fundamentales para disfrutar una vida saludable y feliz; ya que los seres humanos en este caso los adolescentes aprenden a prevenir las conductas de riesgo y la detección precoz de conductas desadaptativas en este grupo de edad. En este sentido se puede percibir que los adolescentes bajo presión se involucraran en conductas de riesgo, así mismo sugieren que su comportamiento está centrado en sus interacciones sociales, como lo son el grupo de amigos, la escuela, entre otros.

Identificación de factores de riesgo y de protección

Las y los adolescentes presentan una alta vulnerabilidad y exposición a situaciones de riesgo. En tal sentido, el diagnóstico de vulnerabilidad y exposición al riesgo así como a los factores protectores o de resiliencia, no es permanente ni estable, sino que se limita al momento en que se realiza. Por lo tanto:

- La identificación de estos factores debe hacerse como parte de la evaluación integral anual, lo cual permitirá determinar tempranamente la vulnerabilidad, riesgo y resiliencia de las y los adolescentes.
- La detección de conductas de riesgo y de protección debe hacerse periódicamente mientras se cumple con el plan de atención integral previsto para la/el adolescente, a fin de aprovechar oportunidades en salud.

Los factores de riesgo y protección pueden ser explorados a través del interrogatorio para realizar la anamnesis; **también** se obtienen como resultado de la aplicación de los diferentes instrumentos durante la evaluación del crecimiento y desarrollo. Deben consignarse en la Historia Clínica. A continuación se presenta un listado de los factores de riesgo y factores protectores a ser tomados en cuenta:

TIPO	FACTORES DE RIESGO
Personales	<ul style="list-style-type: none">- Poco desarrollo de asertividad, autonomía, capacidad para la toma de decisiones- Baja autoestima y Inestabilidad emocional- Sentimientos de invulnerabilidad y omnipotencia frente a riesgos- Dificultades para planear y desarrollar proyectos de vida a largo plazo- Baja capacidad para tolerar las frustraciones y Dificultades para controlar impulsos
Familiares	<ul style="list-style-type: none">- Presencia de violencia familiar- Miembros de la familia con: conductas delictivas, trastornos mentales- Miembros de la 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. Mudanza, migración familiar- Miembro de la familia víctima de abuso sexual- Madre y/o hermana embarazada en la adolescencia- Enfermedad crónica de uno de los padres- Bajo nivel educativo de los padres
Sociales	<ul style="list-style-type: none">- Exclusión escolar- Entornos no saludables (delincuencia, violencia, comercialización/ consumo de drogas, etc)- Condiciones laborales riesgosas- Pobreza con exclusión social- Exposición a mensajes de los medios que promueven conductas de riesgo- Exposición a violencia social

TIPO

FACTORES PROTECTORES

Personales

- Buena salud física, estado nutricional e imagen corporal propia adecuados
- Apropriados hábitos de salud. Capacidad de simpatía: carácter positivo, amistoso
- Capacidad de empatía: Respetar derechos y necesidades del otro. Buena relación con sus pares
- Habilidades sociales para la comunicación y solución de problemas.
- Sentido del humor, experimentar esperanza, alegría, éxito, amor. Autoestima alta
- Manejo adecuado del stress y tolerancia a la frustración
- Auto eficiencia y autonomía de acuerdo a la edad, combinada con capacidad para pedir ayuda
- Proyecto de vida: metas educacionales y vocacionales
- Cuenta con un sistema de valores. Enfrenta la competencia escolar.

Familiares

- Provee necesidades básicas: comida, techo, ropa, seguridad, atención de salud
- Reconoce y valora al adolescente, entiende sus cambios y necesidades biopsicosociales
- Dedicar tiempo al adolescente y Premiar logros del adolescente
- Establece comunicación asertiva y relaciones democráticas entre sus miembros
- Estimula la independencia y responsabilidad de los/ las adolescentes.
- Desarrolla un equilibrio entre apoyo, tolerancia y límites apropiados
- Apoya las metas educacionales y/o vocacionales del adolescente.
- Provee de sistema de valores y modelos
- Pertenece a un grupo religioso que promueve la unión familiar y la búsqueda de valores y significado en tiempos difíciles
- Provee modelos y normas familiares claras que estimulen conductas, actitudes y relaciones saludables
- Al menos una persona emocionalmente estable en la familia provee apoyo incondicional al adolescente. Otorga educación sexual.

Comunidad

- Provee de oportunidades educacionales y vocacionales de calidad que permiten la realización de sus proyectos de vida
- Provee espacios sociales que promuevan habilidades personales y sociales (actividades educacionales, recreativas, deportivas, etc.)
- Otorga apoyo a familias de adolescentes con necesidades especiales
- Dispone de legislación que proteja a adolescentes
- Otorga servicios integrales y diferenciados de salud y educación para adolescentes
- Otorga un medio ambiente libre de riesgos (tóxicos, violencia, contaminación)
- Asegura transporte público y derecho a vivienda

INDICADORES DE RIESGO ESPECÍFICO PARA DAÑOS PREVALENTES EN LA ADOLESCENCIA

- | | |
|------------------------------------|---|
| Crecimiento y nutrición | <ul style="list-style-type: none">● Malnutrición: Desnutrición o sobre peso (Alto Riesgo)● Contacto TBC, Malaria, Bartonelosis (Alto Riesgo)● Hipertensión arterial (Alto Riesgo)● Diabetes tipo II (Alto Riesgo) y Hiperlipidemia (Alto Riesgo). Preocupación excesiva por el peso● Dietas frecuentes sin presentar sobrepeso (Alto Riesgo) y Vómitos auto provocados (Alto Riesgo)● Consumo de diuréticos o laxantes. Historia familiar de obesidad, diabetes, cardiovascular● Actividad física (ausencia o excesiva) y malos hábitos alimenticios. |
| Salud Sexual y Reproductiva | <ul style="list-style-type: none">● Inicio de relaciones sexuales sin protección, embarazo o aborto anterior (Alto Riesgo)● Ausencia de otras expectativas fuera de la maternidad/paternidad● VIH/SIDA (+) o alguna de sus parejas sexuales es VIH(+) o tiene SIDA (Alto Riesgo)● Historial de ITS o pareja con ITS. Amenorrea● Múltiples compañeros sexuales (Alto Riesgo). Transfusiones de sangre● Antecedentes de prostitución (Alto Riesgo)● Adolescentes que viven en la calle y/o institucionalizados (Alto Riesgo)● Consumo de drogas intravenosas (Alto Riesgo)● Abuso sexual (Alto Riesgo) (por relato del/la paciente o signos / señales: lesiones o sangrado en zona genital o anal) |
| Desarrollo Psicosocial | <ul style="list-style-type: none">● Bajo rendimiento escolar en relación a sus compañeros. Abandono escolar o faltas injustificadas● Conflictos o problemas de las relaciones interpersonales en la escuela con sus maestros y/o compañeros● Problemas económicos o laborales de los padres o de la/el adolescente que entorpecen su escolaridad● Consumo de tabaco, alcohol o drogas (Alto Riesgo), Consumo de estimulantes● Actitud tolerante hacia consumo de drogas● Enojo, irritabilidad, hostilidad, sobrevaloración. Plan suicida. Intentos previos (Alto Riesgo)● Ausencias del hogar reiteradas y sin previo aviso● Depresión (Alto Riesgo) y Ansiedad (Alto Riesgo). Síndrome de estrés post-traumático● Aislamiento familiar, social y Ausencia de referentes● Problemas con el sueño y el apetito. Enuresis / encopresis secundaria● Dolores abdominales y dolores de cabeza sin causa orgánica aparente Trabajo riesgoso (precocidad en la edad del adolescente, horario que interfiere con las actividades educativas y sociales, falta de seguridad legal, falta de condiciones de bioseguridad, dificultades en las relaciones interpersonales en el trabajo, etc.)● Pertenencia a pandillas (Alto Riesgo) |

