

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE TESINA

Nivel de información sexual y reproductiva de los adolescentes relacionados con el apoyo social, consumo de sustancias psicoactivas y conductas de riesgo sexual en el club de Zona Oeste Rosario, durante el periodo de enero a abril del 2019.

Por: Rojas Oscar

Director: Lic. Marcelo Noielli

Docente asesor: Lic. Nores Rosana

Rosario, febrero de 2019

*Proyecto de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina.*

## **Resumen.**

El presente proyecto de investigación consistió en el desarrollo de una caracterización sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. El objetivo de este trabajo fue determinar si existe relación entre el nivel de información, sobre Salud Sexual y Reproductiva teniendo en cuenta el apoyo social, consumo de sustancias psicoactivas, y sexo en los adolescentes de un club de zona Oeste de la Ciudad de Rosario. Entre enero y abril del 2019. Se realizó un estudio de abordaje cuantitativo no experimental descriptivo prospectivo transversal. La recolección de la información se realizó a través de una encuesta, mediante un instrumento auto-administrado. La muestra estuvo constituida por 81 adolescentes aproximadamente que cumplieron los criterios de inclusión. La técnica que se aplicara es la entrevista y el instrumentos para la recolección de datos será un cuestionario que contendrá respuestas de tipo Likert, múltiple opción de respuesta y dicotómicas. Se utilizará estadística descriptiva, mediante distribución de frecuencia y medias de tendencia central, esto me permitirá detallar cuáles son los indicadores que se destacan por su mayor frecuencia, estos datos serán presentados en gráficos de doble barra.

### **Palabras claves:**

Nivel de información sexual y reproductiva-apoyo social- consumo de sustancias psicoactivas- conductas de riesgos sexuales-adolescentes de 15 y 16 años.

## **INDICE GENERAL**

	Pág.
<b>Resumen y Palabras Claves</b>	1
<b>Índice general</b>	2
Introducción	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	3
Planteamiento del problema en estudio	7
Hipótesis y objetivos	7
<b>Marco teórico</b>	8
<b>Material y métodos</b>	
Tipo de estudio o Diseño	28
Sitio o contexto de la investigación	28
Población y Muestra	29
Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos	29
Personal a cargo de la recolección de datos	36
Plan de análisis	37
Plan de trabajo y Cronograma	40
<b>Anexos</b>	
I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios	41
II. Instrumento de recolección de datos, Asentimiento informado, Consentimiento informado.	43
III. Resultado del estudio exploratorio.	52
IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento.	54
<b>Bibliografía</b>	55

## Introducción.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2017), reporta que la población adolescente a nivel mundial ha ido decreciendo, y toma como referencia a las edades de 15 y 24 años para hablar de juventud, lo que existe 1.200 millones de personas dentro de esta edad. (ONU, 2014). En Rosario la población total es de 1.193.703 de las cuales 144.873 son hombres y 144.351 son mujeres; la población adolescente es decir entre los 10 y 24 años (censo Nacional, Población y Viviendas, 2010).

A nivel mundial existen 1.200 millones de adolescentes que oscilan entre las edades de 10 y 19 años de edad. Y que de estos el 88 % de ellos viven en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe existen 100 millones de adolescentes entre las edades de 10 y 18 años. (UNICEF, 2002). Mientras que en Rosario la población adolescentes es de 289.224 y su población total es de 1.193.703, ósea 24.23% del total, según censo Nacional, Hogares y Viviendas (INDEC-IPEC, 2010).

Por lo tanto en todo el mundo, hombres y mujeres jóvenes se ven afectados por un porcentaje desproporcionado de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, que se propagan principalmente por contacto sexual, y que en la actualidad han cobrado auge por el desconocimiento que posee la adolescencia sobre las mismas y por la iniciación temprana de las relaciones sexuales, incluida la infección por el VIH, y otros problemas graves de salud de la reproducción. (Palomino, 2014, p. 12).

Sancho, C. (2009). Argentina. En su estudio cuyo objetivo fue: Establecer los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en los estudiantes de 13 a 22 años de edad que asistían, en total 70 adolescentes, al nivel polimodal de la escuela 273 de Mancopa y Juana manso del Cevilar de Tucumán. Sus resultados indicaron el 70% de los encuestados tenía buen conocimiento, mientras que en el 30% el conocimiento fue malo y nadie mostró conocimiento óptimo sobre el tema. En cuanto a los factores de riesgo para embarazo en la adolescencia, el 71% mostró riesgo bajo, mientras que el 18% mostro riesgo moderado y solo el 11% riesgo alto. De estos factores de riesgo, el 44% tuvo relaciones sexuales, el 83% carece de contención familiar, el 82% no recibió información sobre el tema y el 34% tenía antecedentes de embarazo antes de los 18 años en madre o hermanas. Respecto al conocimiento según sexo, el

79% (47) de las mujeres y solo el 56% (23) de los varones mostraron buen conocimiento sobre el tema. Se concluyó que los adolescentes que presentaban mayor cantidad de factores de riesgo para embarazo en la adolescencia tenían menor conocimiento sobre salud sexual y reproductiva. Sería necesaria la implementación de programas de educación sexual que permitan aumentar los conocimientos acerca de salud sexual y reproductiva en padres y adolescentes.

Según la Encuesta Sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSYR) el 62% de los varones y 52% mujeres entre 15 y 19 años, de todo el país (Argentina 2016) ha tenido su primera relación sexual. De estas el 17 %, ha tenido su primera relación sexual antes de los 15 años, el 60% entre 15 y 16 años. Situación de la salud de los y las adolescentes en la Argentina (pág. 33).

Según Gil y Rodríguez (2012), estiman que los métodos anticonceptivos, representan una de las informaciones fundamentales que debe ser suministrada a los y las adolescentes independientemente del nivel de estudio que cursen y para los que están fuera del Sistema Educativo. Asimismo, la Organización Mundial De La Salud (OMS) señala que la anticoncepción es poco accesible para la población adolescente a causa de tabúes sociales que la obstaculizan, barreras económicas, 33 falta de servicios confidenciales y por el inadecuado conocimiento acerca de los métodos, lo que puede desincentivar a las adolescentes que quieren regular su fecundidad.

Aun la sexualidad, es un aspecto del ser humano que incluye identidad, sexo, placer, erotismo, intimidad, género, reproducción y orientación sexual. Se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y relaciones interpersonales. Estando influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (Mendoza et. al. 2016). La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1998 la definió como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual; de tal forma que enriquece y mejora las condiciones de vida y la personalidad, así como la comunicación y el amor. (Camacho, 2015. p 14).

Por lo tanto para Riera (2014), factor de riesgo es considerado como efectos que tiene altas posibilidades de causar daño para él o la adolescente. Para ellos los factores de riesgo frecuentemente encontrados son: la deserción escolar, las familias disfuncionales, los accidentes, el embarazo no deseado, el consumo de alcohol y drogas, enfermedades de transmisión sexual, situaciones ambientales insalubres poco seguras, desigualdad de oportunidades. (Riera, 2014).

Para Kliegman (2016) los factores de riesgo en los adolescentes los clasifica de acuerdo al comportamiento:

- Fumar causa depresión y otros problemas de salud mental, en la escuela o la familia existe una dificultad para la comunicación, existe bajo rendimiento escolar, y la compañía de más amigos que fumen.
- El uso de drogas y alcohol causa baja autoestima, por lo general existe un fácil acceso de la familia por el alcohol.
- El embarazo adolescente como riesgo considera a la privación, las bajas expectativas educativas, falta de acceso a servicios de salud sexual.
- Infecciones de transmisión sexual son consecuencias del abuso de sustancias y alcohol.

Por otro lado, Barron (1996) distingue los siguientes aspectos del apoyo social: el primero de ellos corresponde a los niveles de análisis, que describen la ayuda accesible a un sujeto, a través de los lazos sociales de otros sujetos, grupos y comunidad global. El segundo aspecto está vinculado con aquellas personas o sistemas que usualmente forman las redes de apoyo social de los individuos, ya sea por vinculación directa o indirecta (Barron, 1996). Siendo parte de estos sistemas de redes se encuentran las instituciones religiosas, el sistema de salud, el grupo laboral, y marcadamente la familia, los amigos y el colegio como primeras instancias de socialización de todo sujeto.

Así las Redes de apoyo social y adaptación de los menores en el acogimiento residencial, se precisó que para los adolescentes es fundamental contar con una buena red de apoyo, para superar de manera acertada las situaciones negativas que se pudieran presentar. Acorde con los datos arrojados en la investigación de Martin y Davila (2008)

Proceso de investigación se estableció que para los adolescentes sus principales fuentes de apoyo están conformadas por la madre y los amigos. Orcasita, Uribe, Castellanos y Gutiérrez Rodríguez (2010)

Es necesario colaborar con las autoridades de asistencia sanitaria y las organizaciones no gubernamentales para mejorar la calidad de los servicios dirigidos a la población joven.

La organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS ha desarrollado una serie de herramientas y protocolos que aseguran la calidad de los servicios de salud, a través de:

- *Eficiencia*- servicios, que provean atención de salud optimizando recursos y evitando que estos se desperdicien.
- *Accesibilidad*- servicios, que provean atención de salud de manera oportuna, geográficamente razonables y en un entorno que cuente con personal y recursos médicos- enfermeros apropiados.
- *Aceptabilidad*- *atención centrada en el paciente*, servicios que provean atención de salud tomando en cuenta las preferencias y aspiraciones de cada uno de los usuarios y con respeto por las culturas de las comunidades.
- *Equidad*- servicios, que provean atención de salud donde la calidad no varíe debido a las características personales como el sexo, la raza, el grupo étnico, la ubicación geográfica o el estado socioeconómico;
- *Seguridad*- servicios, que provean atención de salud reduciendo al mínimo los riesgos y daños para atender a los usuarios.

Finalmente es necesario que los profesionales en la salud (enfermeros- médicos) de las distintas disciplinas contribuyan de manera activa con el aumento en la calidad de vida y un adecuado desarrollo de los adolescentes, creando así programas de intervención que fortalezcan estas redes de apoyo al igual que en las instituciones educativas, a los educadores encargados de los programas de prevención, para que estos brinden información adecuada y oportuna frente a las conductas de riesgo identificadas en la presente investigación.

¿Qué relación existe entre el nivel de información de salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta el apoyo social, el consumo de sustancias y conductas de riesgo sexual, así como el Sexo en los adolescentes que

concurren al club de Zona Oeste de la Ciudad de Rosario durante el periodo de enero y abril del 2019?

A pesar de que ya existen investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes o embarazos precoces, este trabajo plantea como objetivo general determinar si existe relación entre el nivel de información, sobre Salud Sexual y Reproductiva teniendo en cuenta el apoyo social, consumo de sustancias psicoactivas, conductas de riesgo sexual y sexo en los adolescentes del club de Zona Oeste de la Ciudad de Rosario. Entre enero y abril del 2019.

