



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

**ADOLESCENTES Y CONDUCTA SEXUAL TEMPRANA DE RIESGO: SU RELACIÓN
CON EL AUTOESTIMA, LAS REPRESENTACIONES DE APEGO Y LA PERCEPCIÓN
DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.**

INTEGRANTES

DANIELA BARRIOS VARGAS

KARLA REYES BRAVO

NICOLE ROJAS RAMÍREZ

ABIGAIL TORO CASTRO

Profesor Guía: PAULA SOLERVICENS SILVA

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso como requisito para optar al título de Psicólogo y el grado de licenciado en Psicología.

Diciembre, 2015

Valparaíso, Chile.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1 Adolescencia.....	4
2.2 Conducta de riesgo.....	5
2.2.1 Conducta sexual temprana de riesgo	6
2.3 Apego	7
2.3.1 Teoría del apego de Bowlby.....	8
2.3.2 Estilos de apego.....	9
2.3.3 Modelos operativos internos: La era representacional del apego....	10
2.3.4 Apego en la adolescencia.....	12
2.4 Autoestima	16
2.4.1 Autoestima en la adolescencia.....	17
2.5 Funcionamiento familiar.....	18
2.5.1 Funcionamiento familiar y adolescencia.....	19
3 MARCO METODOLÓGICO	20
3.1 Objetivos	20
3.1.1 Objetivo General	20
3.1.2 Objetivos Específicos	20
3.2 Hipótesis	20
3.2.1 Hipótesis de Investigación	20
3.2.2 Hipótesis Nula	21
3.2.3 Hipótesis alternativa	21
3.3 Pregunta de investigación	21

3.4 Justificación de la metodología.....	21
3.4.1 Justificación social.....	22
4. DISEÑO EXPERIMENTAL	23
4.1 Tipo de Estudio	23
4.2 Población y Muestra	23
4.2.1 Población	23
4.2.2 Muestra	23
4.2.3 Muestra estadística.....	23
4.2.3.1 Tipo de muestra.....	23
4.2.4 Criterios de Inclusión	24
4.2.5 Criterios de Exclusión	24
4.3 Instrumentos	24
4.3.1 Encuesta Conductas Sexuales Tempranas de Riesgo	24
4.3.2 Adolescent Attachment Questionnaire	25
4.3.3 ¿Cómo es tu familia?.....	26
4.3.4 Escala de Autoestima de Rosenberg	29
4.4 Procedimiento	30
4.5 Método de Análisis de Resultados	31
5 RESULTADOS	32
5.1 Caracterización de la población.....	32
5.1.1 Presencia de conducta sexual de riesgo en la muestra total.....	33
5.1.2 Nivel de autoestima en la muestra total.....	39
5.1.3 Representaciones de apego en la muestra total.....	40
5.1.4 Representaciones de funcionamiento familiar en la muestra total...	42

5.2 Relación entre variables.....	45
5.2.1 Relación entre factores de conductas sexuales de riesgo y Autoestima.....	45
5.2.2 Relación entre factores de conductas sexuales de riesgo y Representaciones de apego.....	46
5.2.3 Relación entre factores de conductas sexuales de riesgo y Factores de Representación de Funcionamiento Familiar.....	47
6 DISCUSIÓN.....	57
7 CONCLUSIÓN.....	62
8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
9 ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación Nivel de Autoestima y Conductas Sexuales de Riesgo.....	45
Tabla 2. Relación Tipo de Apego y Conductas Sexuales de Riesgo	46
Tabla 3. Relación Comunicación Padre-hijo y Conductas Sexuales de Riesgo.....	47
Tabla 4. Relación Búsqueda de Apoyo Social y Conductas Sexuales de Riesgo.....	49
Tabla 5. Relación Redefinición del Problema y Conductas Sexuales de Riesgo.....	51
Tabla 6. Relación Síntomas y Problemas y Conductas Sexuales de Riesgo.....	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la muestra total según género.....	32
Gráfico 2. Distribución de la muestra total según edad.....	32
Gráfico 3. Distribución de la muestra total según curso.....	33
Gráfico 4. Distribución de la muestra total según inicio de conducta sexual.....	33

Gráfico 5. Distribución de la muestra según edad de inicio de conducta sexual.....	34
Gráfico 6. Distribución de la muestra según edad de inicio sexual en mujeres.....	34
Gráfico 7. Distribución de la muestra según edad de inicio sexual en hombres.....	35
Gráfico 8. Distribución de la muestra según presencia de conducta sexual con consumo de sustancias.....	35
Gráfico 9. Distribución de la muestra sexualmente activa, según uso de métodos anticonceptivos.....	36
Gráfico 10. Distribución de la muestra según embarazo.....	36
Gráfico 11. Distribución de la muestra según el uso de métodos de control de contagio de ITS.....	37
Gráfico 12. Distribución de la muestra según presencia de riesgo en cuanto a número de parejas sexuales.....	37
Gráfico 13. Distribución de la muestra según presencia de aborto.....	38
Gráfico 14. Distribución de la muestra según actividad de comercio sexual.....	38
Gráfico 15. Distribución de la muestra según nivel de autoestima en muestra total.....	39
Gráfico 16. Relación entre las frecuencias de los niveles de autoestima y la edad de inicio de conducta sexual.....	39
Gráfico 17. Distribución de la muestra total según representaciones de apego.....	40
Gráfico 18. Distribución de la muestra total según la escala “Señales de enojo y angustia”.....	40
Gráfico 19. Distribución de la muestra total según la escala de “Disponibilidad”.....	41
Gráfico 20. Distribución de la muestra total según la escala de “Cooperación”.....	41
Gráfico 21. Distribución de la muestra total según tipo de familia.....	42
Gráfico 22. Distribución de la muestra total según número de integrantes de la familia....	42
Gráfico 23. Distribución de la muestra total según nivel de cohesión familiar.....	43
Gráfico 24. Distribución de la muestra total según búsqueda de apoyo profesional.....	43

Gráfico 25. Distribución de la muestra total según la presencia de síntomas y problemas del adolescente y su familia.....44

INTRODUCCIÓN

La investigación a realizar tiene como objetivo general describir la relación entre autoestima, representaciones de apego y percepción de las relaciones familiares con la presencia de conducta sexual temprana de riesgo en adolescentes de entre 14 y 19 años, pertenecientes a al Instituto superior de comercio de Valparaíso (INSUCO). A partir de esto se han generado tres hipótesis de investigación, la primera hace referencia a que la presencia de conductas sexuales tempranas de riesgo se relacionaría con un tipo de apego que tiende a lo inseguro, del mismo modo, la percepción de un funcionamiento familiar vulnerable se relacionaría con la presencia de dichas conductas, y por último, las conductas sexuales tempranas de riesgo en adolescentes se relacionarían con niveles bajos de autoestima.

Basados en diversas concordancias entre autores, el presente seminario abordará la posible relación existente entre las variables anteriormente mencionadas.

La relevancia del estudio se basa en los resultados de otras investigaciones a nivel nacional que arrojan datos que sirven de fundamento para las hipótesis planteadas. Una de ellas se titula “Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: un estudio comparativo” (Huitrón, Denova, Halley, Santander, Bórquez, Zapata, Huinca, & Zubarew, 2010) la cual tenía por objetivo determinar las principales conductas de riesgo en una muestra de adolescentes Chilenos y Mexicanos. Los resultados referentes a las conductas sexuales de riesgo arrojaron que aquellos adolescentes que provienen de familias percibidas como disfuncionales, tienen una mayor probabilidad de desarrollar ciertas conductas de riesgo, como por ejemplo, el consumo de sustancias ilícitas e inicio temprano de la actividad sexual. Siendo los adolescentes chilenos los que presentaban dichas conductas en un porcentaje significativamente superior al de los mexicanos (43.5 % Chilenos vs 14.9 % Mexicanos).