Teorías modernas de la agresión: teniendo en cuenta el aprendizaje, las cogniciones, el estado de ánimo y la activación. BARON R.; y BYRNE D. (2005); describe en, *Las teorías modernas de la agresión*, a diferencia de las visiones más antiguas, (por ejemplo, Anderson, 1997; Berkowitz, 1993; Zillmann, 1994) no se centran en un solo factor como la causa principal de la agresión. En lugar de eso, toman en cuenta los avances de muchos campos de la psicología, con el fin de lograr una mayor comprensión de los factores que juegan un papel en la ocurrencia de esta conducta.

Aunque ninguna teoría incluye todos los factores que los psicólogos sociales ahora consideran importantes, un enfoque, el modelo afectivo general de la agresión, propuesto por Anderson (Anderson et al., 1996; Anderson, 1997) es una buena muestra de la amplitud y sofisticación de estas nuevas perspectivas.

De acuerdo con esta teoría (conocida como GAAM por sus siglas en inglés), la agresión se desencadena por un amplio rango de variables de entrada (aspectos de la situación actual o tendencias que los individuos llevan consigo a una situación dada). Las variables que caen dentro de la primera categoría incluyen la frustración, algún tipo de ataque de otra persona (por ejemplo, un insulto), la exposición a otras personas que se comportan de manera agresiva (modelos agresivos), la presencia de señales asociadas con la agresión (por ejemplo, pistolas u otras armas), y virtualmente cualquier cosa que cause que los individuos experimenten malestar, cualquier cosa desde altas temperaturas incómodas hasta el taladro del dentista o incluso una conferencia extremadamente aburrida. Las variables de la segunda categoría (diferencias individuales) incluyen rasgos que predisponen a los individuos hacia la agresión (por ejemplo, alta irritabilidad), ciertas actitudes y creencias acerca de la violencia (por ejemplo, creer que es aceptable y apropiada), valores acerca de la violencia (por ejemplo, verla como una cosa «buena» —quizás que muestra la valía de un individuo o su masculinidad), y habilidades específicas relacionadas con la agresión (por ejemplo, saber cómo pelear, saber cómo usar diversas armas).

De acuerdo con el GAAM, estas diferentes variables situacionales e individuales pueden conducir a una agresión abierta a través de su impacto sobre tres procesos básicos: activación, pueden incrementar la activación fisiológica o excitación; estados afectivos, pueden activar sentimientos hostiles y sus correspondientes signos externos (por ejemplo, expresiones faciales de ira); y cogniciones, pueden inducir a los individuos a tener pensamientos hostiles o a traer a la mente recuerdos hostiles.

Dependiendo de las interpretaciones de los individuos (valoraciones) de la situación actual y de los factores restrictivos (por ejemplo, la presencia de la policía o la naturaleza amenazante de la que se pretende sea la persona-objetivo), la agresión ocurre o no.

Las teorías modernas como la GAAM son reconocidamente mucho más complejas que aquellas ofrecidas por Freud y Lorenz, o incluso por la famosa hipótesis de la frustración-agresión (Dollard et al., 1939), pero también están apoyadas por un creciente cuerpo de evidencias (por

ejemplo, Lieberman y Greenberg, 1999) y tienen muchas más probabilidades de dar un retrato preciso y completo de los orígenes de la agresión humana, y esto por supuesto, es lo que busca la ciencia.

3. Planteamiento Del Problema

Ha sido y es común en diferentes sociedades y culturas que el tránsito entre el niño y el adulto, esté marcado por un cambio en las expectativas, en relación no solamente con las funciones sexuales y reproductivas, sino también con el status social, que comprende una amplia variedad de ritos y creencias que han pretendido diferenciar socialmente una etapa de la vida, denominada adolescencia.

La palabra adolescencia procede del latín *adolescere* que significa lucir y pubertad, y de pubertad que en latín quiere decir apto para la reproducción. La pubertad está comprendida dentro de la adolescencia.

En la adolescencia se produce una crisis que se relaciona con el ciclo vital, en la cual se da una agudización en las contradicciones sobre la dinámica de las relaciones internas. Esta constituye un período de transición; abarca entre los 10 y 19 años de edad. Comprende la pubertad (etapa de juventud hasta los 20 años), y la juventud (rasgos biológicos de la adolescencia en los adultos).

La adolescencia constituye una etapa del desarrollo del ser humano, en la que se evidencian importantes cambios psicológicos, biológicos y sociales; generalmente cambios bruscos, rápidos, repentinos o demorados. Con un ritmo acelerado crea ansiedad y con ritmo demorado crea zozobra e inquietud.

En este periodo son particularmente intensas las conductas de riesgo en los adolescentes; que son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas.³⁻⁵ Estas conductas son múltiples y pueden ser biopsicosociales. En su desarrollo contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que se destacan la "sensación de invulnerabilidad" o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los coetáneos con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de transgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras (corteza prefrontal en desarrollo) y otros como la influencia de la testosterona en hombres, la asincronía de desarrollo tanto en mujeres (pubertad precoz y riesgos en sexualidad), como en hombres (retraso puberal y conductas para validación de pares).^{6,7}

En consecuencia, para efectos del presente estudio se planteó la siguiente interrogante:

¿Cuál son niveles de conducta de riesgo en alumnos que cursan el 6º grado de primaria en la Institución Educativa Parroquial “San Martín de Porres”, Iquitos 2017?

Definición de Términos Básicos

Conducta o Comportamiento es el conjunto de respuestas, bien por presencia o por ausencia, que presenta un ser vivo en relación con su entorno o mundo de estímulos. El comportamiento puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, etc. según las circunstancias que lo afecten.

Riesgo: Cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente”. Al tiempo, insiste en la utilización de la denominación de conducta de riesgo y no la de conducta de búsqueda de riesgo, ya que considera que esta última sería errónea, en la medida en que no todos los adolescentes son buscadores de riesgo.

Cólera: Es la reacción de irritación o furia causada por la indignación y enojo de sentir vulnerados nuestros derechos. La cólera aniquila la capacidad para pensar y resolver los problemas que la originan. Los diversos procesos de la cólera conducen al ser Humano hacia fracasos sociales, económicos y psicológicos; además de afectar la salud.

Irritabilidad: Es la capacidad de un organismo o de una parte del mismo para identificar un cambio negativo o positivo en el medio ambiente y poder reaccionar mediante éste; es la capacidad que tiene a las personas para responder ante estímulos que lesionan su bienestar; estas características les permite sobrevivir y eventualmente adaptarse a los cambios que se producen en el ambiente.