Mientras que los objetivos específicos son:

- Identificar el sexo y edad de los adolescentes que asisten a los clubes de zona oeste y zona centro de la Ciudad de Rosario.
- Determinar el nivel de información sobre salud sexual y reproductiva que poseen de los adolescentes.
- identificar cuáles son las conductas de riesgo sexual en los adolescentes.
- identificar el tipo, frecuencia del consumo sustancias psicoactivas.
- Determinar cuál es el tipo y nivel de apoyo social con el que cuentan los adolescentes

La necesidad de realizar este proyecto de investigación es para describir la realidad de los adolescentes en la zona oeste de la ciudad de Rosario, el nivel de información sobre Salud Sexual y Reproductiva teniendo en cuenta el apoyo social, consumo de sustancias psicoactivas, conductas de riesgo sexual y sexo. Permitiendo así ir a la base de un problema que de hecho es de Salud Pública que no solo se palpa en Rosario sino a nivel mundial.

En función de lo expuesto anteriormente, en este proyecto de investigación planteó como hipótesis que los varones, poseen un nivel de información bajo de salud sexual y reproductiva, con apoyo social mínimo debido al consumo de marihuana y alcohol, tienen inadecuado uso de preservativo.

## Marco teórico

Hay muchas definiciones de la adolescencia sin embargo la OMS (Organización mundial de la salud) define adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socio-económicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales. (La OMS)

Adolescencia proviene del latín *adolescens*, *adolescentis* y significa 'que está en período de crecimiento, que está creciendo'. Frecuentemente se confunde con *adolecer* cuyo significado es 'tener o padecer alguna carencia, dolencia, enfermedad'. Para algunos autores como Dina Kraupskopf, 1995 y Marcelo Viñar la adolescencia es una etapa de transformaciones desde los cambios físicos a los cambios de identidad; esta es una etapa donde se alcanza algún logro, meta o se fracasa. (Pasqualini, 2010. pp. 25 y 27).

Vivianne Hiriart Riedmann (2015) define la adolescencia como un periodo de muchos cambios y nuevas experiencias en el que se ponen a prueba y refuerzan las habilidades personales y sociales.

El Comité de los Derechos del Niño, en su 33ª sesión en 2003, definió a la adolescencia como "un período caracterizado por cambios físicos, cognitivos y sociales rápidos, que incluyen la maduración sexual y reproductiva, el desarrollo gradual de la capacidad de asumir una conducta adulta y los papeles relacionados con las nuevas responsabilidades que requieren nuevos

conocimientos y habilidades” (Comité de los Derechos del Niño, 2003). Con la adolescencia, indicó el Comité, vienen “nuevos desafíos para la salud y el desarrollo debido a su vulnerabilidad relativa y la presión de la sociedad, incluidos los grupos de pares, que los empujan a adoptar comportamientos riesgosos para la salud. Entre estos desafíos, está forjar una identidad personal y lidiar con la propia sexualidad. El período de transición dinámica hacia la edad adulta también suele ser un período de cambios positivos, impulsados por la gran capacidad que tienen los adolescentes de aprender rápido, vivir situaciones nuevas y diversas, desarrollar y utilizar el pensamiento crítico, familiarizarse con la libertad, ser creativos y socializar.” La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce que los menores tienen “capacidades en desarrollo”, es decir, están adquiriendo la madurez y la comprensión suficientes para tomar decisiones basadas en información sobre temas importantes, como los servicios de salud sexual y reproductiva.

Dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años). La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental. El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18

meses antes que los varones— se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar. La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años) La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendiente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. La temeridad —un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia,

cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol. En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo. La sexualidad es una función básica del ser humano, esta comienza a los tres o cuatro años de edad y se establece definitivamente durante la adolescencia. Los diferentes cambios físicos y psicológicos que ocurren en esta etapa pueden tener un gran impacto en el comienzo de la sexualidad y las vidas reproductivas de los adolescentes de ambos sexos. Es importante entender las respuestas de los y las adolescentes a estos cambios para poder identificar el comienzo de las necesidades de salud reproductiva y proporcionarles servicios satisfactorios.

Los adolescentes están en continuos riesgos, factor de riesgo es considerado como efectos que tiene altas posibilidades de causar daño para él o la adolescente y para el los factores de riesgo frecuentemente encontrados son; la deserción escolar, las familias disfuncionales, los accidentes, el embarazo no deseado, el consumo de alcohol y drogas, enfermedades de transmisión sexual, situaciones ambientales insalubres poco seguras, desigualdad de oportunidades. (Riera, 2014).

Para Kliegman a los factores de riesgo en los adolescentes los clasifica de acuerdo al comportamiento: 1-Fumar causa depresión y otros problemas de salud mental, en la escuela o la familia existe una dificultad para la comunicación, existe bajo rendimiento escolar, y la compañía de más amigos que fumen. 2-El uso de drogas y alcohol causa baja autoestima, por lo general existe un fácil acceso de la familia por el alcohol.3- El embarazo adolescente como riesgo considera a la privación, las bajas expectativas educativas, falta de acceso a servicios de salud sexual. 4- Infecciones de transmisión sexual son consecuencias del abuso de sustancias y alcohol.

Las creencias más frecuentes encontradas en los adolescentes para Mirta, 2011 son encontradas en los adolescentes, es que en la primera relación sexual las mujeres no pueden quedar embarazadas; si no hay eyaculación dentro de la vagina tampoco puede haber un embarazo; los lavados vaginales después de un acto sexual ayudan a prevenir un posible embarazo, con condón no se tiene el mismo placer sexual, las pastillas producen infecundidad y engordan. (Mirta, 2011. p. 26). Creencias erróneas, que todas son información que van de generación en generación, la cual pone en peligro a este grupo poblacional tomando decisiones riesgosas.

Es por eso que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), da un concepto general y define a la salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad”. Por lo que para cada uno de los individuos la salud no solo es necesario no padecer de alguna enfermedad o malestar, sino también que debemos de estar bien con nosotros mismos de manera espiritual, con la familia y con la sociedad, el poder contar con un buen estado nutricional, educación, vivienda adecuada y adquirir una buena atención médica en sus diversos servicios. (UNFPA, 2015).

Según Rengifo (2012), la OMS define a 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 la personalidad, la comunicación y el amor”. (Rengifo, 2012). Para Riera, (2014) trata a la salud sexual como una aproximación de manera respetuosa a las relaciones sexuales y la sexualidad estas deben ser placenteras, seguras, sin violencia y libres de sujeción; y para que esta se mantenga se debe reconocer, respetar y proteger los derechos sexuales de todas las personas. (Riera, 2014. p. 608).

La sexualidad es una manifestación de la personalidad que se expresa en todas las etapas de la vida del ser humano, y la comunicación es la base para el desarrollo de una sexualidad sana y responsable a cualquier nivel.

El concepto de salud reproductiva hace referencia específicamente a los aspectos pro-creativos de la relación de la pareja (Rengifo, 2012). Para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), “la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo”. (UNFPA, 2010).

En este sentido, Jeanneville (2017), estima que el conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada y contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas mejorando y manteniendo su nivel de salud. Asimismo, señala que las relaciones sexuales en esta etapa de la vida son frecuentemente esporádicas y de una naturaleza no planificada, esto también constituye un obstáculo para el uso consistente de los métodos y predispone a adquirir infecciones de transmisión sexual y el SIDA.

Es por eso que aquellos derechos que involucran la capacidad de disfrutar una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos. Derechos reproductivos: se refieren a la posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijos, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se requiere disponer de información

suficiente y acceso a los medios adecuados. Los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos como parte de los derechos humanos. Están establecidos en la Constitución Nacional, por los tratados internacionales de derechos humanos que la integran, otros tratados y acuerdos internacionales aprobados por la Argentina, así como por las leyes nacionales sobre el tema.

Todas las personas tienen derecho a disfrutar una vida sexual saludable y placentera, sin presiones, coacción ni violencia.

- Ejercer la preferencia y orientación sexual libremente, sin sufrir discriminación ni violencia. α Elegir si tener o no hijos, el número de hijos, cuándo tenerlos, con quién y con qué intervalo entre uno y otro.
- Recibir atención gratuita e integral de la salud sexual y reproductiva. Elegir el método anticonceptivo que más se adapta a sus necesidades, criterios y convicciones.
- Recibir de forma totalmente gratuita al método anticonceptivo elegido, incluidos la ligadura y la vasectomía, en hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas.
- Obtener información y orientación clara, completa y oportuna sobre salud sexual y reproductiva, expresada en términos sencillos y comprensibles.
- Acceder a la atención en salud sexual y reproductiva en un ambiente de respeto y garantía de confidencialidad, con preservación de la intimidad, de los derechos a la igualdad, a la no discriminación y a la autonomía.

Ley 25.673 Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Sancionada: Octubre 30 de 2002 Promulgada de hecho: 21 de noviembre de 2002

Serán objetivos de este programa: a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; b) Disminuir la morbilidad materno-infantil; c) Prevenir embarazos no deseados; d) Promover la salud sexual de los adolescentes; e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias; f) Garantizar a toda la población el

acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

El acceso a la salud sexual y reproductiva “La misma, tiene, capacidad de todas las personas en función de su necesidad de recibir la información adecuada, la detección, el tratamiento y el cuidado de las Naciones Unidas de manera oportuna, a través del curso de la vida reproductiva, que asegurará su capacidad, independientemente de su edad, sexo, clase social, lugar de residencia o etnicidad a: decidir libremente cuántos y cuándo tener hijos y para demorar o impedir el embarazo; concebir, suministrar de forma segura, y criar hijos sanos, y manejar los problemas de infertilidad; prevenir y gestionar tratar infecciones del aparato reproductor y las infecciones sexualmente se transmitían incluyendo VIH / SIDA, y otras afecciones del aparato reproductor, como el cáncer; y disfrutar de una relación sexual sana, segura y satisfactoria que contribuye a la mejora de la vida y las relaciones personales ". (Rodríguez y Perpetuo, 2011. p. 13.).

Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas.

Un estudio del municipio de Lebrija-Santander Colombia (2015) se conformó por 359 sujetos con edades entre los 12 y 18 años tiene apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes y vida sexual entre los 15 y 16 años y el 7.0% a la edad de 13 o 14 años.

Vargas, 2013 define sexo a las diferencias orgánicas entre hombre y mujer, el reconocimiento de que solo exista dos géneros ya no es un testimonio existente sino una edificación social. (Vargas, 2013)

Para Juárez Valdez y Hernández sostienen que el apoyo social es un conjunto conformado por las redes Sociales, las cuales están encargadas de “dar y recibir”, es decir, es un Sistema de reciprocidad e intercambio de bienes y/o servicios morales. Juárez, Valdez y Hernández (2001)

Fernández Discrimina en la realidad del ser lo individual, lo grupal, lo interpersonal, lo organizacional y lo social, vincula al sujeto con sus pares y potenciales amigos, y además generalmente después de la familia, se convierte en la instancia de la cual se espera mayor apoyo especialmente en la niñez y la adolescencia. (Fernández, 2000)

De acuerdo con Orcasita y Uribe (2010). Altos niveles de apoyo social tienen un mayor auto concepto, un estilo de afrontamiento más altos.