Otra investigación que avala la importancia de la influencia familiar en el inicio sexual temprano es aquella titulada “Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile” (González, E; Molina, T; Montero, A. & Martínez, V., 2013), cuyos principales resultados fueron que las variables familiares que más influyen en el inicio sexual temprano son: filiación no matrimonial, no haberse criado con ambos padres, no vivir actualmente con ambos padres, mala relación con los padres, mala comunicación familiar, madre sola u otro responsable, supervisión sin

sanción al quebrantamiento de normas, padre con antecedente de paternidad adolescente, madre con antecedente de maternidad adolescente, madre que trabaja, tamaño de la familia (número de hijos 1 o 2) y disfunción familiar.

Del mismo modo, el estudio descriptivo transversal "Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos" (Santander, S; Zubarew, T; Santelices, L; Argollo, P; Cerda, J. & Bórquez, M., 2008), la cual pretendía estudiar la correlación entre la percepción del funcionamiento familiar del adolescente, sus síntomas emocionales y conductas de riesgo. Dentro de los resultados que atañen a la conducta sexual de riesgo, se encontró que el 43,5% de los adolescentes declara haber tenido relaciones sexuales, siendo la prevalencia significativamente mayor en hombres que en mujeres. Analizando ambos sexos en conjunto, esta prevalencia se asoció en forma directa y significativamente a la edad, alcanzando 14,3% en menores de 13 años, 40,3% entre 13-16 años y 60,8% en mayores de 16 años. El riesgo de haber tenido relaciones sexuales fue significativamente mayor en adolescentes de hogares percibidos como disfuncionales en comparación a hogares percibidos como funcionales.

Por otro lado, las conductas de riesgo en general han comenzado a ser abordadas desde distintas corrientes teóricas, como la teoría del apego, la cual ofrecería una visión que cada vez es más aceptada. Esta plantea a grandes rasgos que mientras exista un apego seguro en el adolescente, se vería menos involucrado en conductas de atenten contra su integridad física, psicológica y emocional, en cambio aquellos que presenten estilos de apego que se categoricen dentro del apego inseguro (Evitativo o Ambivalente) desconfiarían de su entorno, no verían a sus pares como una base segura y serían menos susceptibles a la influencia familiar, por lo tanto tendrían mayores probabilidades de tener conductas sexuales riesgosas, tales como un temprano inicio de la actividad sexual, el no uso de anticonceptivos, etc. (Gómez, 2005; Oliva, 2011).

La autoestima en la adolescencia es un factor predictor muy importante en cuanto a las conductas de riesgo, diversos autores (Fanning & MCKay., 1999; Salazar et al., 2004) plantean que la autoestima puede ser un factor protector o de riesgo dependiendo de cómo se manifieste en el adolescente, en tanto que niveles bajos de autoestima implicarían una mayor probabilidad de conductas sexuales riesgosas y viceversa.

Es evidente que las conductas sexuales de riesgo tempranas ocupan un porcentaje significativo en la población chilena, y que las variables antes mencionadas (Funcionamiento familiar, apego y autoestima) tendrían una importante influencia en el desarrollo de éstas. Es por esto que una investigación a nivel Regional se hace necesaria, ya que no se ha encontrado evidencia en la V región, con el fin de aportar con datos actuales y averiguar si estos porcentajes se condicen con la población nacional, de modo que sean útiles para acciones preventivas a corto y largo plazo.

MARCO TEÓRICO

2.1 Adolescencia

La palabra adolescencia procede del latín «adolescens», es decir, el que adolece. En su aplicación al desarrollo humano, se utiliza para describir un período evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta, en el que se produce el desarrollo necesario para adaptarse a las características de la vida en esta última etapa (Alonso, et al 2000).

La adolescencia se define como la etapa de la vida en que se producen diversos procesos de maduración biológica, psíquica y social de un individuo que les permiten lograr la madurez o la etapa adulta, para que este se pueda incorporar de forma plena a la sociedad. Los cambios que se producen pueden determinar un conjunto de fortalezas para la vida y el desarrollo, o de lo contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud (MINSAL, 2011).

La edad que comprende la etapa de la adolescencia a lo largo de la historia se ha ido extendiendo, ya que la madurez biológica se logra más precozmente debido a factores sociales o nutritivos; y la madurez social de manera más tardía, por la independencia familiar y económica junto a otros factores. Las culturas además tienen diversas representaciones sociales de la adolescencia y juventud.

Es posible clasificar la adolescencia en tres fases o sub-etapas de desarrollo psico-social, que modulan la forma de aproximación de acogida y en general la relación profesional de salud - adolescente (MINSAL, 2011, pág. 9). Estas etapas son:

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

En este periodo la sociedad atribuye al adolescente un cambio de estatus, que incluye la necesidad de independencia fuera de la familia, unido a la necesidad de autonomía de los jóvenes con relación a sus padres. Por lo que el adolescente se encuentra en constante

ambivalencia respecto a la dependencia-independencia. Esta experiencia de separación crea en él la necesidad de intensos estados emocionales y de pertenencia al grupo de pares (Alonso, et al 2000).

Según los planteamientos de Erikson la crisis de "identidad vs. Confusión de identidad" es la crisis normativa de la adolescencia, el principal objetivo del adolescente es la formación de una identidad personal. El desafío es hacer frente a la tarea de definirse a sí mismo en relación a sus contextos. Establecer una identidad conlleva realizar una síntesis de las imágenes yoicas anteriores, con las autoevaluaciones presentes y los ideales futuros (Widick, Knepfelkamp, & Parker, 1978), en relación a las posibilidades que brinda el contexto. De esta forma, el principal objetivo del adolescente es la integración de los sentimientos de identidad precedentemente constituidos y su articulación con ciertos marcos que la sociedad ofrece a sus miembros para que puedan constituirse de manera unificada. La identidad adolescente finalmente es el resultado de un mutuo proceso de reconocimiento entre el adolescente y la sociedad: el adolescente forja una identidad, pero a la vez la sociedad lo identifica de distintas maneras.

La adolescencia es un período que se considera vulnerable en cuanto a la aparición de conductas de riesgo, las cuales pueden encontrarse por sí solas o concurrir y traer consecuencias para la salud, económicas y sociales. Se requiere de programas que garanticen información y servicios, además de potenciar los factores protectores para reducir las mencionadas conductas.

2.2 Conducta de riesgo

Se entiende como conducta de riesgo aquellas acciones voluntarias repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura. El estudio de ellas ha mostrado que son particularmente intensas en la adolescencia. A ello contribuyen diferentes características propias de la edad. El adolescente sin experiencia, o con ésta de forma muy limitada, se compromete en conductas destructivas, sin conocer los riesgos a corto y/o largo plazo, puesto que en ésta etapa la corteza pre-frontal se encuentra en desarrollo, por lo que se percibe un déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras. Además, se destaca la "sensación de invulnerabilidad" o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a la influencia y

presión de los pares con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de trasgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad (Corona & Peralta, 2010; Orbegoso, 2013).

Se identifican como las principales conductas de riesgo en adolescentes el uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, conducta sexual temprana, desórdenes alimenticios, sedentarismo, conductas de violencia e inseguridad que conducen a los accidentes, a la delincuencia y la deserción escolar. (Blum, 2004; Florenzano, 2005 & Orbegoso, 2013)

2.2.1 Conducta sexual temprana de riesgo

No existe una definición exacta en cuanto a lo que “Conducta sexual de riesgo” refiere; sin embargo, se han encontrado coincidencias en diversos autores. Es así como para la presente investigación serán consideradas conductas sexuales riesgosas cualquier comportamiento sexual iniciado en edad temprana (antes o durante los 14 años) y/o que ocasione daños a la salud propia o de otros como: la posibilidad de embarazos, abortos, transmisión de ITS (Infección de Transmisión Sexual), el número de parejas sexuales, comercio sexual y el consumo de alcohol y sustancias. Las conductas sexuales de riesgo pueden tener consecuencias a corto y largo plazo, muchas de las cuales son de carácter irreversible (López, 2003; Moliner y García, 2003; Pérez, 2006; Wiscarz y Laraia, 2006; Rodríguez y Álvarez, 2006; Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry, Ronis y Zhou, 2007; Goncalves, et al., 2007; Palacios, Bravo y Andrade, 2007, Teva, et al., 2011; Paramo, 2011).