Agresión: Es el acto o ataque violento que tiene la firme intención de causar daño a quien va dirigido; es de alguna manera un acto que se contrapone al derecho del otro. La agresión cuenta con tres características básicas: Intención de generar daño, provocación de daño real y una alteración de la persona que promueva la agresión.

Control de Emociones: Son reacciones naturales que nos permite ponernos en alerta ante determinadas situaciones que implican peligro, amenazas o frustración; los componentes centrales de las emociones son las reacciones fisiológicas y los pensamientos. Es necesario adquirir ciertas habilidades para manejar las emociones ya que en una intensidad excesiva puede hacer que las personas vivan como estados desagradables o les lleven a realizar conductas indeseables.

Adolescencia (adolescente): Son todas las personas que tiene entre 10 y 19 años, y que están en una etapa de su vida en la cual se presentan cambios importantes en su aspecto físico, así como en su personalidad. Es una etapa en la cual se fijan prácticas y valores que determinarán su forma de vivir sea o no saludable en el presente y en el futuro.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Determinar los niveles de conductas de riesgo de alumnos de 6to grado de primaria de la Institución Educativa Parroquial “San Martín de Porres” de la ciudad de Iquitos-2017”

4.2 Objetivos específicos

- Identificar las características de la población de estudio relacionadas a la edad y sexo.
- Determinar los niveles de la conducta de riesgo de Irritabilidad de alumnos de 6to grado de primaria.
- Establecer los niveles de la conducta de riesgo de Cólera de alumnos de 6to grado de primaria.
- Determinar los niveles de la conducta de riesgo de Agresividad de alumnos de 6to grado de primaria.
- Comparar los niveles de conductas de riesgo de los alumnos de 6to grado de primaria, según la edad y el sexo.

5. VARIABLES

Siendo la presente una investigación de diseño descriptivo las variables a investigar son:

Variable de estudio: conductas de riesgo: Cólera, Irritabilidad y Agresión

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Instrumento de Medición	Escala de medida
Conducta de riesgo	Acciones que expresan emociones que varían en intensidad, desde una ligera irritación o molestia hasta un nivel de furia intensa o cólera,, por lo general en respuesta a la percepción de injusticia o provocación Dimensiones - Irritabilidad - Cólera - Agresividad	Nivel de puntuaciones obtenidas en Cuestionario de Cólera, Irritabilidad y Agresión.	- Muy Alto - Alto - Promedio - Bajo - Muy bajo	Cuestionario de Cólera, Irritabilidad y Agresión.	De intervalos

7. HIPÓTESIS

No se formulan hipótesis por ser una investigación descriptiva prospectiva.

8. METODOLOGÍA

8.1 Tipo y diseño de investigación:

Tipo de investigación

Siguiendo la clasificación de tipos de investigación propuestas por Hernández Sampieri (2014) la presente Investigación es Cuantitativa puesto que utiliza la recolección con base en la medición numérica de las variables, siendo sometidas al análisis estadístico, con el fin establecer conclusiones.

Asimismo, es No experimental, porque no manipula las variables de estudio; y Transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Finalmente es Prospectivo: porque se planea recoger la variable después del iniciado el estudio.

Diseño

El Diseño de investigación es tipo Descriptivo; puesto que se indaga la incidencia de categorías o niveles de la variable conducta de riesgo de la población.

M ----- **O**

Dónde:

M = Muestra: Alumnos del 6° de primaria de la I.E. Parroquial “San Martín de Porres”

O = Observación de la variable de estudio: conductas de riesgo

8.2. Población y muestra

a. Población

La población estuvo conformada por todos los alumnos del 6° grado del nivel primario matriculados en la I.E. Parroquial “San Martín de Porres en el año 2016.

b. Muestra

La muestra estuvo representada por la totalidad de la población de estudio, lo que hacen un total de 111 alumnos de la Institución Educativa.

c. Criterios de inclusión y exclusión

- Alumnos de ambos sexos de la institución educativa.
- Alumno que asista regularmente a clases.
- Estudiantes del 6° grado de primaria.

8.3. Técnicas e instrumentos

La técnica utilizada para recoger datos fue la **técnica Psicométrica**, rama de la psicología que se encarga del conjunto de métodos, técnicas y teorías implicadas en medir y cuantificar las variables psicológicas del psiquismo humano.

El instrumento utilizado fue el CUESTIONARIO DE CÓLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN, desarrollado por Documento Técnico: Orientaciones para la Atención Integral de la Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención en 1965, empleado en anteriores investigaciones y que consta de 42 ítems.

Dicho instrumento fue validado por Ministerio de Salud con Resolución Ministerial N° 633-2005/MINSA -NT No 034 - MINSA DGSP -V. 01 norma técnica para la atención integral de salud en la etapa y vida adolescente´

Validez y Confiabilidad

- **Validez:** La prueba fue se validada originalmente con el método de validez de contenido por juicio de expertos.
- **Confiabilidad:** Se determinó originalmente la confiabilidad del instrumento mediante la técnica del Coeficiente de Alfa Cronbach, obteniéndose un coeficientes de confiabilidad de 0.94, siendo altamente confiable.

Pasos para la calificación e interpretación del listado del Cuestionario de Cólera, Irritabilidad y Agresión:

- Comparar las respuestas del adolescente y la clave de respuestas.
- Sumar las puntuaciones del número 1 al 11 correspondiente al área de Irritabilidad, del 12 al 18, referente al área de Cólera, del 19 al 42 correspondiente al área de Agresividad.
- Los puntajes obtenidos son llevados al cuadro de categorías de cada área.

Interpretar de la siguiente manera:

- a. Los puntajes que se ubiquen en la Categoría de Promedio en cualquiera de las áreas serán interpretados como respuestas de personas que tienden a responder con ciertos descontroles de Irritabilidad, Cólera o Agresividad.
- b. Los puntajes en las Categorías Alto y Muy Alto en cualquiera de las áreas serán consideradas como respuestas de personas con bajos mecanismos emocionales para controlar su Irritabilidad, Cólera y Agresividad.
- c. Los puntajes que se ubiquen en las Categorías Bajo y Muy Bajo, serán consideradas como de personas que presentan mecanismos adecuados de control y manejo de la Irritabilidad, Cólera o Agresividad.

8.4. Proceso de recolección de datos

Para la recolección de información sobre Conducta de Riesgo en Alumnos del 6° Primaria de la Institución Educativa Parroquial “San Martín de Porres” de Iquitos, se ejecutaron las siguientes actividades:

- Coordinación con la dirección y tutores de la I.E. para el permiso y aplicación de la prueba.
- Entrevista con los adolescentes previo consentimiento informado con las autoridades de colegio y en especial de la tutora, con la finalidad de dar a conocer sobre el desarrollo de la investigación y que posteriormente se darán los resultados pertinentes a cada uno de ellos.
- Ejecución del instrumento que se realizó en dos días de 20 minutos, la misma que se aplicó la prueba y luego se realizó la entrevista respectivamente, durante la mañana.

8.5. Análisis de datos

Los datos recolectados en la investigación fueron procesados mediante la asistencia del programa estadístico SPSS, versión 22 en español; el análisis de los datos se llevó a cabo mediante la estadística descriptiva (tablas de frecuencias y porcentajes). Organización, codificación y elaboración de base de datos. Vaciado de los datos.