En condiciones de vulnerabilidad social, la reciprocidad se expresa en un sistema de redes sociales que se perfilan como una estrategia de supervivencia para aquellas personas que se perciben como parte de una red de apoyo. La reciprocidad permite la reproducción doméstica de grupos de población en condiciones de rezago y marginalidad.

Para el caso del apoyo social de los adolescentes entre 15 y 16 años este enfoque nos resulta útil, ya que nos da la pauta para comprender que el potencial de la red social no sólo radica en su entramado, sino incluso en la percepción que la persona tiene de su entorno social.

En lo concerniente al ámbito de la amistad, para los adolescentes sus pares cuentan con un papel bastante significativo, ya que son estos los que adquieren protagonismo en el proceso de desarrollo y la iniciación a la vida sexual (Fernández, 2000).

La presencia del apoyo social en la vida adulta; en un estudio realizado por Cañellas et al. (2000) identificaron las conductas sexuales de riesgo en hombres con prácticas homosexuales y bisexuales en la comunidad de Madrid. Asimismo, Belzaa et al. (2004) realizaron una investigación orientada a la caracterización de las condiciones socio laboral, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes. Teniendo en cuenta que existen pocos estudios sobre conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de Rosario, Santa Fe se hace necesario investigar

el tipo de apoyo social percibido por los adolescentes a lo largo de su desarrollo y la influencia sobre las conductas sexuales de los adolescentes.

Es fundamental contar con una buena red de apoyo, para superar de manera acertada las situaciones negativas que se pudieran presentar ante el estrés, una mayor autoestima y autoconfianza, mayor control personal y bienestar. De igual forma, dicho apoyo ayuda a Individuo a disminuir las probabilidades de incurrir en conductas de riesgo como el consumo de drogas, alcohol, delincuencia y suicidio. Dávila (2008),

Cerezo, Fernández, Infante y Trianes (2009), describen al apoyo social como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos.

En efecto la familia es una de las primeras redes de apoyo social, con que cuenta los seres humanos, ya que es la encargada de proveer emocional y materialmente a los individuos, en sus primeras etapas de desarrollo. Esta ejerce una función indispensable para el proceso de socialización, debido a que por medio del ejemplo otorga herramientas que garantiza a los adolescentes la inclusión en grupos sociales, adaptación a las normativas de las instituciones educativas y el afianzamiento entre sus iguales (Valdés, 2007); pero el vínculo entre los adolescentes y la familia va más allá de las relaciones de consanguinidad que pudieran tener, esta relación entre familia y adolescente está enmarcada por los lazos emocionales que se establecen entre los miembros y se originan desde los canales de comunicación asertiva, dinámica familiar y la expresión de sentimientos entre unos y otros (Mendizabal y Anzuarez, 1999)

Cabe agregar que las redes de apoyo tienen que brindar adecuada información y generen estrategias de autocuidado, obteniendo así mayores niveles de protección en la práctica de conductas sexuales de riesgo.

Vinaccia (2007) afirman que uno de los aspectos relevantes en las conductas sexuales de riesgo es la baja educación afectivo-sexual que las redes (grupo primario e instituciones gubernamentales) han brindado a los jóvenes.

Una de las responsabilidades que hoy en día tienen las redes de apoyo de los adolescentes es reestructurar esquemas cognitivos, paradigmas y/o conceptos

inadecuados existentes sobre la sexualidad e instruir con información apropiada y veraz a los jóvenes para otorgarles las herramientas adecuadas que permitan que estos adopten una actitud responsable tanto para consigo mismos como para sus parejas. Aunque en la actualidad los diferentes medios de comunicación, algunas páginas de internet y la información suministrada por los pares, mencionan temáticas relacionadas a la sexualidad, métodos anticonceptivos, número de parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual, entre otros; muchas veces la información recibida de estas fuentes no es verdadera o no es sustraída de entidades y/o profesionales especialistas en la salud sexual y reproductiva, lo cual lleva a aumentar los factores de riesgo existentes para esta población.

Ahora bien la conducta de riesgo sexual, es la búsqueda repetida de riesgo, en la que la persona pone en juego su vida, en los adolescentes la actividad sexual puede conducir a embarazos no deseados o infección.

Asociado a lo anterior, aparece en el adolescente el deseo de asumir riesgos sin proyectar las consecuencias futuras (Carvajal, 1998); lo que con lleva a utilizar conductas sexuales de riesgo (oro-genital y génito-anal) sin protección, sostener relaciones sexuales con múltiples parejas sin protección, incluso en ocasiones con parejas no conocidas, lo cual aumenta el riesgo, así como los embarazos no planeados, e infecciones de transmisión sexual.

Respecto de la definición de las conductas de riesgo en las adolescencias, se entiende como la posibilidad de que las conductas o situaciones específicas conduzcan a daños en el desarrollo a que pueden afectar tanto el conjunto de sus potencialidades como deteriorar su bienestar y salud (Weinstein, 1992: s/d), pero ampliando el abordaje de análisis, la concepción de salud que se sostiene va más allá de la ausencia de enfermedad, por lo que a través de esta investigación se intenta describir cómo los/as adolescentes conciben sus relaciones familiares, las conductas violentas intencionales y los accidentes, aquellas conductas de riesgo en relación al consumo de tabaco, alcohol y drogas, cómo viven su sexualidad, cuáles son sus conductas sexuales, así como analizar la influencia del club donde concurren como factor de protección de conductas saludables. Vale decir, la impronta de los clubes como elemento

de un ecosistema que participa en la formación de la identidad del adolescente, es una variable presente en este ciclo vital.

Es central para esta investigación analizar la presencia del club en la promoción de conductas saludables entre los adolescentes puesto que la ausencia de ésta incrementa las conductas de riesgo de los jóvenes que no están contenidos en esta institución social. Ahora bien, esa presencia aparece ante cada comunidad como una imagen que se configura en determinadas condiciones socio históricas de producción, las recurrencias en este ideario colectivo permiten reconocer circuitos de los concurrentes del club que tienen una valoración distinta, donde hay clubes de “mejor calidad” o otros de “menor calidad”.

Duschatsky (2004: 56).sostiene que los sentidos con que se invista a los clubes serán diferentes según los contextos de que se trate, según las oportunidades sociales y culturales que rodee a cada grupo social. La valoración social de los clubes es entonces una construcción parcial y situacional. Esa valoración que configura determinados circuitos, no se deriva exclusivamente de la condición socioeconómica de los sujetos sino que cobrarían sentido también a partir de los materiales significantes que tienen a su disposición: cultura familiar, barrio, grupo de amigos, la escuela de que los recibe, los consumos culturales, etc. Las niñas menores de 15 años no están preparadas físicamente para las relaciones sexuales o el embarazo y parto, y no tienen las capacidades cognitivas y facultades necesarias para tomar decisiones seguras, voluntarias y basadas en información (Dixon-Mueller, 2008). Sin embargo, en más de 30 países, el 10 por ciento de las adolescentes ya tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años, con tasas de hasta el 26 por ciento en Níger. UNFPA. (2015).

La comunicación efectiva y una relación familiar estable son factores psicosociales determinantes para que los y las adolescentes eviten conductas sexuales de riesgo que conduzcan a un embarazo en las niñas o la adquisición de ITS en ambos sexos.

La infección por VIH/SIDA representan uno de los problemas de salud pública de mayor riesgo que ha tenido que afrontar el mundo en los últimos años;

según Orcasita y Uribe (2010) los jóvenes y los adolescentes se han convertido en el grupo poblacional más importante de vulnerabilidad ante este tipo de riesgos, pues ellos, inician sus relaciones sexuales, sociales, consolidan actitudes, valores y creencias que pueden incidir en conductas saludables o de riesgo.

Los comportamientos de riesgo son los que pueden tener resultados adversos en el desarrollo integral y el bienestar del joven, e impedir su éxito y desarrollo futuro. Incluyen conductas que pueden causar lesión física inmediata (por ejemplo, peleas) y efectos negativos acumulativos (por ejemplo, el abuso de sustancias). Los comportamientos de riesgo pueden también afectar a la juventud por interrumpir su desarrollo normal o por evitar trayectorias de vida "típicas" de este grupo de edad. Por ejemplo, un embarazo adolescente puede impedir que una joven se gradúe de la escuela o que entable una amistad estrecha con sus compañeros. Dadas las consecuencias de estas conductas en la vida de los jóvenes y su entorno, es esencial que los investigadores y responsables de políticas tomen conciencia de la prevalencia de estas conductas, los factores de ocurrencia que incrementan su probabilidad y las opciones para paliar o prevenir estos riesgos.

En el caso de los comportamientos juveniles de riesgo, incluso medir la frecuencia es un gran reto, especialmente cuando se investiga personas en una etapa de la vida tan volátil como la adolescencia. Por ejemplo, medir la frecuencia de consumo de tabaco o la actividad sexual estará determinado no solo por un conteo de número de veces del suceso, sino que las respuestas son sensibles a ser alteradas, sobre o infra reportadas por los jóvenes. Aspectos como la edad del entrevistado, el contexto social, las condiciones de privacidad de una entrevista, la estructura, contenido y lenguaje de una encuesta, el género del entrevistador, y el modo de administración inciden en la calidad de la información recolectada.

Los comportamientos de riesgo persisten por múltiples factores y en la mayoría de los casos están correlacionados. Por ejemplo: los jóvenes que abusan de sustancias por lo general tienen un bajo rendimiento escolar e incurrir en comportamientos sexuales de alto riesgo. Estos factores de riesgo están interrelacionados, o comparten causas comunes entre sí y el comportamiento

de riesgo que tratan de explicar. Por esta razón, muchas veces es difícil o incluso imposible establecer una relación causal directa. No obstante, complementar esta información con la medición de los determinantes o factores de riesgo permite establecer una función matemática del comportamiento bajo estudio y definir puntos de referencia en la cadena causal; aproximarse al origen de esos comportamientos y explicar su variabilidad.

Los factores que predicen una mayor probabilidad de incurrir en comportamientos de riesgo son múltiples, complejos y provienen de diferentes ámbitos: genético, individual, familiar y social. Comprender los comportamientos de riesgo, sus determinantes y sus efectos requiere de diferentes ámbitos de estudio, como la neurociencia, la economía y la psicología, además de profundizar el estudio de la influencia de las redes sociales sobre comportamientos individuales o de la comunidad. En el campo de la neurociencia, recientes hallazgos muestran que el cerebro alcanza su madurez durante la segunda década de vida, y no entre los 10 y los 12 años, tesis que mantenía la comunidad científica hasta muy recientemente y que ha sido refutada por las nuevas técnicas de investigación que sostienen que la “plasticidad” del cerebro se mantiene hasta aproximadamente los 25 años.