Según la sexta encuesta nacional de juventud, realizada por el INJUV (Instituto Nacional de la Juventud) en Chile, la edad de inicio de relaciones sexuales declarada por jóvenes entre 15 y 29 años en el 2009 fue de 17.1 años en mujeres y 16.3 años en hombres. Entre los 13 y 15 años, el 14 a 17% ya habría tenido relaciones sexuales según la Encuesta Mundial de Salud Escolar y, en la Segunda Encuesta de Calidad de Vida, un 17% de los adolescentes de 16 a 19 años declaró haber tenido dos parejas sexuales en el último año; además, según estudios de la UNICEF la edad promedio de la primera relación sexual en adolescentes de países desarrollados oscila entre 9 y 13 años, en varones, y entre los 11 y 14 años en el caso de las niñas. En el 2004 14,9% de los nacimientos fueron de madres adolescentes. En el 2009, 17% de los adolescentes de 15 a 19 años declaró haber tenido un embarazo no deseado, y un 35% de éstos reconoció haber realizado aborto. La mayoría de los 7.072 casos de VIH acumulados

al 2009 entre los 20 y 29 años, así como los 7.585 casos de SIDA entre los 30 y 39 años en Chile, se han contagiado muy probablemente durante la adolescencia o juventud. El Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile, en su estudio “Evolución del VIH-SIDA Chile, 1984-2009” indica que la tasa de notificación de VIH y SIDA entre el año 1990 a 2009 fue de 26.8 por 100.000 habitantes entre los 10 y 19 años de edad.

Claudia Zajer, ginecóloga de la Universidad Católica de Chile, afirma que, si bien la comunidad adolescente sexualmente activa le preocupa la prevención del embarazo, no es posible encontrar en sus conductas la misma precaución por protegerse del contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Considera que muchos de ellos no manejan la información necesaria y actúan de forma impulsiva, ignorando las consecuencias inmediatas o futuras que podrían acarrear. Algunos modos utilizados por adolescentes para prevenir el embarazo los deja expuesto a diversas ITS y resultan no ser completamente eficientes en la prevención de la concepción.

“Una de las prácticas comunes es el contacto genital no coital, o masturbación mutua, la que no debe considerarse como totalmente segura para evitar embarazo ni ITS. El coito interrumpido es otra situación frecuente y debe recalcarse que no constituye un método anticonceptivo válido y que pone a las pacientes en riesgo de embarazo y de ITS. Del mismo modo la relación anal, menos frecuente en nuestro medio todavía, puede predisponer a infecciones y a secuelas coloproctológicas a largo plazo. El sexo oral, de práctica más frecuente en nuestro medio, también puede asociarse a infecciones como el VIH o el herpes” (Zajer, 2010, citada en Red de Salud UC, 2010).

2.3 Apego

Hoy en día se entiende que el desarrollo psicológico y social del niño depende de las relaciones socio-afectivas que éste genera a lo largo de su ciclo vital hasta la adultez y del vínculo que se establece entre el niño y su(s) cuidador(es) primario(s); idea que ha sido muy desarrollada por lo que hoy conocemos como la Teoría del Apego, la cual se ha formado poco a poco luego de diversos cambios ontológicos, epistemológicos, etc. a lo largo de las décadas. A continuación, se destacan aquellos aspectos de la teoría que resultan relevantes para los fines que propone la investigación.

2.3.1 Teoría del apego de Bowlby

La teoría del apego de John Bowlby, entiende el apego como la tendencia que poseen los seres humanos para crear fuertes lazos afectivos o vínculos entre sí. Estas conductas tienen el fin de alcanzar la cercanía de las figuras de apego, ya sea en momentos de temor, ansiedad o estrés y adquieren un status de sobrevivencia y auto conservación. Dichas conductas surgen a partir de representaciones mentales internalizadas y perduran hasta la vida adulta, siendo susceptibles a modificaciones y enriquecimiento desde las nuevas relaciones que se van generando a lo largo de la vida.

En la infancia, el apego y sus diferentes etapas se pueden observar de forma más concreta a través de las conductas que se producen durante la separación, las cuales Bowlby pudo detectar a través de sus estudios de separación materna prolongada en colaboración con James y Joyce Robertson (1967-1973), las cuales tienen similitud con un duelo (Montuori, S.f).

- Fase de protesta: Durante este periodo el niño está ansioso, enojado, llora intensamente, golpea y sacude su cuna, busca a su madre, tiene expectativas de que vuelva pronto, pregunta por ella y se niega a recibir ayuda o consuelo de otras mujeres que se le acerquen, rechazándolas. Tiene esperanzas de que su madre vuelva y con su protesta intenta por todos los medios recuperarla.
- Fase de desesperación: Durante esta fase el niño o niña llora con menos intensidad y de forma más monótona, se encuentra distante y con pocas esperanzas de que la madre vuelva, no se conecta con el medio que lo rodea, y aparenta sentirse deprimido.
- Fase de desapego: En esta fase desaparece la excitación psicomotriz, el niño o niña deja de llorar y empieza nuevamente a interesarse por el medio que lo rodea, parece como si se estuviera recuperando. Ya no rechaza a las enfermeras u otras personas desconocidas a su cargo, sonrío y está más sociable. Pero cuando la madre viene a visitarlo se encuentra con un niño cambiado, que parece haber perdido todo interés en ella, parece no reconocerla, se mantiene indiferente, apático y distante. Sin embargo, periódicamente se observan sollozos, ataques de agresividad, no desea compartir sus juguetes con los otros niños y los esconde para que no se los quiten. Ya no se lo ve más ansioso frente al cambio de enfermeras, idas y venidas de los padres, ya no hace más caprichos, ya no le tiene más miedo a nadie, ni le importa nadie. Si hay una sucesión de múltiples cuidadores no establece más que relaciones superficiales, se

vuelve centrado en sí mismo, en los objetos y narcisista. Estas conductas resultan un mal pronóstico para su futura capacidad de establecer vínculos.

- La vuelta a casa: Luego de una separación el niño tiene dificultad para reestablecer la relación con la madre. Se le ve alterado emocionalmente, cambiado hasta el punto que en un primer momento parece no reconocer a su madre, no estar interesado en ella y reconciliarse le llevará un tiempo. La relación con el padre se ve menos afectada.

2.3.2 Estilos de apego

En la década de 1960-70, Mary Ainsworth, basándose en los planteamientos de John Bowlby, desarrolló el experimento de la situación extraña (Strange Situation) para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración bajo condiciones de alto estrés (Oliva, 2004). El experimento consiste en que el niño de entre 12 y 20 meses de edad es instalado en una habitación con dos sillas y algunos juguetes ubicados en un sitio más alejado de la sala. La situación consta de ocho etapas de separación y reunión con la figura de apego, con alternaciones de 3 minutos, en las que en algunas situaciones aparece una figura extraña en la sala. “Se realizan dos separaciones y dos reuniones con la figura de apego, que tratan de activar y desactivar el sistema de apego, y se observa cómo organiza el menor su conducta en relación con el adulto” (Román, 2011).

Este experimento permitió observar las diferencias que tenían los niños entre sí en el modo de reaccionar frente a la separación y la presencia de algún extraño, estas conductas aparecieron en forma de patrón en algunos niños, dependiendo de cómo fuera el vínculo entre éste y su madre. De esta observación Ainsworth describió tres patrones de apego (Oliva, 2004), que si bien no serán los constructos principales a utilizar a lo largo de la investigación, es necesario aclarar en qué consiste cada uno:

- Niños de apego seguro: Inmediatamente después de entrar en la sala de juego, los niños se sentían seguros de explorar con la madre presente, y cuando ésta salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y manifestaban estar afectados. Su regreso les alegraba y se acercaban buscando contacto físico, para luego seguir explorando la sala. La madre es responsiva, sensible y disponible, convirtiéndose en una base segura para que el niño explore.

- Niños de apego inseguro-Evitativo: Los niños que mostraron este patrón se comportaron de manera muy independiente en la situación experimental. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, pero sin recurrir a la madre como base segura, ya que la mayor parte del tiempo la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactarse físicamente con ella a su regreso, incluso rechazaban su acercamiento. Se trata de niños con dificultades emocionales y madres insensibles a las peticiones del niño, incluso rechazantes.
- Niños de apego inseguro-ambivalente: Los niños se mostraban muy preocupados por el paradero de sus madres, por lo que eran casi incapaces de explorar la sala. Pasaban un mal rato cuando ésta salía de la habitación, y cuando la madre volvía, vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. La madre se comporta sensible y distante en diferentes situaciones, lo cual provoca que el niño se sienta inseguro sobre la disponibilidad de la figura de apego.