8.6. Consideración ética

- Al aplicar el instrumento para la recolección de los datos se tuvo en cuenta la protección de la identidad y datos de los evaluados los mismos que fueron tratados con total discreción.
- Se mencionó la coordinación previa con las autoridades educativa y profesores, la misma que fueron evaluados en un ambiente armonioso de diálogo consensuado. A la misma vez que se facilitó una solicitud de autorización a las mismas para realizar la anteriormente mencionada investigación.
- Cabe mencionar también que se procedió a facilitar no solo el instrumento con el consentimiento informado, sino también se trató de despejar ciertas inquietudes emergentes y necesarias a los pacientes y de esa manera desarrollen la encuesta con total facilidad.
- La condición de vulnerabilidad exige una preocupación ética mayor donde se evalúan los riesgos, beneficios y el respeto a cada uno de los participantes que corresponden a una parte de la población vulnerable. Sin duda alguna se persigue el libre desarrollo de sus relaciones interpersonales e intrapersonales, así como sus potencialidades que en algunos casos se vea afectada por causas necesarias, sin que esto impida su desarrollo en sociedad.

RESULTADOS

TABLA DE FRECUENCIA Y GRÁFICOS

tabla 1

Frecuencia y porcentaje de la muestra **según edad**

EDAD	Frecuencia	%
11	69	65,1
12	37	34,9
Total	106	100,0

- El 65% de alumnos de 6° grado tienen 11 años de edad
- El 35% de alumnos de 6° grado tienen 12 años de edad

tabla 2

Frecuencia y porcentaje de la muestra **según sexo**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje redondeado	Porcentaje acumulado
F	47	44,3	44	44,3
M	59	55,7	56	100,0
Total	106	100,0	100,0	

- El 56% de alumnos de 6° grado son de sexo masculino
- El 44% de alumnos de 6° grado son de sexo femenino

tabla 3
Frecuencia y porcentaje de la muestra **según sección de alumnos de primaria**

Sección	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Redondeado	Porcentaje acumulado
A	36	34,0	34	34,0
B	35	33,0	33	67,0
C	35	33,0	33	100,0
Total	106	100,0	100,0	

- El 34% de alumnos de 6° grado son de la sección “A”
- El 33% de alumnos de 6° grado son de la sección “B”
- El 33% de alumnos de 6° grado son de la sección “C”

tabla 4

Frecuencia y porcentaje de la muestra **según niveles de Irritabilidad**

Nivel de Irritabilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Redondeado	Porcentaje acumulado
ALTO	17	16,0	16	16,0
BAJO	33	31,1	31	47,2
MUY ALTO	2	1,9	2	49,1
MUY BAJO	4	3,8	4	52,8
PROMEDIO	50	47,2	47	100,0
Total	106	100,0	100,0	

- El 2% de alumnos de 6° grado tienen Nivel Muy Alto de Irritabilidad
- El 16% de alumnos de 6° grado tiene Nivel Alto de Irritabilidad
- El 47% de alumnos de 6° grado tiene Nivel Promedio de Irritabilidad
- El 31% de alumnos de 6° grado tiene Nivel Bajo de Irritabilidad
- El 4% de alumnos de 6° grado tiene Nivel Muy Bajo de Irritabilidad

tabla 5

Frecuencia y porcentaje de la muestra **según niveles de Cólera**

Nivel de Cólera	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	18	17,0
BAJO	28	26,4
MUY ALTO	3	2,8
MUY BAJO	6	5,7
PROMEDIO	51	48,1
Total	106	100,0

- El 3% de alumnos de 6° grado tienen Nivel Muy Alto de Cólera
- El 17% de alumnos de 6° grado tiene Nivel Alto de Cólera
- El 48% de alumnos de 6° grado tiene Nivel Promedio de Cólera
- El 26% de alumnos de 6° grado tiene Nivel Bajo de Cólera
- El 6% de alumnos de 6° grado tiene Nivel Muy Bajo de Cólera

tabla 6

Frecuencia y porcentaje de la muestra según niveles de Agresividad

Nivel de Agresividad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Redondeado	Porcentaje acumulado
ALTO	7	6,6	7	6,6
BAJO	32	30,2	30	36,8
MUY ALTO	1	,9	1	37,7
MUY BAJO	13	12,3	12	50,0
PROMEDIO	53	50,0	50	100,0
Total	106	100,0	100,0	

- El 1% de alumnos de 6° grado tienen Nivel Muy Alto de Agresividad
- El 7% de alumnos de 6° grado tiene Nivel Alto de Agresividad
- El 50% de alumnos de 6° grado tiene Nivel Promedio de Agresividad
- El 30% de alumnos de 6° grado tiene Nivel Bajo de Agresividad
- El 12% de alumnos de 6° grado tiene Nivel Muy Bajo de Agresividad

tabla 7

Frecuencia y porcentaje **sexo femenino - irritabilidad**

Nivel de Irritabilidad						
Sexo	Alto	Bajo	Muy alto	Muy bajo	Promedio	Total
F	9	14	2	3	19	47
%	19.14	29.78	4.25	6.38	40.42	100
Red %	19	30	4	6	41	100

- El 4% de alumnos de sexo femenino tienen nivel Muy Alto de Irritabilidad
- El 19% de alumnos de sexo femenino tienen nivel Alto de Irritabilidad
- El 41% de alumnos de sexo femenino tienen nivel Promedio de Irritabilidad
- El 30% de alumnos de sexo femenino tienen nivel Bajo de Irritabilidad
- El 6% de alumnos de sexo femenino tienen nivel Muy Bajo de Irritabilidad

tabla 8

Frecuencia y porcentaje **sexo masculino - irritabilidad**

Nivel de Irritabilidad						
Sexo	Alto	Bajo	Muy alto	Muy bajo	Promedio	Total
M	8	19	0	1	31	59
%	13.55	32.20	0	1.69	52.54	100
Red %	14	32	0	2	52	100

- El 0% de alumnos de sexo masculino tienen nivel Muy Alto de Irritabilidad
- El 14% de alumnos de sexo masculino tienen nivel Alto de Irritabilidad
- El 52% de alumnos de sexo masculino tienen nivel Promedio de Irritabilidad
- El 32% de alumnos de sexo masculino tienen nivel Bajo de Irritabilidad
- El 2% de alumnos de sexo masculino tienen nivel Muy Bajo de Irritabilidad

tabla 9

Frecuencia y porcentaje **sexo femenino - cólera**

Nivel de Cólera						
Sexo	Alto	Bajo	Muy alto	Muy bajo	Promedio	Total
F	10	14	1	3	19	47
%	21.27	29.78	2,12	6.38	40.42	100
Red %	21	30	2	6	41	100

- El 2% de alumnos de sexo femenino tienen nivel Muy Alto de Cólera
- El 21% de alumnos de sexo femenino tienen nivel Alto de Cólera
- El 41% de alumnos de sexo femenino tienen nivel Promedio de Cólera
- El 30% de alumnos de sexo femenino tienen nivel Bajo de Cólera
- El 6% de alumnos de sexo femenino tienen nivel Muy Bajo de Cólera

tabla 10
Frecuencia y porcentaje **sexo masculino - cólera**

Nivel de Cólera						
Sexo	Alto	Bajo	Muy alto	Muy bajo	Promedio	Total
M	8	14	2	3	32	59
%	13.55	23.72	3.38	5.08	54.23	100
Red	14	24	3	5	54	100
%						