Destacan factores de influencia inmediata a nivel individual (edad, sexo, personalidad, hábitos, creencias, desarrollo cognitivo, nivel socioeconómico); a nivel familiar (estilo de educación de los padres, entorno familiar); social o de pares (relaciones personales, desempeño y entorno escolar), y del entorno o medioambiente (disponibilidad de drogas, armas, comunidad violenta, pobreza, hacinamiento, migración, desigualdad, composición racial, violencia en los medios). También mencionan factores a nivel macro, como la urbanización, la pobreza, la migración, la recesión económica y un sistema de justicia ineficaz.

La psicología otorga especial importancia a las redes sociales en lo que respecta a la formación de preferencias e identidad. Estudios recientes sostienen que las redes sociales son un vehículo de “contagio” de ciertos comportamientos. Christakis y Fowler publicaron una serie de estudios (2007, 2008a, 2008b, 2008c y 2009) donde analizan el efecto de las redes sociales sobre la conducta individual, principalmente en indicadores de salud como aumento de peso, o abuso de sustancias (tabaco y alcohol). De acuerdo con

estos resultados, las redes sociales son un factor clave en la salud de los individuos. Por ejemplo, los individuos no se convierten en obesos o en fumadores aisladamente: se trata de un fenómeno grupal. Otros estudios refuerzan los resultados de la investigación de Christakis y Fowler, ya que encuentran efectos significativos de grupos de amigos y pares en la conducta sexual adolescente y la iniciación de la actividad o el debut sexual (Sieving y otros, 2002), así como en las relaciones sexuales no afectivas.

Finalmente, los economistas del comportamiento (O'Donoghue y Rabin, 2000) cuestionan el marco conceptual básico de elección racional de la economía clásica, y argumentan que los adolescentes toman decisiones arriesgadas en búsqueda de una gratificación instantánea sin tener en cuenta efectos adversos futuros. En otras palabras, que consistentemente toman decisiones "irracionales". Además, los adolescentes repiten decisiones con repercusiones costosas, ya que en tanto no experimenten los efectos negativos de sus conductas, no parecen asociarlas a un costo de oportunidad. Según los autores, los adolescentes tienden a concentrarse en el presente sin vincular una tasa de descuento futura a sus comportamientos.

Muchos jóvenes incurren en conductas sexuales de riesgo que pueden tener consecuencias de salud no deseadas. Mantener relaciones sexuales sin protección expone a los jóvenes a un alto riesgo de contraer el VIH, otras ETS y embarazos no deseados. Los jóvenes pueden o no estar preparados para las consecuencias sociales y emocionales de la actividad sexual, y muchos jóvenes sexualmente activos no practican el sexo de forma segura. El embarazo adolescente es a la vez un posible efecto de las conductas de riesgo, así como un factor de riesgo en sí mismo. Además, el embarazo adolescente también se relaciona con mayores tasas de deserción escolar, y con riesgos socioemocionales

El abuso de sustancias también puede potenciar el comportamiento sexual de riesgo. En algunos contextos, es considerado un inhibidor/desinhibidor social. El consumo de alcohol y drogas ilícitas antes de una relación sexual puede interferir en la toma de decisiones del joven (uso de preservativos u otro método anticonceptivo); puede restringir el poder de negociación de la mujer para usar preservativos, y aunque la pareja opte por usar uno, puede propiciar

un uso incorrecto. Las parejas sexuales que comparten hábitos de consumo de drogas o alcohol tienden a amplificar el riesgo de contraer VIH/sida y otras ETS (al aumentar la probabilidad de encontrar parejas con ETS). El consumo de sustancias como el alcohol, las drogas o el tabaco por parte de adolescentes da lugar a un mayor riesgo de participar en actividades sexuales y violentas o de consumir en exceso más de una sustancia. Por ejemplo, el consumo de tabaco en la adolescencia se asocia con una serie de conductas que comprometen la salud, por ejemplo participar en peleas, portar armas, tener comportamientos sexuales riesgosos y usar alcohol y otras drogas (U.S. Department of Health and Human Services, 1994).

Investigaciones recientes muestran que el uso indebido de alcohol a menudo resulta en un inicio más temprano de la actividad sexual y en una alta probabilidad de embarazo en la adolescencia. Sin embargo, y en contraste con los resultados relativamente claros que vinculan el consumo de alcohol con una mayor participación en conductas sexuales indiscriminadas (especialmente, sexo casual), algunos estudios que examinan cómo influye el consumo de alcohol antes de mantener relaciones sexuales en las conductas de protección (es decir, el uso del condón y el control de natalidad) revelan un nexo más débil. En la mayoría de los estudios, sin importar si se trata de asociaciones globales o específicas, no se consigue demostrar ningún efecto (Cooper, 2005). Las creencias acerca de los efectos del alcohol sobre el comportamiento sexual riesgoso también parecen jugar un papel importante. Según muchos estudios las personas creen que el alcohol promueve comportamientos sexuales de riesgo. Estas creencias, a su vez, han resultado en un incremento de facto del consumo de alcohol en situaciones sexuales o con potencial sexual (Dermen y Cooper, 1994; Leigh, 1990) y en estudios con ausencia de alcohol ha dado como resultado un comportamiento sexual desinhibido como efecto placebo (George y otros, 2000).

El consumo de bebidas alcohólicas y drogas se relaciona con accidentes de tráfico, peleas, violencia, relaciones sociales problemáticas y varias enfermedades. Beber alcohol y fumar cigarrillos son los comportamientos de riesgo más frecuentes dentro de esta categoría. El consumo de drogas ilícitas es un problema de salud pública, y el origen de importantes daños físicos. Los

efectos del uso de drogas ilícitas incluyen daños cerebrales y daño físico de órganos importantes, aunque no se limitan a ellos. El consumo de drogas ha sido también relacionado con otras conductas que comprometen la salud, como la conducción de riesgo, las conductas sexuales de alto riesgo y la violencia.

Factores que potencian el abuso de sustancias Algunas investigaciones en Estados Unidos refuerzan la idea de que la actividad sexual es un indicador del abuso de sustancias. Los adolescentes con tres o más parejas en un año son más propensos al consumo de drogas ilícitas (Shrier y otros, 1997). En Estados Unidos, un 25% de los estudiantes que son sexualmente activos aseguró haber utilizado drogas o alcohol en su última relación sexual, según el estudio Youth Risk Behavior Surveillance. A pesar de muchas diferencias individuales sobre la propensión a los comportamientos adictivos, estudios como Harrison (1997) muestran que algunos factores ambientales parecen estar asociados con el incremento del consumo y abuso de sustancias ilegales entre los adolescentes:

- Los adolescentes cuyos padres o hermanos son alcohólicos o adictos a las drogas tienen mayores tasas y frecuencia de consumo.
- La historia familiar de criminalidad y los comportamientos antisociales han sido asociados con mayor consumo de drogas y alcohol.
- Reglas parentales poco claras o consecuentes y reacciones negativas a comportamientos de los niños, como una permisividad exagerada, limitada supervisión, excesiva y severa disciplina, críticas constantes y/o la ausencia de guía o apoyo parental están asociadas con mayores tasas de consumo de drogas y alcohol en los niños.
- El uso de drogas por parte de los padres o la aprobación sobre su consumo predisponen a los adolescentes a abusar de sustancias. Siendo que los padres son considerados en muchos casos modelos para el comportamiento de sus hijos, no sorprende que los hijos de fumadores compulsivos, de bebedores frecuentes o de quienes consumen drogas ilegales sean más propensos a repetir estas conductas, comparado con adolescentes cuyos padres no consumen.
- Los adolescentes cuyos compañeros o hermanos fuman, beben o usan drogas tienden a imitarlos. La iniciación en estas actividades es frecuentemente a través de amigos. Quien incita al uso y abuso de sustancias por lo general es alguien cercano a la persona, que quiere compartir la experiencia o la promueve para apoyar su propio consumo, más que una persona extraña cerca de la escuela o de la calle.
- Los niños y adolescentes

con bajo rendimiento escolar son más propensos a iniciarse temprano en el uso de drogas y a convertirse en fumadores, bebedores y consumidores regulares de drogas, más que quienes tienen mejor rendimiento. - Los adolescentes con desidia hacia las tareas escolares y desinterés respecto de los logros académicos son más propensos a consumir drogas que aquellos con mayor orientación académica. El consumo de cocaína, por ejemplo, es menos común en adolescentes con planes de estudios superiores que entre quienes carecen de grandes aspiraciones académicas. - Los niños y adolescentes que se sienten “fuera de lugar” manifiestan su descontento de varias maneras; por lo general se rebelan contra la autoridad adulta, se alejan de las normas y los valores sociales normalmente aceptados por su comunidad y tienen una mayor probabilidad de consumir alcohol y usar drogas que los niños y adolescentes con lazos familiares, religiosos y éticos fuertes. - Los comportamientos antisociales tempranos son una muestra de baja responsabilidad social; las peleas y otros tipos de comportamientos agresivos son predictores del posterior consumo de drogas y alcohol. - Cuanto más temprano se empieza a fumar, beber y usar drogas, mayor es la probabilidad de usar drogas más fuertes y de abusar en el consumo de alcohol y tabaco en el futuro.

En los adolescentes entre 15 y 16 años aproximadamente 12 millones, las sustancias más consumidas fueron el alcohol (79,8%), seguidas por las bebidas energizantes (73,1%), el tabaco (40,4%), la marihuana (18,3%) y psicofármacos no prescritos (6,7%). Luego siguen los solventes inhalantes y la cocaína que presentan una proporción similar (3,9% y 3,8% respectivamente) adolescentes de toda la Argentina, 2013. (situación de la salud de los y las adolescentes en la Argentina, pág. 25)

Luego de desarrollar conceptos relacionados sobre el tema seleccionado para confeccionar el marco teórico que es el sustento, posicionamiento para mi trabajo investigativo, se procede a la elección de la teoría y modelo de enfermería que respalda mi problemática. Si bien existen numerosas teorías de enfermería, dentro de ellas encontramos por ejemplo Florence Nightingale, Virginia Henderson, Dorotea Orem, Hildegard Peplau y Madelein Leininger, pero la teoría que más se relaciona con el tema a investigar en dicho proyecto es la teoría que propone Dorotea Orem, que habla sobre el auto cuidado.

Se concibe a las teorías como un conjunto de conceptos y proposiciones interrelacionadas que constituyen un marco de referencia para intentar describir y explicar fenómenos de la realidad para la que constituyen un soporte teórico para guiar el accionar profesional.