Posteriormente, Mary Main clasifica las tres categorías anteriormente descritas en una, llamada “Apego Organizado”, para agregar una cuarta categoría de “Apego desorganizado”.

- Apego desorganizado: Los niños que presentan este estilo de apego no tienen la capacidad de manejar la angustia ante la separación y no buscan consuelo cuando la madre regresa. La conducta de los niños es impredecible cuando se trata de la cercanía o lejanía de la madre; tienen conductas contradictorias, por ejemplo: se acercan a la madre y se quedan a mitad de camino paralizados, o a veces con los brazos elevados. Muestran una falta de estrategias para satisfacer sus necesidades de seguridad y consuelo (Fernández, 2002).

2.3.3 Modelos Operativos Internos: La era representacional del Apego.

“El apego se manifiesta a través de patrones de conducta específicos, pero los patrones en sí mismos no constituyen el apego. El apego es interno... Este algo internalizado que llamamos apego tiene aspectos de sentimientos, de memorias, de deseos, de expectativas, y de intenciones, todos los cuales...sirven como una especie de filtro para la percepción e interpretación de la experiencia interpersonal, como un molde que

configura la naturaleza de una respuesta externamente observable” (Ainsworth, 1967, pág. 429, citada en Fernández, 2002).

El modo en que la figura principal se relaciona con el niño o niña permitirá la formación de los modelos representacionales de apego de éste, el cual lo acompañará durante todo su desarrollo y hasta cierto punto determinará cómo se relacionará con su entorno en la adultez. En la infancia temprana (1-3 años) los estilos de apego pueden ser observados de forma más concreta mediante la conducta, ya sea el enojo, llanto, etc., pero a medida que la persona crece y desarrolla niveles más abstractos de pensamiento y capacidad verbal para manifestar sus experiencias internas e interactúa con una red social más amplia, medir o visualizar estos patrones, que serán llamados Modelos Operativos Internos, se vuelve más complejo (Pinedo & Santelices, 2006).

Los Modelos Operativos Internos (MOI) se construyen desde el tipo de dinámica relacional que la persona tiene con sus figuras de apego y el entorno dentro del cual se desenvuelve. Se definen como representaciones, mapas cognitivos, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo y de su entorno, los cuales surgen a partir del modo en que el adulto o figura de apego se relacionó con el niño(a) en la infancia y sirven para organizar la experiencia subjetiva, cognitiva, afectiva y adaptativa (Rozenel, S.f).

Los modelos Operativos Internos componen un mapa representacional dinámico, el cual permite a la persona entrar en una realidad compartida, donde cada persona que la integra tiene motivaciones diferentes, susceptibles de interpretación por el otro, por lo tanto, varios MOI pueden coexistir en una misma persona, tanto de sí mismo como de los demás. Los MOI permiten al individuo la posibilidad de percibir acontecimientos, pronosticar el futuro y construir planes (dirigen la conducta) (Morales & Santelices, 2007), además de constituir la base de la propia identidad y la autoestima (Oliva, 2004).

Según Bowlby (1980), diferentes conductas de la figura de apego producirán diferentes representaciones mentales en relación a la proximidad o lejanía de ésta. Las posibles respuestas del cuidador irán formando lo que se conoce como apego seguro, inseguro evitativo o ambivalente. Sin embargo, los modelos operativos internos no precisan necesariamente de la figura de apego para ser formados, ya que significaría el surgimiento de un modelo representacional en torno a la ausencia y la falta de respuesta del cuidador (Oliva, 2004).

Los MOI poseen una gran influencia en las relaciones que la persona formará en la adolescencia y posteriormente en la vida adulta, debido a que las representaciones adquiridas durante la niñez son relativamente estables y predecirían el comportamiento de la persona en algunas situaciones. Mary Main y colaboradores (1985) crearon el “Adult Attachment inventory” (AAI) para medir los modelos operativos parentales en relación con el apego a través del análisis de la interpretación y valoración de sus experiencias de apego (Oliva, 2004), comprobando que los patrones de apego se transmiten de generación en generación a través de los modelos internos construidos durante la infancia y reelaborados posteriormente, teniendo una predictibilidad de hasta un 80% (Fonagy, 1991) y según Benoit y Parker (1994), hasta en tres generaciones posteriores.

“Este aspecto es muy importante, ya que como señala Bretherton (1985) lo importante no es el tipo de relación que el adulto sostuvo durante su infancia con las figuras de apego, sino la posterior elaboración e interpretación de estas experiencias” (Oliva, A. 2004).

Sin embargo, no debemos pensar debido a la evidencia anterior que la transmisión generacional del apego sea un hecho que ocurre sin excepciones. Existen muchos factores en la vida de la persona que hacen que los modelos representacionales se nutran y transformen, como por ejemplo una relación amorosa exitosa o la propia experiencia de maternidad/paternidad, las cuales pueden hacer que el individuo re-elabore su experiencia de infancia en torno a modelos operativos internos que se acercan más a un apego seguro. Mientras más claridad exista en la narración de la historia de las relaciones de apego de la persona, existiría un mayor grado en el desarrollo del propio modelo de organización representacional (Bowlby, 1973. citado en Morales & Santelices, 2007).

2.3.4 Apego en la Adolescencia

Los adolescentes se encuentran en un proceso de encontrarse a sí mismos, y el entorno podría propiciar las oportunidades que estos tienen de experimentar situaciones nuevas, principalmente generando nuevos lazos de amistades, abriéndose cada vez más diversos entornos. Cómo reaccionará el adolescente frente a estos estímulos dependería de sus propios

recursos, la autoestima y el apoyo familiar que estos posean (entre otros factores), los cuales pueden ser factores protectores o de riesgo, dependiendo del caso.

Una de las corrientes teóricas cada vez más utilizadas para abordar el tipo de relaciones y conductas que se generan durante la adolescencia es la teoría del apego, la cual en un principio explicó principalmente la relación establecida entre el niño y su figura de apego, para luego expandirse a etapas evolutivas posteriores como la adolescencia, donde el significado y expresión de los procesos de apego sufre profundas modificaciones (Oliva, 2011).

Durante la adolescencia opera un tipo de pensamiento formal, el cual permite a los jóvenes pensar de maneras cada vez más complejas acerca de la relación que mantienen con sus figuras de apego, siendo capaces de analizarlas de una forma más realista, cuestionarlas o compararlas con otras formas de apego deseables (Allen, 2008. citado en Oliva, 2011), es entonces cuando las representaciones de apego se conforman como una organización global integrada relativamente estable, las cuales predecirán el comportamiento del adolescente. Es por esto que la actitud hacia los padres cambia y cada vez existe un mayor distanciamiento, lo que provoca conflictos que reflejan la constante pugna interna del adolescente que por un lado desea ser independiente y explorar su entorno, pero por otro aún desea que sus figuras parentales estén disponibles y les brinden apoyo, o sea, aún son vistos como una persona ante la cual pueden acudir en momentos de estrés. La función del apego cambia de ser una fuente de protección física, a un elemento regulador del estrés emocional (Oliva, 2011).

Como se mencionó anteriormente, en la adolescencia los modelos representacionales de apego se enriquecen con nuevas relaciones que se forman, orientándose en mayor medida hacia los amigos y pares, quienes son vistos como un igual que los comprende y apoya. Bukowsky, Hoza y Boivin (1994) definen las relaciones de amistad en base a la compañía, apoyo, seguridad y cercanía, visión que no se aleja mucho de la concepción de apego en la infancia, encontrándose las dimensiones de proximidad, base segura, búsqueda de refugio emocional y ansiedad ante la separación (Delgado, Oliva & Sánchez, 2011). Este distanciamiento de los padres puede ser vivido de distintas formas por cada adolescente dependiendo del estilo de apego que este haya desarrollado a lo largo de su vida y cómo estos modelos operativos internos se han conformado en la actualidad, ya que sentarán los lineamientos de cómo los jóvenes enfrentarán el mundo, del mismo modo que se convertirán en un factor predictor de conductas riesgosas, como la conducta sexual temprana de riesgo. La

sexualidad es uno de los aspectos que se comienza a desarrollar en la adolescencia, ésta cumple dos funciones: Búsqueda de afecto e intimidad, lo que los lleva a buscar relaciones de pareja, desplazando hacia ésta ciertos aspectos de sus representaciones de apego (Gómez, 2005).