- El 3% de alumnos de sexo masculino tienen nivel Muy Alto de Cólera
- El 14% de alumnos de sexo masculino tienen nivel Alto de Cólera
- El 54% de alumnos de sexo masculino tienen nivel Promedio de Cólera
- El 24% de alumnos de sexo masculino tienen nivel Bajo de Cólera
- El 5% de alumnos de sexo masculino tienen nivel Muy Bajo de Cólera

tabla 11

Frecuencia y porcentajes **sexo femenino - agresividad**

Nivel de agresividad						
Sexo	Alto	Bajo	Muy alto	Muy bajo	Promedio	Total
F	4	15	0	8	20	47
%	8.51	31.91	0	17.02	42.55	100
Red %	8	32	0	17	43	100

- El 0% de alumnos de sexo femenino tienen nivel Muy Alto de Agresividad
- El 8% de alumnos de sexo femenino tienen nivel Alto de Agresividad
- El 43% de alumnos de sexo femenino tienen nivel Promedio de Agresividad
- El 32% de alumnos de sexo femenino tienen nivel Bajo de Agresividad
- El 17% de alumnos de sexo femenino tienen nivel Muy Bajo de Agresividad

tabla 12

Frecuencia y porcentajes **sexo masculino – agresividad**

Nivel de agresividad						
Sexo	Alto	Bajo	Muy alto	Muy bajo	Promedio	Total
M	3	17	1	5	33	59
%	5.08	28.81	1.69	8.47	55.93	100
Red %	5	29	2	8	56	100

- El 2% de alumnos de sexo masculino tienen nivel Muy Alto de Agresividad
- El 5% de alumnos de sexo masculino tienen nivel Alto de Agresividad
- El 56% de alumnos de sexo masculino tienen nivel Promedio de Agresividad
- El 29% de alumnos de sexo masculino tienen nivel Bajo de Agresividad
- El 8% de alumnos de sexo masculino tienen nivel Muy Bajo de Agresividad

tabla 13

Frecuencia y porcentaje **edad – irritabilidad**

Nivel de Irritabilidad						
Edad	Alto	Bajo	Muy alto	Muy bajo	Promedio	Total
11	14	21	1	2	31	69
%	20.28	30.43	1.44	2,89	44.92	100
Red %	20	30	2	3	45	100

- El 2% de alumnos de 11 años de edad tienen nivel Muy Alto de Irritabilidad
- El 20% de alumnos de 11 años de edad tienen nivel Alto de Irritabilidad
- El 45% de alumnos de 11 años de edad tienen nivel Promedio de Irritabilidad
- El 30% de alumnos de 11 años de edad tienen nivel Bajo de Irritabilidad
- El 3% de alumnos de 11 años de edad tienen nivel Muy Bajo de Irritabilidad

tabla 14

Frecuencia y porcentaje edad - irritabilidad

Nivel de irritabilidad						
Edad	Alto	Bajo	Muy alto	Muy bajo	Promedio	Total
12	3	12	1	2	19	37
%	8.10	32.43	2.70	5.40	51.35	100
Red %	8	33	3	5	51	100

- El 3% de alumnos de 12 años de edad tienen nivel Muy Alto de Irritabilidad
- El 8% de alumnos de 12 años de edad tienen nivel Alto de Irritabilidad
- El 51% de alumnos de 12 años de edad tienen nivel Promedio de Irritabilidad
- El 33% de alumnos de 12 años de edad tienen nivel Bajo de Irritabilidad
- El 5% de alumnos de 12 años de edad tienen nivel Muy Bajo de Irritabilidad

tabla 15

Frecuencia y porcentaje **edad – cólera**

Nivel De Cólera						
Edad	Alto	Bajo	Muy alto	Muy bajo	Promedio	Total
11	13	20	2	2	32	69
%	18.84	28.98	2.89	2.89	46.37	100
Red %	19	29	3	3	46	100

- El 3% de alumnos de 11 años de edad tienen nivel Muy Alto de Cólera
- El 19% de alumnos de 11 años de edad tienen nivel Alto de Cólera
- El 46% de alumnos de 11 años de edad tienen nivel Promedio de Cólera
- El 29% de alumnos de 11 años de edad tienen nivel Bajo de Cólera
- El 3% de alumnos de 11 años de edad tienen nivel Muy Bajo de Cólera

tabla 16

Frecuencia y porcentaje **edad – cólera**

Nivel de cólera						
Edad	Alto	Bajo	Muy alto	Muy bajo	Promedio	Total
12	5	8	1	4	19	37
%	13.51	21.62	2.70	10.81	51.35	100
Red %	13	22	3	11	51	100

- El 3% de alumnos de 12 años de edad tienen nivel Muy Alto de Cólera
- El 13% de alumnos de 12 años de edad tienen nivel Alto de Cólera
- El 51% de alumnos de 12 años de edad tienen nivel Promedio de Cólera
- El 22% de alumnos de 12 años de edad tienen nivel Bajo de Cólera
- El 11% de alumnos de 12 años de edad tienen nivel Muy Bajo de Cólera

tabla 17
Frecuencia y porcentaje **edad - agresividad**

Nivel de agresividad						
Edad	Alto	Bajo	Muy alto	Muy bajo	Promedio	Total
11	5	21	1	7	35	69
%	7.24	30.43	1.44	10.14	50.72	100
Red %	7	30	2	10	51	100

- El 2% de alumnos de 11 años de edad tienen nivel Muy Alto de Agresividad
- El 7% de alumnos de 11 años de edad tienen nivel Alto de Agresividad
- El 51% de alumnos de 11 años de edad tienen nivel Promedio de Agresividad
- El 30% de alumnos de 11 años de edad tienen nivel Bajo de Agresividad
- El 10% de alumnos de 11 años de edad tienen nivel Muy Bajo de Agresividad

tabla 18
FRECUENCIA Y PORCENTAJE EDAD - AGRESIVIDAD

Nivel de agresividad						
Edad	Alto	Bajo	Muy alto	Muy bajo	Promedio	Total
12	2	11	0	6	18	37
%	5.40	29.72	0	16.21	48.64	100
Red %	5	30	0	16	49	100

- El 0% de alumnos de 12 años de edad tienen nivel Muy Alto de Agresividad
- El 5% de alumnos de 12 años de edad tienen nivel Alto de Agresividad
- El 49% de alumnos de 12 años de edad tienen nivel Promedio de Agresividad
- El 30% de alumnos de 12 años de edad tienen nivel Bajo de Agresividad
- El 16% de alumnos de 12 años de edad tienen nivel Muy Bajo de Agresividad