El concepto de autocuidado se refiere aquellas actividades que realiza un individuo independientemente a lo largo de su vida para promover y mantener el bienestar personal. Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal
- Mantenimiento del crecimiento , maduración y desarrollo normales
- Prevención de la incapacidad o su comprensión
- Promoción del bienestar

La estrecha relación entre la educación de enfermería en la comunidad con respecto a la placentera y adecuada salud sexual y reproductiva de los adolescentes (comunidad), el fomento del autocuidado, la auto atención que propone Orem, esto justifica la elección de dicha teorizadora.

Se produce un déficit de autocuidado cuando la promoción del autocuidado no es adecuado para satisfacer la demanda de autocuidados conocido. La teoría de déficit de autocuidado de Oren explica no solo cuando se necesita la enfermería sino el modo en que pueden ayudarse a las personas a través de cinco métodos: actuación- orientación- enseñanza- apoyo y favoreciendo de un entorno que promueva las aptitudes del individuo para satisfacer demandas actuales y futuras.

Dorotea propone 3 tipos de sistemas de enfermería el que más se identifica con el tema del trabajo es el sistema de apoyo y educativas diseñadas para personas que necesitan aprender a realizar sus medidas de autocuidados y necesitan ayuda para ello, por ejemplo proponiendo un programa educativo estructurado y organizado para un entrenamientos eficiente hacia los padres, tratando de disminuir internaciones prolongadas por falta de práctica y habilidades para las técnicas.

Como conclusión, el cuidado se inicia voluntariamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean

capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. (Tria, 2017)

## **Materiales y métodos**

### Tipo de estudio

La presente investigación es:

- De abordaje cuantitativo, porque permitirá cuantificar los datos mediante el uso de la estadística.
- No experimental: las variables son estudiadas tal como se presentan en la realidad, sin intervención ni manipulación por parte del investigador.
- Descriptivo: porque describirá el nivel de información de salud sexual y reproductiva, el apoyo social, consumo de sustancia psicoactivas y conductas de riesgo sexuales en los adolescentes de 14 y 15 años del club Zona Oeste. Cómo se representan en la realidad, sin intención de manipular las mismas.
- Prospectiva porque los datos se recolectarán de fuentes primarias o sea directamente a los adolescentes de 14 y 15 años del club de zona Oeste de la Ciudad de Rosario.
- Transversal: cada una de las variables serán medidas una sola vez en este proyecto de investigación. La recolección de datos se realizará en un tiempo único, aquí se describirá, analizará y estudiará las variables en un momento dado.

### Sitio o contexto de la investigación

Para la selección del sitio se aplica una guía de convalidación, (Ver Anexo I) como primer control de validez interna, la decisión que fundamenta este espacio son las variables en estudio y por ende debemos precisar cuáles serán los límites y las características específicas que debe reunir para que podamos estudiar nuestro problema sin que existan circunstancias o elementos que puedan generar confusión al momento de elaborar los resultados de la investigación o influir en la factibilidad para llevarla a cabo. Para ello se exploró previamente nuestro contexto, para asegurarse que sea el más apropiado, se verificó la presencia de la población en estudio, las variables y se aprobó las correspondientes autorizaciones.

El sitio seleccionado para realizar este proyecto de investigación es un club de Zona Oeste de la Ciudad de Rosario. Este club es de carácter privado, es decir depende de las cuotas de sus socios, fue fundado en 1976, por jóvenes agrupados para la práctica de fútbol. Este cuenta con diversos deportes, fútbol, básquet, boxeo, vóley, entre otros. La investigación se desarrollará específicamente en todas las disciplinas. (Ver Anexo III)

### Población y muestra

En el club de Zona Oeste, el total de los adolescentes que concurren a dichos deportes es de 291 aproximadamente cuyas edades oscila entre los de 13 a 20 años. Aproximadamente 200 varones y 91 mujeres. (Anexo III)

Se tomarán específicamente de las categorías 04 y 03, porque para el año 2019 la población cumplirán 15 y 16 años (adolescentes de 15 y 16 años: una población total de 81 personas).

Con respecto a la validez externa que plantea mi proyecto, la misma sólo puede generalizar los datos a aquellos adolescentes entre 14 y 15 años de los clubes zona oeste y centro de la Ciudad de Rosario, durante el tiempo que se lleve a cabo mi estudio.

### Unidad de análisis

Como segundo control de validez interna, la unidad de análisis estará compuesta por cada uno de los adolescentes entre 15 -16 años que realizan actividades en el club de zona Oeste de la ciudad de Rosario, de enero a abril del 2019. Sin tener criterio alguno de exclusión.

Para la aplicación del estudio, debido a que es un número factible de ser estudiado, determino no realizar ningún tipo de muestreo. Tomando así a la población total. Siendo la misma de: 81 personas (adolescentes) club zona Oeste aproximadamente.

### Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La recolección de datos se desarrollará durante Enero hasta Abril del año 2019, mediante la técnica de la entrevista y el instrumento cuestionario, que se realizara en la cancha de básquet donde el lugar es espacioso, techado, hay

sillas y tabloneros para aplicar el cuestionario que no tardará más de 25 minutos, al finalizar los deportes de 19 a 19:30 pm. Una de las ventajas de los cuestionarios es que son una de las formas más económicas de obtener datos cuantitativos, además de ser baratos y flexibles, los cuestionarios son también una forma mucho más práctica de obtener datos, es rápido y fácil. Si bien la falta de sinceridad puede ser un problema. Se espera obtener respuestas concienzudas, pero no hay manera, a veces los encuestados pasan de una pregunta a otra rápidamente, o toman decisiones en una fracción de segundo, afectando la validez de los datos. Puede tener diferencias saber si el encuestado ha pensado en la pregunta antes de contestar o en la comprensión e interpretación. Puede pasar que algunas preguntas son difíciles de analizar. Dicho instrumento fue confeccionado, por ende debe realizar la prueba piloto correspondiente para calibrarlo y hacer las modificaciones que se consideren necesarias.

Para mi variable **nivel de información sexual y reproductiva**, se utilizó la técnica de la entrevista, y para recolectar datos el instrumento es un cuestionario validado de Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO). Los ítems del instrumento están adaptados y modificados a los indicadores de mi variable compleja, cuenta con 13 ítems en los cuales del 1-6 corresponden a la dimensión de salud sexual. Y del ítems 7 al 13 corresponde la dimensión salud reproductiva, con 3 opciones categóricas de respuesta asignándole un valor numérico por medio de la sumatoria de estas.

Para mi variable **apoyo social** se utilizará la técnica de la entrevista y el instrumento es un cuestionario, que está validado por mi prueba piloto, no se modificó en ningún momento se tomaron todas sus dimensiones e indicadores. Cuenta con 20 ítems de los cuales del 3-4-8-9-13-16-17-19 corresponden a la dimensión apoyo emocional, el 7-11-14-18 corresponden a la dimensión relación de ocio y distracción, el 2-5-12-15 corresponden a la dimensión apoyo instrumental, y para la dimensión apoyo efectivo corresponden los ítems 6-10-20, con 5 opciones categóricas que va del 1 (nunca) al 5 (siempre).

Para mi variable **conductas de riesgo sexual** se utilizará la técnica de la entrevista y el instrumento es un cuestionario que ha sido creado por el autor de la siguiente investigación, se adapta a los problemas de mi variable. Cuenta

con 11 ítems de los cuales el número 1-2-3-4-10-11 pertenecen a la dimensión uso del preservativo, y los números 5-6-7-8-9 corresponden a la dimensión vida sexual. Ésta comienza con una respuesta dicotómica que respondiéndola afirmativamente, se puede responder las siguientes preguntas estas son de múltiple opción.

Para mi Variable **consumo de sustancia psicoactivas** se utilizará la técnica de la entrevista y el instrumento es un cuestionario y se adapta a los problemas de mi variable utilizando una escala de Likert para medir actitudes. Cuenta con 6 ítems de los cuales 1-2-3 representan a la dimensión alcohol y los ítems 4-5-6 corresponden a la dimensión mariguana. El adolescente expresa un nivel de aceptación o rechazo, otorgándole un puntaje e 1 (nunca) y 5 (siempre), el mínimo de puntaje que se puede obtener 6 y el máximo 30 (VER ANEXO II)

#### Operacionalización de las variables

**V1: Nivel de información sexual y reproductiva:** Cualitativa/ compleja Independiente

#### Definición conceptual

**Nivel de información:** Es la medición de toda aquella información, concepto o idea que posee el estudiante, sobre el tema de salud sexual y reproductiva, y sus diferentes dimensiones.

Dimensiones

#### D1: Sexual.

Indicadores:

1. La sexualidad está limitada a la genitalidad
2. La sexualidad es sólo lo biológico o anatómico
3. La salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen.
4. La salud sexual incluye distinguir entre los deseos personales y los de las otras personas.
5. La salud sexual incluye la promoción de la igualdad entre hombre y mujeres.
6. Tengo derecho a una práctica sexual plena y enriquecedora.

#### D2: Reproductiva.

Indicadores:

1. Las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para prevenir embarazos
2. El control médico de la mujer embarazada es muy importante para la salud de la madre y del hijo.
3. La salud reproductiva es tener las relaciones sexuales de forma libre y responsable.
4. Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada.
5. Tengo acceso a información sobre métodos anticonceptivos.
6. Tengo acceso a información sobre planificación familiar
7. Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos

**V2: Apoyo social:** Cualitativa/Compleja Independiente

Definición conceptual

Conjunto conformado por las redes sociales, las cuales están encargadas de “dar y recibir”.

Dimensiones

D1: Apoyo emocional.

La cual hace referencia a la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos, afectos, reconocimiento, escucha, incidiendo favorablemente en el auto estima y desempeño de los individuos.

Indicadores:

1. Cuenta con alguien cuando necesite hablar
2. Lo aconsejan cuando tiene problemas
3. Lo ayudan a entender la situación
4. Confía o tiene con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones
5. Tiene consejo de quien realmente desea
6. Tiene alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos
7. Lo aconsejan cómo resolver sus problemas personales

## 8. Comprenden sus problemas

### D2: Relaciones de ocio y distracción:

Se refiere a dedicarse a actividades que no son ni trabajo ni tareas domésticas esenciales, y que pueden ser consideradas como recreativas.

Indicadores:

1. Tiene con quien pasar un buen rato.
2. Tiene con quien puede relajarse.
3. Tiene con quien hacer cosas que le sirvan a olvidar sus problemas.
4. Tiene con quien divertirse.

### D3: Apoyo instrumental:

Conformado por el soporte material (dinero, alojamiento, vivienda, comida, ropa) o de servicios (cuidado, transporte, estudios y labores del hogar) que recibe un individuo de su red de apoyo de familias, amigos y otros.