Los adolescentes que tengan representaciones de apego cercanas a lo seguro probablemente vivirán esta etapa de una forma más equilibrada, encontrando consensos con sus padres entre las exigencias y la necesidad de independencia. Los padres mostrarían una mayor sensibilidad frente a las emociones de los jóvenes, convirtiéndose el MOI en un factor protector en el adolescente (Oliva, 2011), ya que existiría un bienestar psicológico, amistades de buena calidad, una buena adaptación y estabilidad en ésta etapa (Gómez, 2005). Lo que les permitiría a los adolescentes tener este bienestar sería la capacidad para percibir, etiquetar, expresar y regular sus emociones (Oliva, 2011). De igual forma, los adolescentes con representaciones de apego seguro presentarían menos conductas sexuales riesgosas, por ejemplo: Mantendrían menos relaciones paralelas a la “original”, iniciarían su sexualidad de forma tardía, tendrían menos parejas sexuales y utilizarían con más frecuencias métodos anticonceptivos (Moore, 2011. En Gómez, 2005).

Según Tracy et. Al. (2003) los adolescentes con apego seguro disfrutarían más de las relaciones amorosas y la experiencia erótica, también tendrían mayor facilidad para expresar sus emociones. En cuanto al inicio sexual, las principales motivaciones para el acto serían la expresión de amor por la otra persona. Según Miller (2002), aquellos adolescentes con MOI cercanos al apego seguro, habrían hecho un menor uso de sustancias durante las relaciones sexuales. También existen investigaciones (Gómez, 2005) que no han encontrado evidencia consistente para argumentar que el apego seguro sería un factor protector ante las conductas sexuales, manifestando que los adolescentes que participaron de su investigación comprendían el mayor porcentaje de personas con experiencias sexuales, contradiciendo lo que otros autores exponen. Esto puede explicarse debido a que los modelos representacionales de apego no funcionan de forma uniforme en todos los individuos y son dinámicos.

Cuando existen representaciones de apego que tienden a lo inseguro, los problemas con los padres no se resuelven de forma productiva y prima la “retirada” como estrategia de enfrentamiento, los adolescentes poseerían una menor implicación afectiva con su entorno, tendiendo al rechazo (Oliva, 2011).

En cuanto a los adolescentes con un estilo Inseguro preocupado o ambivalente, tendrían discusiones muy intensas, pero sin resolución. Poseerían una mala percepción (la cual generalmente es exagerada) de la relación con sus pares y baja autoestima, lo que lleva a una baja autonomía y capacidad para resolver problemas. Esto produciría ansiedad al momento de relacionarse con otros, y en relaciones de pareja se darían celos e inseguridad injustificados. Primaría una afectividad negativa, viéndose muchas veces desbordados por sus emociones, pudiendo presentar cuadros depresivos y ansiosos. Este modelo representacional permitiría el desarrollo de conductas riesgosas (delinquir, consumo de sustancias) sólo si existe un contexto social y familiar que propicie esta situación, en cambio, si existe un entorno saludable, el adolescente se verá influenciado por éste, mermando las conductas conflictivas (Allen et. Al. 2006. Citado en Oliva, 2011).

En cuanto a las relaciones de pareja: “la vigilancia ante la expectativa de abandono puede generar relaciones obsesivamente comprometidas que priorizan la preservación del vínculo afectivo, pudiendo dar lugar a la exposición a situaciones de riesgo en las relaciones sexuales” (Brennan y Bosson, 1998; Hazan y Zeifman, 1994; Stephan y Bachman, 1999, citados en Gómez, 2005).

Estos jóvenes podrían iniciar su sexualidad de forma precoz, utilizando como motivo principal el mantener consigo a la pareja (temor a ser abandonados). También existiría un mayor uso de sustancias al momento de mantener relaciones sexuales como forma de disminuir la ansiedad frente al posible rechazo en la intimidad, lo cual puede conducir a otras situaciones riesgosas, como el embarazo o transmisión de infecciones.

Aquellos adolescentes que han construido un modelo operativo interno que se acerca a lo evitativo o autosuficiente a menudo tienen una percepción negativa del resto (no de sí mismos), lo que conduciría a una comunicación distorsionada, siempre sesgada por la desconfianza hacia el otro. Esta desconfianza provocaría que la persona se aleje y evite tener relaciones íntimas, mostrándose distantes y sin compromiso emocional, rehusando a pedir ayuda cuando se sienten angustiados; generalmente son percibidos como personas frías. Estos adolescentes a menudo tienen una iniciación sexual precoz, la cual tiende a la promiscuidad (Oliva, 2011). Tienden a tener más relaciones sexuales casuales, siendo el principal motivo de iniciación sexual el hecho de perder la virginidad (Gómez, 2005). Estos adolescentes presentarían las

tasas más altas de trastornos de conducta, trastornos alimentarios, y consumo de sustancias (Brown & Wright, 2003. citados en Oliva, 2011), cosa que en personas con este estilo de apego es preocupante, ya que serían menos susceptibles a la influencia de su entorno familiar y social.

2.4 Autoestima

La autoestima es una variable psicológica que ha sido definida como:

“La valoración, la opinión y el sentimiento que cada uno tiene acerca de si, de los propios actos, valores y conductas; es la actitud hacia uno mismo y, como tal, es la forma de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo” (Alcántara, 1993, pág. 25).

Diversos estudios han determinado que las opiniones o autovaloraciones que los individuos hacen de sí mismos repercuten en su desarrollo, incluyendo no sólo los juicios cognoscitivos sobre sus capacidades, sino también las reacciones afectivas ante estas autoevaluaciones. “Por lo tanto, la autoestima se considera esencial en tanto se traduce en un juicio personal sobre el propio valor que se expresa en las actitudes del individuo” (Benaim, 2005, pág. 3).

Así mismo, la autoestima se encuentra en directa relación con el autoconcepto, estos dos conceptos desempeñan un rol relevante en la vida de las personas.

“El autoconcepto favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde el que interpreta la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y la motivación, contribuye a la salud y al equilibrio psíquico. Por lo tanto, la autoestima es la clave del éxito o del fracaso para comprendernos y comprender a los demás y es requisito fundamental para una vida plena. La autoestima es la reputación que se tiene de sí mismo. Tiene dos componentes: sentimientos de capacidad personal y sentimientos de valía personal” (Fanning & MCKay., 1999, pág. 16).

En otras palabras, la autoestima es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo. Al respecto, Rosenberg (1996), señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa

hacia sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.

Rosenberg establece tres niveles para la medición de autoestima:

- Autoestima elevada: Se encuentra entre los parámetros de normalidad y se destaca por competencia, confianza y sentimientos positivos.
- Autoestima media: Se caracteriza por disponer de un grado aceptable de confianza en sí mismo. Sin embargo, presenta oscilaciones entre la aprobación y el rechazo del sí mismo.
- Autoestima baja: Se presentan sentimientos de inseguridad e incapacidad con respecto a sí mismo. Carecen de dos elementos fundamentales como son la competencia por un lado y el valor, el merecimiento, por el otro. Existe una mayor predisposición al fracaso ya que se concentran más en los inconvenientes y los obstáculos que en las soluciones.

2.4.1 Autoestima en la adolescencia

Desde el inicio de la pre adolescencia y los primeros años de la adolescencia, los individuos experimentan cambios en su autoestima debido a que en esta etapa se ven expuestos a diversas situaciones, entre las que se encuentran los cambios biológicos y la necesidad de ajuste psicológico y estabilidad emocional, además de una mayor conciencia respecto de aspectos de su personalidad.