10. DISCUSIÓN

La presente investigación “Niveles de conducta de riesgo en alumnos del 6° Primaria de una Institución Educativa Parroquial de Iquitos – 2017”, cuyo objetivo fue determinar los niveles de conductas de riesgo de alumnos, se determinó en el nivel de la conducta de riesgo de **Irritabilidad**, 18% de alumnos presentan bajos mecanismos emocionales para controlar su irritabilidad; 47% responden con ciertos descontroles de irritabilidad y 35% presentan mecanismos adecuados de control y manejo de su irritabilidad. En el nivel de la conducta de riesgo de **Cólera**, 20% presentan bajos mecanismos emocionales para controlar su cólera; 48% responden con ciertos descontroles de cólera y 32% presentan mecanismos adecuados de control y manejo de su cólera, y en el nivel de la conducta de riesgo de agresividad, 8% de alumnos presenta bajos mecanismos emocionales para controlar su agresividad; 50% de alumnos responden con ciertos descontroles de agresividad y 42% presentan mecanismos adecuados de control y manejo de su agresividad, resultados que se comparan con el de Rivera y Zavaleta (2015) que en el estudio “relación entre el nivel de habilidades sociales y conductas de riesgo en adolescentes escolarizados. Trujillo 2015”; en los resultados prueba que existe relación entre Habilidades Sociales y Conductas de Riesgo ($p=0.000$), donde 45.2% de alumnos tienen habilidades sociales promedio bajo y desarrollan conductas con riesgo, 27.4% presentan habilidades sociales altas y desarrollan conductas sin riesgo; por lo que el riesgo es más bajo cuando más alto es el nivel de habilidades sociales. Afirma también que las habilidades sociales son fundamentales para disfrutar una vida saludable y feliz; ya que los seres humanos en este caso los adolescentes aprenden a prevenir las conductas de riesgo y la detección precoz de conductas desadaptativas en este grupo de edad. En este sentido se puede percibir que los adolescentes bajo presión se involucraran en conductas de riesgo, así mismo sugieren que su comportamiento está centrado en sus interacciones sociales, como lo son el grupo de amigos, la escuela, entre otros.

En el análisis Bivariado del presente estudio, en las Conductas de Riesgo de irritabilidad y sexo: se encontró que 36% alumnas mujeres presentan mecanismos adecuados de control y manejo de su irritabilidad. En las Conductas de Riesgo de cólera y sexo: 36% alumnas mujeres y 29% de varones presentan mecanismos adecuados de control y manejo de su irritabilidad En las Conductas de Riesgo de agresividad y sexo: 49% alumnas mujeres y 37% de varones presentan mecanismos adecuados de control y manejo de su agresividad,

En las Conductas de Riesgo de **irritabilidad** y edad: 33% alumnos de 11 años y 38% de alumnos de 12 años presentan mecanismos adecuados de control y manejo de su **irritabilidad**, En las Conductas de Riesgo de **cólera** y edad: 32% alumnos de 11 años y 33% de alumnos de 12 años presentan mecanismos adecuados de control y manejo de su **cólera**, y en las Conductas de Riesgo de **agresividad** y edad: 40% de alumnos de 11 años y 46% de alumnos de 12 años presentan mecanismos adecuados de control y manejo de su **agresividad**, resultados que se comparan con los de Rojas-Calderón y Pachas-Barrionuevo (2010), que en el estudio Perfil epidemiológico de salud oral e indicadores de riesgo en escolares adolescentes de la localidad de Cartavio (La Libertad, Perú).concluyo que en la edad del escolar, el grado de instrucción del jefe de familia (primaria), la visita y acompañamiento al dentista, así como el motivo restaurador, se comportaron como predictores de caries dental. El estudio epidemiológico identificó tendencias e indicadores de riesgo para su control y prevención. O el realizado en Tacna, en el estudio titulado “Habilidades Sociales y su relación con conductas de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Fortunato Zora Carbajal”; encontró que existe una relación significativa entre el nivel de habilidades sociales y las conductas de riesgo como el consumo de bebidas alcohólicas, consumo de tabaco e inicio de relaciones sexuales tempranas ó finalmente el de Soto (2006) que en el estudio “Factores asociados al no uso del condón. Para describir algunas características de su conducta sexual. El análisis multivariado mostró que los factores asociados al no uso de condón en varones fueron la falta de disponibilidad, disminución del placer en la relación amorosa. En las mujeres, pérdida de romanticismo, interferencia con la relación sexual y uso de otro método anticonceptivo.

11. CONCLUSIÓN

Los resultados al finalizar el estudio son los siguientes:

- Identificar las características de la población de estudio relacionadas a la edad y sexo.

De los alumnos de 6° Grado de Primaria del Colegio Parroquial San Martín De Porres, Iquitos 2017 participantes en el estudio sobre Niveles de Conducta de Riesgo: 65% tienen 11 años y 35% tienen 12 años de edad; así mismo 56% son de sexo masculino y 44% de sexo femenino.

- Determinar el nivel de la conducta de riesgo de Irritabilidad de alumnos de 6to grado de primaria.

De los alumnos participantes en el estudio sobre Niveles de Conducta de Riesgo de Irritabilidad: 2% tienen nivel muy alto de irritabilidad, 16% nivel alto de Irritabilidad, 47% tiene nivel promedio de irritabilidad, 31% nivel bajo de irritabilidad y 4% nivel muy bajo de Irritabilidad.

- Establecer el nivel de la conducta de riesgo de Cólera de alumnos de 6to grado de primaria.

De los alumnos participantes en el estudio sobre Niveles de Conducta de Riesgo de Cólera: 3% tienen nivel muy alto de Cólera, 17% nivel alto, 48% nivel Promedio, 26% nivel bajo y 6% tiene nivel muy bajo de Cólera

- Determinar el nivel de la conducta de riesgo de Agresividad de alumnos de 6to grado de primaria.

De los alumnos participantes en el estudio sobre Niveles de Conducta de Riesgo de Agresividad: 1% de alumnos tienen nivel muy alto de agresividad, 7% nivel alto, 50% nivel promedio, 30% nivel bajo y 12% nivel muy bajo de agresividad.

12. RECOMENDACIONES

- Seguir investigando las variables estudiadas en la Institución Educativa empleando otros diseños de investigaciones.
- Realizar investigaciones desde los enfoques planteados por la psicología social, en otras instituciones educativas y de distintos niveles académicos.
- Enseñar a docentes de la Institución Educativa programas de desarrollo emocional y autocontrol emocional para ser empleado a los alumnos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andres-Pueyo y Redondo, 2007 “Psicología de la Delincuencia” Papel del Psicólogo, Barcelona España
- Anderson, Craig A y Bushman, Brad J. 2002. Departamento de Psicología, Universidad Estatal de Iowa, Ames, Iowa 50011-3180; Copyright cO 2002 por las revisiones anuales. Todos los derechos reservados. E-mail: caa@iastate.edu, bushman@iastate.edu
- Florenzano R. El adolescente y sus conductas de riesgo. 3ra ed. Chile. Edit Universidad Católica de Chile. 2005. Pp. 123. 64
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jessor, R (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk setting. *American psychologist*.
- Florenzano R. El adolescente y sus conductas de riesgo. 3ra ed. Chile. Edit Universidad Católica de Chile. 2005. Pp. 123. 64
- Kerlinger, F. and Lee, H. (2002) *Investigación del comportamiento*. 4ª Ed. McGraw Hill. México.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Cuarta ed.). México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V
- Cueto, Santiago; Saldarriaga, Víctor; MUÑOZ, Ismael G. [2011] “Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal”. En: *Salud, interculturalidad y comportamientos de riesgo*. Lima: GRADE. p. 119-164.
- Cox, T. y Mackay, C. (1981). A transactional approach to occupational stress. En E.N. Corlett y J. Richardson (Eds.), *Stress, work design and productivity*. Chichester: Wiley & Sons
- Biaggio, M. K.; Supplee, K. & Curtis, N. (1981). Reliability and validity of four anger scales. *Journal of Personality Assessment*, 45, 639-648
- Berkowitz, L. (1993) *Agresión: sus causas, Consecuencias y control*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Gómez de Giraudó 2000 MT. *Adolescencia y Prevención: Conductas de riesgo y resiliencia*. *Psic Psip de la USAL* [Internet]. 2000 [citado 6 Dic 2013];4(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://psico.usal.edu.ar/psico/adolescencia-prevencion-conducta-riesgo-resiliencia>
- Ley que regula la Comercialización, Consumo y Publicidad de Bebidas 2009 Reglamento de la Ley N° 28681, DECRETO SUPREMO N° 012-2009-SA – Ley 29517 que modifica ley 28705 para la prevención del consumo del tabaco
- Donas Burak, S. (1998). *Protección, riesgo y vulnerabilidad. Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los/las*

adolescentes. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud, 2ª versión preliminar. [En red]. Disponible en <http://www.biblio.ucaldas.edu.co/docs/donas.htm>

- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). Los datos provienen de las Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas 2002 Proyecto RLA/AD/PER/99/D77. Estas encuestas tienen inferencia únicamente para estudiantes de secundaria residentes en el ámbito urbano. Av. Benavides 2199 "B", Miraflores Lima – Perú E-mail: devida@devida.gob.pe Web: www.devida.gob.pe
- Morales M. 2012 Habilidades Sociales que se relacionan con las Conductas de Riesgo en Adolescentes de la Institución Educativa Fortunato Zora Carbajal. [Tesis de Licenciada en Enfermería]. Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre.
- Rivera C. y. Zavaleta, G (2015), Habilidades sociales y conductas de riesgo en Adolescentes escolarizados. Institución educativa Torres Araujo – Trujillo
- Rojas-Calderón AE, Pachas-Barrionuevo FM. Perfil epidemiológico de salud oral e indicadores de riesgo en escolares adolescentes de la localidad de Cartavio (La Libertad, Perú). *Rev Estomatol Herediana*. 2010; 20(3):127-136.
- Soto Cáceres Víctor (2006) Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. Victoria. Chiclayo, Perú Correo-e: vicsoca@hotmail.com
- Baron R.; Y Byrne D. 2005 *Psicología Social* 10ª Edición. Pearson Educación, S.A., Madrid, ISBN: 84-205-4332-2
- Díaz Rodríguez, C. L. y González Ramírez, M. T. (2014) *Conductas Problema en adolescentes en la ciudad de monterrey, México.*Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, NL México. E-mail: cecydiaz_@hotmail.com*
- Ministerio de Salud Protocolos de Consejería para la Atención Integral del Adolescente, Orientación para la Atención integral de Salud del Adolescente. www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adolescente/adol-doc.asp

ANEXOS

Anexo N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ESTUDIO: “NIVELES DE CONDUCTA DE RIESGO EN ALUMNOS DE 6TO GRADO DE PRIMARIA DEL COLEGIO PARROQUIAL SAN MARTIN DE PORRES, IQUITOS 2017”

Problema	Objetivos	Variables	Indicadores	Diseño de investigación	Metodología	Instrumentos
¿Cuáles son los niveles de conducta de riesgo en alumnos que cursan el 6° grado de primaria en la Institución Educativa Parroquial “San Martín de Porres”, Iquitos 2017?	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar los niveles de conductas de riesgo de alumnos de 6to grado de primaria de la Institución Educativa Parroquial “San Martín de Porres” de la ciudad de Iquitos-2017”</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar las características de la población de estudio relacionadas a la edad y sexo.</p> <p>Determinar el nivel de la conducta de riesgo de Irritabilidad de alumnos de 6to grado de primaria.</p> <p>Establecer el nivel de la conducta de riesgo de Cólera de alumnos de 6to grado de primaria.</p> <p>Determinar el nivel de la conducta de riesgo de Agresividad de alumnos de 6to grado de primaria.</p> <p>Comparar el nivel de conductas de riesgo de los alumnos de 6to grado de primaria, según la edad y el sexo</p>	<p>Variable de estudio:</p> <p>conducta de riesgo:</p> <p>Cólera, Irritabilidad y Agresión</p>	<p>- Muy Alto</p> <p>- Alto</p> <p>- Promedio</p> <p>- Bajo</p> <p>- Muy bajo</p>	<p>El Diseño de investigación es tipo Descriptivo; puesto que se indaga la incidencia de categorías o niveles de la variable conducta de riesgo de la población.</p>	<p>Tipo de la investigación La presente Investigación es Cuantitativa puesto que utiliza la recolección con base en la medición numérica de las variables. No Experimental. Transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único y Descriptivo prospectivo</p> <p>Diagrama:</p> <p>M O</p> <p>Significado de símbolos</p> <p>M= estudiantes del 6° de primaria de la I.E. Parroquial “San Martín de Porres</p> <p>O = Observación de la variable de estudio: conductas de riesgo</p> <p>Población: alumnos de 6° grado de primaria.</p> <p>Muestra: constituido por ciento treinta cinco alumnos Institución Educativa San Martín de Porres Iquitos - Iquitos -2016.</p> <p>Técnicas de recolección de datos. Técnica de Análisis e Interpretación de datos. Estadística descriptiva simple, cuadros y gráficos.</p>	<p>La técnica utilizada para recoger datos fue la técnica Psicométrica, El instrumento utilizado fue el CUESTIONARIO DE CÓLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN, desarrollado por Documento Técnico: Orientaciones para la Atención Integral de la Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención en 1965, empleado en anteriores investigaciones y que consta de 42 ítems.</p> <p>Dicho instrumento fue validado por Ministerio de Salud con Resolución Ministerial N° 633-2005/MINSA - NT No 034 - MINSA DGSP -V. 01 Norma Técnica Para La Atención Integral De Salud En La Etapa Y Vida Adolescente</p> <p>Validez: La prueba fue se validada originalmente con el método de validez de contenido por juicio de expertos.</p> <p>Confiabilidad: Se determinó originalmente la confiabilidad del instrumento mediante la técnica del Coeficiente de Alfa Cronbach, obteniéndose un coeficientes de confiabilidad de 0.94, siendo altamente confiable.</p>

Anexo N° 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO: “NIVELES DE CONDUCTA DE RIESGO EN ALUMNOS DE 6TO GRADO DE PRIMARIA DEL COLEGIO PARROQUIAL SAN MARTIN DE PORRES, IQUITOS 2017”

Sra. Directora:

.....

Institución Educativa Colegio Parroquial San Martin de Porres Iquitos, Maynas

Presente.-

ASUNTO: solicita colaboración para aplicación de cuestionario psicológico en su institución educativa

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo y manifestarle que, en mi calidad de estudiante de la Universidad Científica del Perú; esta versa sobre la, estoy desarrollando un trabajo de investigación asistida en los programa de Titulación sobre el tema del “Niveles de Conducta de Riesgo en Alumnos de 6° Grado de Primaria del Colegio Parroquial San Martin de Porres, Iquitos 2017”.

El tema es de interés en el marco de la calidad educativa que todos buscamos, ya que permitirá entender y valorar el rol que cumplen los directivos de instituciones educativas en la difícil y compleja tarea de conducir sus organizaciones.