Indicadores:

1. Lo ayudan cuando tiene que estar en la cama.
2. Lo llevan al médico cuando lo necesita.
3. Le preparan la comida sino puede hacerlo.
4. Le ayudan a sus tareas domésticas si está enfermo.

### D4: Apoyo afectivo:

Demostración de amor, cariño y empatía.

Indicadores:

1. Le muestran amor y afecto
2. Lo abrazan
3. Lo aman y lo hacen sentir querido

**V3: Conductas de riesgo sexual:** Cualitativa/Compleja. Dependiente

### Definición conceptual:

Se refiere a todo tipo de práctica sexual que una persona puede realizar consigo misma, con otra persona, bien sea homosexual, heterosexual o bisexual, o incluso en grupo.

### Dimensiones

#### D1: Vida sexual.

##### Indicadores:

1. Ha tenido relaciones sexuales.
2. Edad cuando tuvo relaciones por primera vez.
3. Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales.
4. ¿Con quién ha tenido relaciones sexuales?
5. He practicado el sexo oral.
6. He practicado el sexo anal.

#### D2: Uso del preservativo.

##### Indicadores:

1. La última vez que tuve relaciones sexuales con una pareja esporádica usé el condón.
2. Me fijé en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo.
3. Uso el condón en mis relaciones sexuales.
4. Generalmente llevo el condón en la billetera o el monedero.
5. Cuando tengo sexo con mi novio (a) no uso condón.

**V4: Consumo de sustancias psicoactivas:** Cualitativa/Compleja Independiente

### Definición conceptual

Las sustancias psicoactivas son aquellas cuyo efecto principal se ejerce en el sistema nervioso central, provocando alteraciones en el estado de ánimo, conducta, conciencia y percepciones.

### Dimensiones

#### D1: Alcohol.

##### Indicadores:

1. Consumió alcohol en su última relación sexual.
2. El acto sexual es mejor cuando se toma alcohol.
3. Consumo social.
4. Consumo individual.

#### D2: Marihuana.

Indicadores:

1. Consumió en el acto sexual marihuana.
2. Consumo social.
3. Consumo individual.

**V5: Sexo:** Cualitativa/simple Independiente.

#### Definición conceptual.

Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.

Indicadores:

1. Varón.
2. Mujer.

Cumpliendo con los principios éticos que se tendrán en cuenta en el desarrollo de la presente investigación se pueden mencionar los siguientes:

- Beneficencia (sobre todo no dañar, los sujetos en estudio no deben estar expuesto a daños físicos ni psicológicos, asegurar confidencialidad). El principio de la beneficencia se respetará resguardando todos los datos recabados durante el desarrollo de la presente investigación.
- No maleficencia, equidad, justicia, trato justo y distribuir por igual los riesgos y beneficios. El principio de justicia se tendrá en cuenta al momento de seleccionar la muestra que formará parte de que la población en estudio ya que todos los adolescentes varones y mujeres, reúnan los criterios de inclusión tendrán la misma posibilidad de participar, así también se respetarán aquellos que no deseen participar.

-Autonomía, derecho a la autodeterminación y a la información completa y respeto por las personas. Los adolescentes que participaran en la investigación lo hicieran con previo consentimiento informado, el cual se solicitara por escrito que deberá ser firmado por la madre, padre o tutor del adolescente; previo a la información todo lo que concierne al estudio. Se permitirá a los padres que

aclaren dudas que consideren necesarias en cualquier momento del desarrollo de la investigación.

Basándonos a la ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes ley 26.061 el Artículo 27 del Derecho a la Salud, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

-No se divulgarán datos personales de los adolescentes que participan en la investigación a personas que no formen parte de la misma.

- Se preservará la intimidad de los adolescentes al momento de observar los datos obtenidos.

- Los resultados obtenidos solo serán utilizados para fines propios de la Investigación.

- Se mantendrán informados a los adolescentes sobre todos los aspectos que involucren las distintas etapas de la investigación.

- Se tratará a los adolescentes en forma respetuosa, cordial y respetando su individualidad, creencias, valores y miedos que pudieran surgir como producto del procedimiento.

La prueba piloto se llevó a cabo en una muestra pequeña (5 adolescentes) con características similares a las definidas cuando se establece la unidad de análisis. (Ver Anexo IV)

#### Personal a cargo de la recolección de datos

Como control de validez interna una técnica que encuentro conveniente es realizarlo en forma personal, para que se puedan medir en su totalidad y evitar sesgos, además la seguridad de que el entrevistado le proporcione información a un colega, evitando así el temor o la desconfianza, que se encuentre con una persona que comprende el valor y la importancia de cada uno de los datos.

## Plan de Análisis

Se utilizará estadística descriptiva, de tipo univariado (describe el comportamiento de cada variable), mediante distribución de frecuencia y medias de tendencia central, esto me permitirá detallar cuáles son los indicadores que se destacan por su mayor frecuencia. Estos datos serán representados en gráficos de barra.

- El programa estadístico que se utilizara es el EpiInfo permite que los usuarios: revisen los datos de la encuesta para valores atípicos y datos inconsistentes;
- lleven a cabo un análisis descriptivo de los datos de la encuesta;
- generen archivos con los resultados del análisis con facilidad.

También se acudirá a un estadístico.

Para el análisis de la Variable independiente (cualitativa compleja): **nivel de información sexual y reproductiva** se utilizará una escala Ordinal (Establece jerarquía) que determinará el nivel de información sexual y reproductiva tienen los adolescentes.

Dicha variable será medida con 2 dimensiones y sus respectivos ítems (13 en total)

La dimensión sexual cuenta con 6 ítems, y la dimensión reproductiva cuenta con 7 ítems cada uno de ellos contará con tres opciones categóricas de respuesta que permitirán medirlo cualitativamente, entre ellas se mencionan asignando un valor numérico con el objeto de poder reconstruir la variable por medio de la sumatoria total de estas:

- Cierto=3
- Falso=2
- No sabe=1

A mayor valor, mayor será el nivel de información sexual y reproductiva, quedando reconstruida la variable de la siguiente manera:

- Nivel de información sexual y reproductiva = Alto 39 máximo  
mínimo 27
- Nivel de información sexual y reproductiva = Regular 16 máximo,  
mínimo 8

- Nivel de información sexual y reproductiva = Bajo 3 máximo mínimo 1.

**Alto:** Logro sabido, cuando el adolescente evidencia el logro de los aprendizajes previstos en el tiempo programado.

**Regular:** Esta proceso, cuando el en camino de lograr los aprendizajes previstos, para lo cual requiere acompañamiento durante un tiempo razonable para lograrlo.

**Bajo:** En inicio, cuando el adolescente está empezando a desarrollar los aprendizajes previstos o evidencia dificultades para el desarrollo de éstos, necesitando mayor tiempo de acompañamiento e intervención del docente de acuerdo a su ritmo y estilo de aprendizaje.

Para la **variable apoyo social** (cualitativa compleja, independiente) se utilizara una escala ordinal (compara y diferencia) que determinara el apoyo social de los adolescentes. Dicha variable será medida con 4 dimensiones y sus respectivos ítems (20 en total).

Para la dimensión apoyo emocional cuenta con 5 ítems, (3-4-8-9-13-16-17-19), para la dimensión relaciones de ocio y distracción cuenta con 4 ítems (7-11-14-18), para la dimensión apoyo instrumental 4 ítems, (2-5-12-15) y para la dimensión apoyo afectivo 3 ítems (6-10-20).

El entrevistado expresa un nivel de aceptación o de rechazo refiriéndose a una escala que puede contar, como en el ejemplo, con 5 valores numéricos como en el ejemplo: se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración (ítem o pregunta)

El cuestionario presenta 19 ítems y escala de Likert con una puntuación que va de 1(nunca) a 5 (siempre), el mínimo puntaje que se puede obtener es de 19 puntos y el máximo es de 95.

A mayor valor, mayor será el apoyo social, quedando reconstruida la variable de la siguiente manera:

-Apoyo social emocional: máximo 40, medio 24, mínimo 8

-Apoyo social relaciones de ocio y distracción: máximo 20, medio 12, mínimo 4.

-Apoyo instrumental: máximo 20, medio 12, mínimo 4.

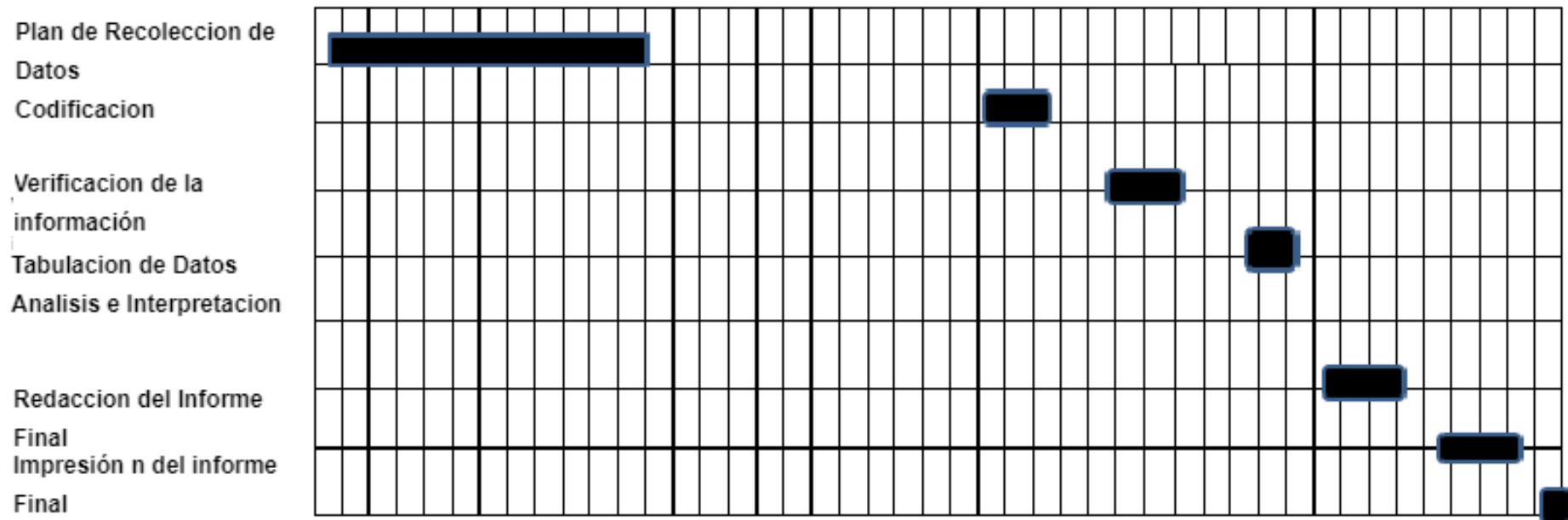
-Apoyo afectivo: máximo 15, medio 9 mínimo 3.