Los individuos que presentan una mayor autoestima saben afrontar mejor los acontecimientos y tienen una respuesta más adaptativa a los fracasos y un concepto más positivo de sí mismos. En cambio, aquellos adolescentes con niveles bajos de autoestima son más vulnerables al impacto de los acontecimientos cotidianos.

“Entre las actitudes y conductas que se asocian a baja autoestima o autoconcepto y son un riesgo para los problemas de salud, destacan un menor rechazo en los adolescentes a mantener relaciones sexuales sin protección” (Salazar et al., 2004, citado en Rodríguez & Caño, 2012, pág. 6).

2.5 Funcionamiento Familiar

La familia es definida según el congreso nacional de Chile como un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción, que viven juntos por un período indefinido de tiempo.

Vista desde una perspectiva sistémica, la familia como grupo natural, a través del tiempo va elaborando pautas de interacción que constituyen su estructura, la cual rige el funcionamiento de sus miembros, facilita la interacción recíproca y define una gama de conductas posibles. Es un sistema social abierto, el cual está en constante interacción con el medio natural, cultural y social. Conforman un micro grupo con dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, lo cual es de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad de sus miembros (Carrasco, S.f).

Tanto en Chile como en otros países se ha observado una variación de las características de la familia de acuerdo a su conformación e institucionalización. Una gran parte de las familias son biparentales, pero a pesar de esto existe una creciente cantidad de hogares que son monoparentales y de autoridad femenina, esto debido a separaciones, embarazos precoces o convivencia a corto plazo, lo cual deja a la mujer y a sus hijos en condiciones desfavorables y se constituye en un elemento de vulnerabilidad para futuras conductas de riesgo de los hijos (Florenzano, 2005., Santander, Zubarew & Santelices, 2008).

Todas las familias a lo largo de su ciclo vital se ven enfrentadas a dificultades y cambios; a partir de esto van desarrollando fortalezas y capacidades básicas para promover su crecimiento unitario y el de cada uno de sus miembros, así como para protegerse en los momentos de transición y cambio. El nivel de adaptabilidad o de vulnerabilidad de la familia y de sus miembros a la crisis, en respuesta a un evento estresante o a una transición, depende de la interacción de varios factores como: El tipo de relaciones que mantienen sus miembros, el estilo de afrontamiento de los problemas, las fuentes de apoyo del adolescente y de su familia, los valores y creencias de la familia, la acumulación de tensiones y estresores, y los recursos de la familia para resistir las tensiones. Se han encontrado características que presentan las familias más vulnerables en situaciones de crisis, estas son: Escasa vinculación afectiva y baja flexibilidad, sus miembros vacilan en depender del apoyo y comprensión de la familia, prefieren confiar en personas ajenas a ella, predomina un estilo de comunicación cerrado (se resisten al

compromiso mutuo, evaden la responsabilidad y no involucran a la mayoría de los miembros en las decisiones que los afectan a todos) (Hernández, 1996).

2.5.1 Funcionamiento familiar y adolescencia.

La etapa en la cual la familia se enfrenta a hijos adolescentes es considerada por diversos autores como una de las más difíciles dentro del ciclo familiar, el sistema relacional se enfrenta a intensos cambios en uno o más de sus miembros. En esta etapa las tareas parentales son difíciles, los padres deben aceptar el crecimiento y desarrollo de su hijo/a y darle progresivamente las condiciones para que se desarrolle y pueda llegar a decidir personalmente su futuro laboral, sexual y familiar. Las opciones que el adolescente toma en algunos momentos pueden coincidir o no con las expectativas de los padres, lo que produce conflictos que para muchas familias son difíciles de manejar y aceptar (Carrasco, S.f).

La familia es el principal agente socializador y cumple varias funciones importantes en el desarrollo de sus miembros, modela sentimientos, ofrece patrones de conductas, pautas y normas de convivencia. Dentro de ésta los padres o adultos significativos son figuras muy importantes, esto debido a la influencia que ejercen ante sus hijos en diferentes ámbitos, como por ejemplo, en la ayuda al desarrollo de hábitos de vida, en la forma de expresar afectos, en la manera de relacionarse con los demás, resolver conflictos y de desarrollar conductas de autocuidado. Así la familia juega un rol primordial en la prevención de conductas de riesgo, siendo el primer agente protector y facilitador del desarrollo sano en el adolescente, en cuyo interior se educa y su grado de funcionalidad permitirá que éste se convierta en una persona autónoma, capaz de enfrentarse e integrarse a la vida (Florenzano, 2005).

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo general

Describir la relación entre autoestima, representaciones de apego, percepción del funcionamiento familiar con la presencia de conducta sexual temprana de riesgo en adolescentes de entre 14 y 19 años, pertenecientes a la región de Valparaíso.

3.1.2 Objetivos específicos

- Conocer si existen conductas sexuales tempranas de riesgo en la muestra.
- Identificar el nivel de autoestima presente en adolescentes pertenecientes a la muestra.
- Evaluar cómo son las representaciones de apego en la muestra de adolescentes.
- Conocer cómo son las representaciones del funcionamiento familiar de los adolescentes.
- Describir la relación entre las variables: Conducta sexual temprana de riesgo y autoestima.
- Describir la relación entre las variables: Conducta sexual temprana de riesgo y representaciones de apego.
- Describir la relación entre las variables: Conducta sexual temprana de riesgo y la percepción del funcionamiento familiar.

3.2 Hipótesis

3.2.1 Hipótesis de investigación (Hi)

Hi a: La presencia de conductas sexuales tempranas de riesgo se relaciona con la presencia de un nivel bajo de autoestima.

Hi b: La presencia de conductas sexuales tempranas de riesgo se relaciona con las representaciones de apego inseguro de los adolescentes.

Hi c: La presencia de conductas sexuales tempranas de riesgo se relaciona con la percepción de funcionamiento familiar vulnerable.

3.2.2 Hipótesis nula (H0)

H0 a: La presencia de conductas sexuales tempranas de riesgo no se relaciona con la presencia de un nivel bajo de autoestima.

H0 b: La presencia de conductas sexuales tempranas de riesgo no se relaciona con las representaciones de apego inseguro de los adolescentes.

H0 c: La presencia de conductas sexuales tempranas de riesgo no se relaciona con la percepción de funcionamiento familiar vulnerable.

3.2.3 Hipótesis alternativa (H1)

H1 a: Existen otras variables asociadas a las conductas sexuales tempranas de riesgo, que se relacionan con la presencia de un nivel bajo de autoestima.

H1 b: Existen otras variables asociadas a las conductas sexuales tempranas de riesgo, que se relacionan con las representaciones de apego inseguro de los adolescentes.

H1 c: Existen otras variables asociadas a las conductas sexuales tempranas de riesgo, que se relacionan con la percepción de funcionamiento familiar vulnerable.

3.3 Pregunta de investigación

¿Existe relación entre las representaciones de apego, autoestima, percepción de funcionamiento familiar con la presencia de conductas sexuales tempranas de riesgo en adolescentes de entre 14 y 19 años, pertenecientes a la región de Valparaíso?

3.4 Justificación de la metodología.

Se seleccionaron tres cuestionarios específicos para la recolección de datos por estar todos validados en Chile, además de especificar sus resultados en tres de los cuatro factores a analizar en la investigación, siendo éstos: Adolescent Attachment Questionnaire (AAQ), el cual mide las representaciones de apego en adolescentes; La Escala de Autoestima de Rosenberg, donde se evalúa el nivel de autoestima; y el cuestionario ¿Cómo es tu familia?, el cual arroja datos sobre la percepción de los adolescentes respecto a las relaciones entre los integrantes

de su propia familia. Por otra parte, se confeccionó el cuestionario de Conducta Sexual Temprana de Riesgo, abordando de esta forma los cuatros factores a contrastar.

La aplicación de los cuestionarios anteriormente mencionados es una forma de acceder a la información necesaria de manera simple y rápida, con las respuestas dadas directamente por los adolescentes que componen la población estudiada, asegurando la confidencialidad de la información individual y dando así un espacio de confianza para respuestas honestas.