Actualmente me encuentro en la etapa de aplicación de los instrumentos de recojo de información para el trabajo de campo, motivo por el cual solicito a usted me autorice el ingreso a su institución con el fin de conseguir los datos requeridos un Cuestionario a un número determinado de los alumnos de su institución. Es importante aclararle que la información que proporcionarán será anónima y tendrá carácter de reservada.

Agradeciéndole anticipadamente por su aporte en esta acción de apoyo a la investigación educativa en el distrito de Iquitos, Maynas, quedo de usted,

Atentamente,

Fecha: _____

Anexo N° 3

**Documento Técnico: Orientaciones para la Atención Integral de la Salud del Adolescente en el
Primer Nivel de Atención:
CUESTIONARIO DE CÓLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN
CLAVE DE RESPUESTAS**

NOMBRE :

EDAD :

FECHA : **DOMICILIO** :

.....

GRADO DE INSTRUCCIÓN :

N°	PREGUNTAS	N	RV	AV	AM	S
1	Soy un (una) renegón(a)	1	2	3	4	5
2	No puedo evitar ser algo tosco (a) con a persona que no me agrada	1	2	3	4	5
3	Siento corno que me hierva la sangre cuando alguien se burla de mi	1	2	3	4	5
4	Paso mucho tiempo molesto (a) más de lo que la gente cree	1	2	3	4	5
5	Cuando estoy molesto siento como si tuviera algo pesado sobre mis hombros	1	2	3	4	5
6	Me molesta que a gente se acerque mucho a mi alrededor	1	2	3	4	5
7	Frecuentemente me molesto pero se me pasa rápido	1	2	3	4	5
8	Con frecuencia estoy muy molesto y a punto de explotar	1	2	3	4	5
9	No me molesto(a) si alguien no me trata bien *	5	4	3	2	1
10	Yo soy muy comprensible con todas las personas *	5	4	3	2	1
11	Yo no permito que cosas sin importancia me molesten *	5	4	3	2	1
12	Es muy seguido estar muy amargo(a) acerca de algo y luego rápidamente sentirme tranquilo	1	2	3	4	5
13	Cambio rápidamente de ser capaz de controlar mi amargura a no ser capaz de controlarlo	1	2	3	4	5
14	Cuando estoy molesto(a) no puedo dejar de gritar , mientras que en otras veces no grito	1	2	3	4	5
15	Algunas veces me siento bien y en el minuto siguiente cualquier cosa me molesta	1	2	3	4	5
16	Hay momentos en la que estoy tan molesto(a) que siento que el corazón me palpita rápidamente y luego de un cierto tiempo me siento bastante relajado	1	2	3	4	5
17	Normalmente me siento tranquilo y de pronto de un momento a otro, me enfurezco a tal punto que podría ser capaz de golpear cualquier cosa	1	2	3	4	5
18	Hay épocas en las cuales he estado tan molesto (a) que he explotado todo el da frente a los demás, pero luego me vuelvo más tranquilo	1	2	3	4	5
19	Pienso que la gente que constantemente fastidia, está buscando un puñete o una cachetada	1	2	3	4	5
20	Peleo con casi toda la gente que conozco	1	2	3	4	5
21	Si alguien me levanta la voz le insulto para que se calle	1	2	3	4	5
22	En ocasiones no puedo controlar mi necesidad de hacer daño a otras personas	1	2	3	4	5
23	Cuando estoy amargo puedo ser capaz de cachetear a alguien	1	2	3	4	5
24	Pienso que cualquiera que me insulte o insulte a mi familia está buscando pelea	1	2	3	4	5
25	Generalmente tengo una buena razón para golpear a alguien	1	2	3	4	5
26	Si alguien me golpea primero, yo le respondo de igual manera	1	2	3	4	5
27	Puedo usar los golpes para defender mis derechos si fuera necesario	1	2	3	4	5
28	Yo golpeo a otro(a) cuando el (ella) me insulta primero	1	2	3	4	5
29	Se me hace difícil conversar con una persona para resolver un problema	1	2	3	4	5
30	No puedo evitar discutir con la gente que no está de acuerdo conmigo	1	2	3	4	5
31	Si alguien me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso sobre el (ella)	1	2	3	4	5
32	Cuando la gente me grita, yo también le grito	1	2	3	4	5
33	Cuando me enojo digo cosas feas	1	2	3	4	5
34	Generalmente hago amenazas o digo cosas feas que después no cumplo	1	2	3	4	5
35	Cuando discuto rápidamente alzo la voz	1	2	3	4	5
36	Aun cuando este enojado(a) algunas veces golpeo la puerta *	5	4	3	2	1
37	Prefiero darle la razón un poco a una persona antes que discutir *	5	4	3	2	1
38	Cuando estoy enojado(a) algunas veces golpeo la puerta					
39	Yo me podría molestar tanto que podría agarrar el objeto más cercano y romperlo	1	2	3	4	5
40	A veces expreso mi cólera golpeando sobre la mesa	1	2	3	4	5
41	Me molesto lo suficiente como para arrojar objetos	1	2	3	4	5
42	Cuando me molesto mucho boto las cosas	1	2	3	4	5

Validado por Ministerio de Salud con Resolución Ministerial N° 633-2005/MINSA -NT No 034 - MINSa DGSP -V. 01
Norma Técnica Para La Atención Integral De Salud En La Etapa Y Vida Adolescente

CALIFICACIÓN CUESTIONARIO DE CÓLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN

CLASIFICACIÓN DE LOS ÍTEMS

GRUPO	ITEMS
Irritabilidad	1 11
Cólera	12..... 18
Agresión	19..... 42

GRUPO IRRITABILIDAD

CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO
Muy Alto	40 a.....+
Alto	33 a..... 39
Promedio	27 a..... 32
Bajo	22 a..... 26
Muy Bajo	0 a..... 21

GRUPO CÓLERA

CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO
Muy Alto	28 a.....+
Alto	22 a 27
Promedio	15 a..... 21
Bajo	11 a 14
Muy Bajo	0 a..... 10

GRUPO AGRESIVIDAD

CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO
Muy Alto	91 a..... +
Alto	73 a..... 90
Promedio	53 a..... 72
Bajo	42 a 52
Muy Bajo	0 a..... 41

Interpretación de resultados

Categorías:

- Promedio en cualquiera de las áreas tienden a responder con descontrol
- Alto y Muy Alto en cualquiera de las áreas bajos mecanismos emocionales para controlar su Irritabilidad, Cólera y Agresividad.
- Bajo y Muy Bajo, mecanismos adecuados de control y manejo de la Irritabilidad, Cólera o Agresividad.

Validado por Ministerio de Salud con Resolución Ministerial N° 633-2005/MINSA -NT No 034 - MINSA DGSP -V. 01 Norma Técnica Para La Atención Integral De Salud En La Etapa Y Vida Adolescente´

Perfil diagnóstico del cuestionario de Cólera, Irritabilidad y Agresión

Nombre: Edad:.....

Sexo M () F () Colegio: Año de estudio:

Nombre de Evaluador:..... Fecha:

Irritabilidad Cólera Agresión

CATEGORÍAS		Muy Bajo	Bajo	Promedio Bajo	Promedio	Promedio Alto	Alto	Muy Alto
Áreas	Puntaje							
Irritabilidad								
Cólera								
Agresión								