Para la variable **conductas de riesgo sexual** (cualitativa compleja, dependiente) se utilizara una escala nominal. Se ha elaborado un cuestionario, comienza con una pregunta dicotómica que si se responde afirmativamente, se abre el cuestionario en preguntas de múltiple opción de la pregunta 2 hasta la 4 luego las siguientes es tipo escala Likert.

Para la variable **consumo de sustancias psicoactiva** (cualitativa compleja, independiente) se utilizara una escala nominal. Las respuestas es una escala de Likert para medir actitudes. Cuenta con 6 ítems de los cuales 1-2-3 representan a la dimensión alcohol y los ítems 4-5-6 corresponden a la dimensión mariguana. El adolescente expresa un nivel de aceptación o rechazo, otorgándole un puntaje e 1 (nunca) y 5 (siempre), el mínimo de puntaje que se puede obtener 6 y el máximo 30.

## CRONOGRAMA

7/1/19    11/1/19    21/1/19    31/1/19    10/2/19    20/2/19    25/2/19    9/3/19    19/3/19    29/3/19



	Impresión del informe final	Redacción del informe final	Análisis e interpretación	Tabulación de datos	Verificación de la información	Codificación	Plan de recolección de datos
Fecha de inicio	29/03/2019	19/03/2019	11/03/2019	28/02/2019	23/02/2019	19/02/2019	07/01/2019
duración	1	10	9	3	4	4	24

## Anexo I

### GUIA DE CONVALIDACION DE SITIO

Se estima que la población será de 81 adolescentes aproximadamente, según datos brindados de la convalidación de sitio, teniendo en cuenta el rango de tiempo del proyecto que será desde enero hasta abril del año 2019.

- ¿La institución permite el ingreso del investigador para realizar el proyecto de investigación? **SI – NO**
- La dirección compuesta por el presidente del club ¿Autoriza al autor de la presente investigación a desarrollar un estudio no experimental? **SI – NO**
- ¿La institución cuenta con un sector de futbol, Básquet, vóley, boxeo? **SI – NO**

En caso afirmativo responder:

¿En cada disciplina se encuentran entrenando las categorías 04-03?

.....

- ¿Qué distribución tiene los adolescentes con respecto a edad y deporte?
- ¿Cuántos adolescentes de 14 a 15 años están interesados en participar del proyecto aproximadamente?
- ¿La institución deportiva fomenta la salud sexual y reproductiva a sus concurrentes con diferentes estrategias? **Si- No**
- El club interactúa con el centro de salud primario se encuentra a no más de 20 cuadras aproximadamente, para ofrecer el espacio de la infraestructura para charlas dirigidas a los concurrentes y a la comunidad? **Si- No**

De ser afirmativa la respuesta que charlas, acerca de la salud sexual y reproductiva uso del preservativo?.....

- ¿Este centro de salud promociona y da a la comunidad (adolescentes de 15 y 16 años) el uso de preservativo? **SI-NO**

- ¿Podría estar influenciado el consumo de sustancias psicoactivas por parte de otros adolescentes? **Si- No**

De ser afirmativo ¿cuáles de donde y quiénes? .....

¿Podría prevenirse?.....

- ¿Cuento con el espacio físico suficiente para aplicar mi técnica (la entrevista) para recolector datos? **SI – NO**

¿Cuál?.....

Que horario?.....

- Los adolescentes en que llegan al club, caminando los traen los padres o familiar?.....

- ¿Se realizan actividades de integración del adolescente y su familia?.....

- ¿El personal del club (director técnico, recepción, mantenimiento) que trabaja se encuentra interesado en ser instruido para poder colaborar con el proyecto? **SI – NO**

Indicar el personal que no se encuentre interesado en colaborar, a los fines de no incomodar al mismo: .....

## **ANEXO II**

El siguiente cuestionario forma parte de un proyecto de investigación que se titula: Nivel de información sexual y reproductiva de los adolescentes relacionados con el apoyo social, consumo de sustancias psicoactivas y conductas de riesgo sexual en el club de Zona Oeste Rosario, durante el periodo de enero a abril del 2019.

Por lo que solicito su participación, en el desarrollo contestando las preguntas de manera objetiva y veraz. La información es de carácter confidencial y reservado, ya que los resultados serán manejados solo para la investigación, agradezco anticipadamente su colaboración.

A continuación tendrá 50 preguntas que deberá responder, redondeando la respuesta que más se acerca a su modo de pensar. Podes buscarme si tenes alguna duda.

## **ASENTIMIENTO INFORMADO**

Investigador: Enfermero Oscar Rojas

Les pedimos su cooperación para llenar un cuestionario que constituye una investigación, la cual usted puede participar y en ningún momento quedara afectado su estatus en el club, dicha investigación es sobre su nivel de información, sobre Salud Sexual y Reproductiva teniendo en cuenta el apoyo social, consumo de sustancias psicoactivas, y sexo. Con esta investigación pretendemos describir los resultados obtenidos solo con fines investigativos. Lo que estamos acordando con usted es la oportunidad de conocer los objetivos de esta investigación y la confiabilidad del estudio, de igual forma si usted desea abandonar en cualquier momento la investigación puede hacerlo.

En mi calidad de concurrente del club y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud. Declaro haber recibido y entendido la información brindada en forma respetuosa y con claridad por parte del Enfermero: Oscar Rojas

Participo con el permiso de mi padre madre o tutor del estudio de investigación que tiene como Objetivo General: determinar si existe relación entre el nivel de información, sobre Salud Sexual y Reproductiva teniendo en cuenta el apoyo social, consumo de sustancias psicoactivas, y sexo en los adolescentes de los clubes de zona centro y zona oeste de la Ciudad de Rosario. Entre enero y abril del 2019.

Firma del adolescente: \_\_\_\_\_ Firma del padre o tutor:

\_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador: Enfermero Oscar Rojas

Se le invita a la participación del estudio de Investigación que tiene como Objetivo General: determinar si existe relación entre el nivel de información, sobre Salud Sexual y Reproductiva teniendo en cuenta el apoyo social, consumo de sustancias psicoactivas, y sexo en los adolescentes de los clubes de zona centro y zona oeste de la Ciudad de Rosario. Entre enero y abril del 2019.

Les solicitamos su autorización para realizar una investigación en las disciplinas de las categorías 04-03 perteneciente al club..... De la Ciudad de Rosario, dirigida a los y las adolescentes que por voluntad propia deseen participar, donde se indagara en el nivel de información que ellos poseen sobre salud sexual y reproductiva.

Usted debe saber que, son libres de participar en esta investigación y se pueden retirar cuando lo consideren.

Esta investigación constituye y tiene como premisa de no crear incomodidad a dichos concurrentes al club y será anónima, teniendo en cuenta todos estos aspectos se les solicita su consentimiento para llevar a cabo la investigación.

Firma del presidente de la institución deportiva: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTO

MARQUE CON UNA CRUZ SEXO: MASCULINO

FEMENINO

QUE EDAD TIENE 14 AÑOS

15 AÑOS

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si son ciertas (3), falsas (2) o no sabe (1).

1	s.s(salud sexual)	La sexualidad está limitada a la genitalidad.	3	2	1
2	s.s	La sexualidad es sólo lo biológico o anatómico.	3	2	1
3	s.s	La salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen.	3	2	1
4	s.s	La salud sexual incluye distinguir entre los deseos personales y los de las otras personas.	3	2	1
5	s.s	La salud sexual incluye la promoción de la igualdad entre hombre y mujeres.	3	2	1
6	s.s	Tengo derecho a una práctica sexual plena y enriquecedora.	3	2	1
7	s.r(salud reproductiva)	Las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para prevenir embarazos.	3	2	1
8	s.r	El control médico de la mujer embarazada es muy importante para la salud de la madre y del hijo.	3	2	1
9	s.r	La salud reproductiva es tener las relaciones sexuales de forma libre y responsable	3	2	1
10	s.r	Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada.	3	2	1
11	s.r	Tengo acceso a información sobre métodos anticonceptivos.	3	2	1
12	s.r	Tengo acceso a información sobre planificación familiar.	3	2	1

13	s.r	Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos	3	2	1
----	-----	--	---	---	---

- Aproximadamente cuantos amigos o familiares cercanos tiene usted (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar con todo lo que se le ocurre)
- Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que usted dispone.

--	--

(Escriba el número de amigos íntimos o familiares cercanos.)

La gente busca a otras personas para encontrar compañía asistencia u otro tipo de ayuda con qué frecuencia usted dispones de los siguientes tipos de apoyo (Marque con un circulo uno de los números de cada fila)

1	¿Cuenta con alguien?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2	Que ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3	¿Con quién pueda contar cuando necesite hablar?	1	2	3	4	5
4	Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5	Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6	Que le muestre amor y	1	2	3	4	5

	afecto					
7	Con quien pensar un buen rato	1	2	3	4	5
8	Que lo ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9	En quien confiar o quien hablar en si mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10	Que le abrace	1	2	3	4	5
11	Con quien pude relajarse	1	2	3	4	5
12	Que le prepare la comida sino puede hacerlo	1	2	3	4	5
13	Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14	Con quien hacer cosas que le sirvan a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15	Que le ayuda a sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16	Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17	Que le aconseje a cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5

18	Con quien divertirse	1	2	3	4	5
19	Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20	A quien amar y hacerle sentir querido	1	2	3	4	5

1	vs	¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?	si	no			
2	vs	¿Qué edad tenía cuando tuvo relaciones por primera vez?	Nunca he tenido relaciones sexuales	11 o 12 años de edad	13 o 14 años de edad	15 o 16 años de edad	
3	vs	Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales	Nunca he tenido relaciones sexuales	1 persona	2 personas	3 personas o mas	
4	vs	¿Con quién ha tenido relaciones sexuales?	- Nunca he tenido relaciones sexuales	Hombres	Mujeres	Hombres y mujeres	
			<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
5	udp	La última vez que tuve relaciones sexuales con una pareja esporádica usé	5	4	3	2	1

		el condón					
<b>6</b>	<b>udp</b>	Me fijo en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo	5	4	3	2	1
<b>7</b>	<b>udp</b>	Uso el condón en mis relaciones sexuales	5	4	3	2	1
<b>8</b>	<b>udp</b>	Generalmente llevo el condón en la billetera o el monedero	5	4	3	2	1
<b>9</b>	<b>udp</b>	Cuando tengo sexo con mi novio (a) no uso condón	5	4	3	2	1
<b>10</b>	<b>vs</b>	He practicado el sexo oral	5	4	3	2	1
<b>11</b>	<b>vs</b>	He practicado el sexo anal	5	4	3	2	1

<b>Nº</b>	<b>pregunta</b>	<b>siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>nunca</b>
<b>1</b>	¿Consumió alcohol en su última relación sexual?	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	¿Consume cuando se juntan con amigos?	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>3</b>	¿Consume cuando está en su casa solo?	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