En consideración a que los datos de los cuestionarios son principalmente cualitativos, los resultados serán relacionados por medio del estadístico Chi cuadrado, el cual entrega la relación entre dos variables categóricas. Esta prueba contrasta frecuencias observadas con las frecuencias esperadas de acuerdo a la hipótesis nula, sin especificar en qué sentido se presenta dicha relación. X^2

3.4.1 Justificación social

Los resultados del estudio “Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile” (2009-2010), realizado por la consultora CulturaSalud para el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, dieron cuenta sobre el poco énfasis en la educación sexual como estrategia para la prevención de la transmisión de ITS (Infecciones de transmisión sexual) y/o embarazos no deseados. Tras esto subyace la idea de que los/as adolescentes no “deben” tener una sexualidad activa, y que educarlos en estas temáticas podría contribuir a aumentar una cultura de excesiva libertad sexual. Ante la falta de información y educación respecto a la sexualidad, estudios realizados han arrojado porcentajes alarmantes sobre la conducta sexual temprana de riesgo en adolescentes: El 43,3% de los adolescentes declara haber tenido relaciones sexuales; 14.3% en menores de 13 años, 40.3% entre 13-16 y 60.8% en mayores de 16 años, encontrando relaciones como la influencia de hogares disfuncionales, problemas relacionales y falta de servicios cercanos.

Considerando lo anterior, se hace necesario investigar cuáles son los posibles factores de riesgo en los que a futuro se pueda intervenir con el fin de prevenir conductas sexuales tempranas de riesgo en adolescentes.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio cuantitativo, descriptivo relacional, ya que se pretende observar el tipo de relación existente entre Conducta sexual temprana de riesgo y las demás variables propuestas, en donde el cambio en una de estas, afectaría a la primera y viceversa. Es transversal porque la observación del fenómeno y su relación con las variables se realizan simultáneamente en un momento determinado. Y no experimental, porque no existe control intencional de las variables.

4.2 Población y Muestra

4.2.1 Población

Adolescentes de entre 14 y 19 años de la región de Valparaíso.

4.2.2 Muestra

404 estudiantes de enseñanza media del Instituto Superior de Comercio de Valparaíso (INSUCO).

4.2.3 Muestra estadística

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó el software "G Power 3.1.7. Para obtener un poder estadístico de .8, con un tamaño del efecto de .25 y $\alpha = 0.5$, se requiere un tamaño muestral de 398 personas.

4.2.3.1 Tipo de Muestra

La muestra es de tipo probabilística y aleatoria por conglomerados, debido a que la investigación requiere de un tamaño muestral representativo.

4.2.4 Criterios de Inclusión

- Adolescentes estudiantes de entre 14 y 19 años de la región de Valparaíso.
- Estudiantes pertenecientes al Instituto Superior de Comercio (INSUCO) de Valparaíso.

4.2.5 Criterios de Exclusión

- Adolescentes menores a 14 años y mayores a 19 años.

4.3 Instrumentos

4.3.1 Encuesta de conductas sexuales tempranas de riesgo

Es una encuesta que consta de 25 preguntas, la cual presenta los siguientes indicadores: Edad de inicio de conducta sexual, conducta sexual con consumo de sustancias, control de infecciones de transmisión sexual, número de parejas sexuales, embarazo, aborto y comercio sexual. Esta encuesta ha sido validada mediante juicio de experto, quienes midieron los siguientes aspectos: Pertinencia entre los objetivos de la investigación y los indicadores, pertinencia entre los indicadores y la variable de estudio, si los ítems del cuestionario están redactados de manera adecuada, y por último si existe pertinencia entre los indicadores y las dimensiones de la investigación.

Los criterios de medición para los factores mencionados son los siguientes:

- *Edad de inicio de conducta sexual con o sin penetración:* Preguntas 5 y 7, considerándose como riesgo las conductas realizadas antes y/o durante los 14 años de edad.
- *Conducta sexual con consumo de sustancias:* Pregunta 9, considerándose como riesgo haber respondido de forma afirmativa.
- *Control de ITS:* Pregunta 12, considerando como riesgo el haber respondido que no utilizaba ningún método para la prevención de ITS.
- *Número de parejas sexuales:* Pregunta 13. El número de parejas sexuales considerado como riesgoso sobre 3, de acuerdo a la media de la muestra estudiada (2,3).

- *Embarazo*: Pregunta 14, siendo riesgoso haber contestado de forma afirmativa. Este factor será utilizado sólo para datos descriptivos de la investigación.
- *Aborto*: Preguntas 18 y 19, siendo riesgoso haber contestado afirmativamente a al menos uno de los dos ítems. Este factor será utilizado sólo para datos descriptivos de la investigación.
- *Comercio sexual*: Preguntas 24 y 25, siendo riesgoso haber contestado afirmativamente a al menos un ítem.

Según lo revisado en las diversas investigaciones nacionales, si un adolescente presenta sólo una de cualquiera de las conductas a explorar en el cuestionario, ya existiría un indicador de riesgo. Por lo tanto, en consideración a los siete factores anteriormente mencionados, se decidió que el grado de riesgo se dividirá en dos niveles por factor: “Con riesgo” en caso de presentar dicha conducta, y “Sin riesgo” si no presenta conducta de riesgo. (Anexo 1).

4.3.2 Adolescent Attachment Questionnaire (AAQ).

Este instrumento será utilizado para medir las representaciones de apego en adolescentes. La validación del cuestionario en la población de adolescente chilena (Morán et al., 2014) arrojó una adecuada consistencia interna con valores de Alfa Cronbach de 0.74 en la escala de disponibilidad, 0.64 en la escala de adecuación de metas y 0.52 en la escala de señales de enojo y angustia.

El cuestionario posee 9 preguntas, las cuales responden a 3 escalas:

- *Disponibilidad*: Evalúa la confianza del adolescente en la disponibilidad y sensibilidad de la figura de apego. Se consideran valores normales cuando el puntaje de la escala es de 10-15 puntos.
- *Cooperación*: Evalúa la capacidad de consideración y empatía con las necesidades y sentimientos de la figura de apego. Se consideran valores normales cuando el puntaje de la escala es de 11-15 puntos (de 11 a 16 años) y de 12-15 puntos (17 a 20 años).
- *Señales de enojo y angustia*: Evalúa el monto de enojo y angustia en la relación padres-adolescente. Se consideran valores normales cuando el puntaje de la escala es de 0-8 puntos.

En base a lo anterior, se presume un apego seguro cuando al menos dos escalas se encuentran dentro de la norma y un apego inseguro, cuando en dos o más escalas se presentan valores que escapan a la norma. (Anexo 2)

4.3.3 ¿Cómo es tu familia?

Es un cuestionario diseñado con el objetivo de identificar indicadores de salud familiar y sus efectos sobre la salud integral del adolescente. Los factores que evalúan los cuestionarios son la adaptabilidad y la vulnerabilidad familiar, con el fin de que los resultados permitan hacer planteamientos de diagnóstico y de pronóstico que vayan más allá de la mera descripción cuantitativa de ciertas conductas familiares (Anexo 3). El cuestionario consta de 25 preguntas para los adolescentes y 30 preguntas para los padres. Tales preguntas pertenecen a los 8 factores asociados en la adaptabilidad y la vulnerabilidad familiar a la crisis, cada factor está dividido por sub factores. El Coeficiente Alfa de Cronbach oscila entre .51 y .81, siendo que la mayoría están entre .60 y .80, lo cual permite confiar en la consistencia de los distintos factores. Es importante destacar que, para esta investigación, se utilizó únicamente el cuestionario para adolescentes, y además se seleccionó una cantidad específica de factores y sub-factores a evaluar en consideración a su pertinencia con la temática del presente estudio, siendo estos:

- *Tipo de familia:* Pregunta 6 del cuestionario. Es la clasificación de la familia en alguna de las siguientes categorías:
 - a) Familia Completa: Si respondieron que en la familia viven con el padre y la madre. Para esta investigación el término utilizado será “Familia Biparental”.
 - b) Familia Extensa: Si respondieron que conviven personas de varias generaciones, es decir, padres, madres, abuelos, tíos u otros adultos.
 - c) Familia Mixta: Si respondieron que viven la madre y la pareja de la madre, o el padre y la pareja del padre. Para esta investigación el término utilizado será “Familia Reconstituida”.
 - d) Familia Incompleta: Si respondieron que viven sólo con el padre o la madre. Para esta investigación el término utilizado será “Familia Monoparental”.
 - e) Otra: Si las combinaciones de respuestas son diferentes a las descritas en las categorías anteriores.