<b>4</b>		¿Consumió mariguana en su última relación sexual?	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>5</b>		¿Consume mariguana cuando esta con amigos?	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>6</b>		¿Consume cuando está solo en su casa?	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

## ANEXO III

### RESULTADOS DEL ESTUDIO EXPLORATORIO

Se realizó un relevamiento de datos ya que la problemática se detectó en éste sitio, los datos arrojados fueron por parte del tesorero de la comisión directiva, fue cordial y amable en la devolución de las respuestas, que las dio en una oficina junto a la del presidente del club. Las respuestas fueron las siguientes:

- La dirección compuesta por el presidente del club si autoriza al autor de la presente investigación a desarrollar un estudio no experimental.
- La institución cuenta con el sector de futbol, básquet, vóley, boxeo, en las cuales participan las categorías 04 -03 entre otras, es decir adolescentes de 14 y 15 años que para el próximo año tendrán 15 y 16 años.
- La distribución por edad y deporte es la siguiente:
  1. 14 que corresponden a las categorías 04 (de 15 años) – 03 (de 16 años) de la disciplina de futbol 5 todos de sexo masculino.
  2. 20 adolescentes que corresponden a básquet femenino
  3. 15 adolescentes corresponden a boxeo, 8 masculinos y 7 femeninos
  4. 32 adolescentes de vóley: categoría 02 varones 8, mujeres 8. Categoría 03, 8 varones y 8 mujeres.
- Los adolescentes de 14 y 15 años que están interesados en participar del proyecto son aproximadamente 81.
- En la institución deportiva no hay fomento de la importancia de una salud sexual y reproductiva responsable por parte de ellas hacia los adolescentes de 14 y 15 años.
- El centro de atención primaria más cerca lo tienen aproximadamente a 20 cuadras a la redonda. pero no desarrollan charlas dirigidas a los concurrentes ni a la comunidad del barrio.
- Esté si presta uso de preservativos libres y gratuitos para toda la comunidad según programa nacional de salud sexual y reproductiva.
- Con respecto a la zona del club en la esquina se encuentra una plaza en donde se juntan personas jóvenes, a tomar bebidas alcohólicas y

consumo de marihuana, esto podría influir en el consumo para los concurrentes del club ya que son antiguos compañeros de los mismos que han dejado de practicar deportes. No hay presencia continua de patrulleros policiales que pueda prevenir el consumo por parte de los menores.

- El club de zona oeste cuenta con dos canchas de futbol 5 de césped natural y una cancha de básquet techada y vóley al aire libre para todas las categorías y un vestuario que solo pueden cambiarse en él y dar las charlas técnicas. La categoría 03 es dirigida por un director técnico ex futbolista, que a su vez es delegado del club. La categoría 04 es dirigida por dos vecinos del club. Los horarios de entrenamiento de ambas categorías son los lunes, miércoles y viernes de 17 a 19 hs. Entrenan en simultaneo. El espacio para aplicar la entrevista en la recolección de datos podría ser la cancha de básquet que hay sillas y tablonés, esta techada y es grande para aplicar el instrumento del cuestionario, en el horario al finalizar los deportes 19 a 19:30 hs.
- Los adolescentes que llegan al club, lo hacen en su mayoría en bicicleta, y una minoría, que son los más chicos, los llevan y traen sus padres.
- El club mantienen actividades que integran a la familia, cada fin de semana, después de terminar los partidos de los diferentes deportes, pasan un día en la cancha que les toque jugar y comparten las familias de los adolescentes un almuerzo en conjunto. También organizan los padres ventas de comidas para recaudar fondos para el uniforme de sus hijos esto integra tanto a los padres como adolescentes.
- Las personas que trabajan son de mantenimiento, recepción y entrenadores. el personal que no se encuentra interesado en colaborar, a fines de no incomodar es al director técnico ya que no puede demorarse por compromisos propios.

## **ANEXO IV**

### **RESULTADO DE LA PRUEBA PILOTO DEL INSTRUMENTO**

La prueba piloto del instrumento (cuestionario – técnica entrevista) se realizó en una escuela secundaria de Rosario, previo a la autorización de la dirección, asentimiento informado y consentimiento informado para los padres, cuyas características son muy similares al sitio y contexto seleccionado para desarrollar el proyecto, en un grupo de 5 adolescentes 15 y 16 años, que reunían los criterios de inclusión para la investigación, pero no formaban parte de la misma. La población fue abordada, en el salón de actos que estaba desocupado, allí hay sillas y una mesa para encontrar comodidad, e intimidad para llevar a cabo la entrevista. Se realizó un día martes donde los padres de los adolescentes podían estar esperándolos a ellos, al finalizar la jornada institucional de la secundaria.

El instrumento aplicado no duro más de 25 minutos, para los 5 entrevistados. En este caso, al realizar la prueba piloto se pudo corroborar que los instrumentos miden las variables en estudio, sus indicadores son claros, con facilidad para su interpretación y aplicables a todos los padres independientemente de las particularidades de cada uno. Los padres se encontraron entusiasmados a participar de la prueba y ofrecieron su colaboración para todas las actividades que el autor requiera, no fue necesario realizar ningún tipo de modificaciones en la técnica e instrumento para recolectar datos y medir las variables.

Por todo lo anteriormente expuesto, los instrumentos no sufrirán ningún tipo de modificación alguna.

La validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide las variables que se pretende medir. La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo objeto o sujeto produce iguales resultados. La precisión se trata de la capacidad de un instrumento de dar el mismo resultado en mediciones diferentes.

## Bibliografía

Linda Teresa Orcasita (año 2012) Pontificia Universidad Javeriana-Seccional. Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-SantanderCali Colombia.

Vargas Ruiz, R. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas en la salud sexual y la salud reproductiva: propuesta de una escala psicométrica. *Revista ABRA*, 27(36), 135-167.

Laura Rodríguez Wong, hignes H.O Perpetuo.Santiago de Chile 2011.la transición de la salud reproductiva en América Latina. 15 Años después del Cairo-1994.

Revilla L, Luna J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And)*. 2005; 10(6): 10-18.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA 2013),.Maternidad en la niñez, pág. 66 Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes.

Pasqualini. D & Llorens. A. (2010). Salud y Bienestar de Adolescentes y jóvenes: Una Mirada Integral. 1° Ed. Buenos Aires – Argentina. Editorial Catylannello (OPS/OMS). (Consultado el 12 de Abril 2016).

Ríos-BecerrilJ,Cruz-Bell P ,BecerrilAmerP, Maldonado-González V. Intervención educativa de enfermería sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Rev EnfermInstMex Seguro Soc*. 2016; 24(1):51-4.

Riera, J. R. M. (comunitaria. In Manual práctico de enfermería 2014). Enfermería comunitaria (p. 608). Elzevir

Kliegman, R. M. (2016). Cap. 2. Adolescencia. Nelson textbook of pediatrics. Ed. Panamericana. 4. 2014. p. p. 12 – 20.

Sancho, C. (2009). "Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes escuela 273 de Mancopa y Juana Manso del Cevilar". (Tesis de pregrado ).Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán, Argentina.

Álvarez, C. C. (2010). Comunicación y sexualidad. *Revista electrónica cuatrimestral de enfermería. Enfermería global*. Núm. 19 (1–10).

Gil Hernández A, Rodríguez García Y, Rivero Sánchez M. Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. 2012 Enero

Leyes que reconocen tus derechos saludsexual y derechos reproductivos

Rodríguez Wong, L., & Perpetuo, I. H. O. (2011). La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina: 15 años después de El Cairo 1994. CEPAL.

Vargas Barrantes, É. (2013). BASES DE LA DIFERENCIACIÓN SEXUAL Y ASPECTOS ÉTICOS DE LOS ESTADOS INTERSEXUALES. (Consultado el 17 de octubre de 2016)

Juárez, C., Valdez, R. & Hernández, D. (2001). Las redes sociales y la noción de apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales.

Salud del adolescente OMS 2017.

Fernández, L. (2000). Instituciones educativas. Madrid: Editorial Paidós. Cañellas, S., Pérez, J., Noguer, I., Villaamil, F., García, L., De la Fuente, L., Belza J. & Castilla, J. (2000). Conductas sexuales de riesgo y prevalencia de infección por VIH en hombres con prácticas homosexuales y bisexuales en la comunidad de Madrid. Revista Española de Salud Pública, 74(1), 25- 32.

Mendizábal, J. A., Anzuarez, B. (1999). La Familia y Adolescentes. Revista Médica General Hospital General de México, 63(3), 191-197.

Vinaccia. S., Quiceno. M., Gaviria. A., Soto. A., Gil, M. & Ballester, R. (2007). Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por VIH/Sida en Adolescentes Colombianos. Terapia Psicológica, 25(1), 39-50.

Carvajal, G. (1998). Adolecer la aventura de una metamorfosis. Madrid: Editorial Tiresias.

DUSCHATZKY, S. (1999) La escuela como frontera. Paidós, Buenos Aires.

UNFPA. (2015). 5 datos que los adolescentes deben saber sobre su vida sexual.

Muriel, S. S., Aguirre, L. M., Várela, H. C., Cruz, R. S. (2012). Comportamientos alarmantes. Infantiles y juveniles. Ediciones Euroméxico, S.A. de C.V

Orcasita, L.T. & Uribe, A. F. (2010). La importancia del Apoyo Social en el Bienestar de los Adolescentes. *Psychologia, Avances de la disciplina*. 4(2), 69-82.

Cooper, M.L. and H.K. Orcutt. 2000. "Alcohol use, condom use, and partnertypeamong heterosexual adolescents and you ngadults." *J. Stud. Alcohol* 61: 413-419.

Dermen, K.H. and Cooper, M.L. 1994. "Sex-related alcohol expectancies among adolescents: II. Prediction of drinking in social and sexual situations." *Psychol. Addict. Behav.* 8: 161-168

George, W.H., S.A. Stoner, J. Norris, P.A. Lopez, and G.L. Lehman. 2000. "Alcohol expectancies and sexuality: A selfful filling prophecy analysis of dyadic perceptions and behavior." *J. Stud. Alcohol* 61: 168- 176

Leigh, B.C. 1990. "The relationship of sex-related alcohol expectancies to alcohol consumption and sexual behavior." *Brit. J. Addict.* 85: 919-928.

Shrier, L.A., S.J. Emans, E.R. Wood, and R.H. DuRant. 1997. "The association of sexual risk behaviors and problem drug behaviors in high school students." *J Adolesc Health* 20(5): 377-383.

Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1996, Sept 27; 45(SS-4).

MSAL UNICEF (2016) Programa nacional de la salud integral en la adolescencia.

Orcasita y Uribe Uribe (2010). ( Conductas sexuales de riesgo /Orcasita, Uribe, Castellanos y Gutiérrez Rodríguez.

Tria, M.A. (2017). *AsignaturateoriasytendenciasRecopilacionbibliografica*. Argentina.