Este factor fue considerado únicamente como dato descriptivo, siendo una base para caracterizar la población estudiada, sin influir en los valores que arrojan el nivel de riesgo de cada familia.

- *Número de miembros e hijos:* Pregunta 5 del cuestionario. Es el número marcado en cada respuesta, equivalente al número de personas e hijos que hay en la familia. Un mayor número de hijos representa un factor de mayor vulnerabilidad. En la muestra el promedio del número de miembros de la familia fue 4,5, por lo tanto, se considerará como factor de riesgo una cantidad de miembros que supere los 4 integrantes. Este factor fue considerado únicamente como dato descriptivo, siendo una base para caracterizar la población estudiada, sin influir en los valores que arrojan el nivel de riesgo de cada familia.
- *Cohesión familiar:* Pregunta 9, con ítems a, b y c. Es la suma de las respuestas a las preguntas, siendo que el puntaje del factor puede ir de 3 a 15. A mayor puntaje (puntaje igual o mayor a 7), mayor nivel de cohesión, es decir, mayor apego emocional, mayor sentimiento de unión y una más explícita expresión de afecto entre los miembros de la familia (menor vulnerabilidad). Por el contrario, puntajes bajos (puntaje igual o menor a 6), indican desligamiento afectivo, aspecto que se ha encontrado asociado con mayor propensión a dificultades emocionales y del comportamiento en diferentes personas de la familia (mayor vulnerabilidad).
- *Participación en la resolución de problemas.* Pregunta 9, ítems d y e. Es la suma de las respuestas a dichas preguntas. Su puntaje puede oscilar entre 2 y 10. A mayor puntaje (mayor o igual a 7 puntos), mayor grado de participación de los hijos en la solución de los problemas familiares, de compromiso y de unión familiar para afrontarlos (Menos vulnerabilidad). A menor puntaje (menor o igual a 6) mayor vulnerabilidad.
- *Comunicación Madre - hijo:* Pregunta 13. El puntaje en la comunicación con la madre se obtiene sumando las calificaciones dadas a los ítems a, b, c y d de la pregunta. Los más altos puntajes (mayor o igual a 13) indican un mayor grado de apertura de confianza y de satisfacción en la interpretación entre madre e hijo, lo cual le permitiría transmitir sus ideas y sentimientos sin reservas (menor vulnerabilidad), mientras que puntajes bajos (menor o igual a 12) representan mayor vulnerabilidad.
- *Comunicación Padre - Hijo:* Pregunta 15. El puntaje en la comunicación con el padre se obtiene sumando las calificaciones dadas a los ítems a, b, c y d de la pregunta. Los más altos puntajes (mayor o igual a 13) indican un mayor grado de apertura de confianza y de satisfacción en la interpretación entre padre e hijo, lo cual le permitiría transmitir sus

ideas y sentimientos sin reservas (menor vulnerabilidad), mientras que puntajes bajo (menor o igual a 12) representan mayor vulnerabilidad.

- *Rutinas familiares:* Pregunta 16. Suma de las respuestas a dicho ítem. Los puntajes altos (mayor o igual a 17) revelan un mayor grado de estructuración y organización de la vida familiar, lo que se traduce en mayor cohesión y estabilidad (menor vulnerabilidad). Puntajes bajos (menor o igual a 16) se asocian con la presencia de pocos espacios y escaso tiempo para compartir como familia, lo cual, en el caso de los adolescentes, favorece la búsqueda de afecto, apoyo y orientación en grupos ajenos a la familia, disminuyendo así el control por parte de los padres (mayor vulnerabilidad).
- *Búsqueda de apoyo social:* Pregunta 10, con ítems a y b. Suma de las respuestas de estos ítems. Los puntajes más altos (mayor o igual a 7) señalan que con mayor frecuencia la familia acude a la búsqueda de apoyo por parte de vecinos, parientes y amigos para enfrentar sus problemas (menor vulnerabilidad). Los puntajes bajos (menor o igual a 6) indican mayor vulnerabilidad.
- *Búsqueda de apoyo profesional:* Pregunta 10, ítems d y e. Es la suma de las respuestas dadas a cada ítem. Los puntajes altos (mayor o igual a 7) muestran que con frecuencia la familia acude a buscar ayuda de profesionales especializados en la solución de problemas que los aquejan (menor vulnerabilidad). Los puntajes bajos (menor o igual a 6) indican mayor vulnerabilidad.
- *Redefinición del problema:* Pregunta 10, ítems f y g. Es la suma de las respuestas a dicha pregunta. Puntajes altos (igual o mayor a 7), la redefinición hace referencia a la confianza que tienen los miembros de la familia en que cuentan por sí mismo con los recursos necesarios para afrontar la situación problema, la cual a su vez es definida por ellos como manejable o soluble (menor vulnerabilidad). Los puntajes bajos (menor o igual a 6) indicarían, por el contrario, que la familia no le ofrece garantías a sus miembros como una fuente eficaz de apoyo ante las dificultades (mayor vulnerabilidad).
- *Fuentes de apoyo del adolescente:* Pregunta 11, ítems a, b, c, d y e. Es la suma de las respuestas a los 5 ítems. Los puntajes altos (Mayor o igual a 15) indican que tanto el joven como sus padres tienen la percepción de que éste cuenta con suficientes fuentes de apoyo cuando se encuentra en dificultades (menor vulnerabilidad), en tanto que bajos puntajes (menor o igual a 14) revelarían un contexto de aislamiento y cierto desamparo del adolescente (mayor vulnerabilidad).
- *Valoración del Poder, dinero y sexo:* Pregunta 20, ítems c, d y e. Es la suma de las respuestas a estos ítems. Puntajes altos (mayor o igual a 8) revelarían que ejercer

influencia sobre los demás, tener mucho dinero y una vida sexual activa, son hechos valorados como muy importantes en la vida (mayor vulnerabilidad). Los puntajes bajos (menor o igual a 7), implicarían que estos aspectos son de poca importancia para la vida de esta persona (menor vulnerabilidad).

- *Valores morales*: Pregunta 20, ítems f, g, h, i y j. Es la suma de las respuestas a éstos ítems. Los puntajes indican el grado de importancia dados a los valores morales, relativos a la unidad familiar y al respeto personal. Puntajes altos (mayor o igual a 13) representan menor vulnerabilidad, puntajes bajos (menor o igual a 12) indican mayor vulnerabilidad.
- *Acumulación de tensiones*: Pregunta 23, suma de las respuestas a los ítems. El puntaje total representa la suma de eventos que se han presentado en la familia en el último año, más la intensidad con que le han afectado a la familia, siendo puntajes altos los mayor o igual a 41, representando mayor vulnerabilidad, y puntajes bajos (menor o igual a 40) los que representan menor vulnerabilidad.
- *Síntomas y problemas*: Pregunta 24, dándose que los ítems o y p, si son respondidos afirmativamente, llevan cada uno a otros tres ítems más del cuestionario. Es la suma de las respuestas afirmativas a cada ítem, sabiendo que cada Sí vale un punto, de modo que el total puede ir de 0 a 33. Puntajes altos (mayor o igual a 20), señalan la presencia de un importante número de síntomas y conductas de riesgo del adolescente. Los puntajes bajos (menor o igual a 19), serían indicadores de un mejor nivel de adaptación del adolescente.

4.3.4 Escala de autoestima de Rosenberg.

Esta se centra en medir la autoestima personal, y la valía del adolescente con respecto a sí mismo, según la validación chilena (Rojas- Barahona, Zegers & Foster, 2009), la confiabilidad arroja valores de Alfa de Cronbach 0.754. Si bien esta validación se realizó en adulto joven, la población original de la Escala de Autoestima de Rosenberg está enfocada a adolescentes (Manso-Pinto, 2010). Aunque en Chile no se ha realizado validación de la escala para la población adolescente existen diversos estudios que han evaluado autoestima adolescente y que la han validado (Anexo 4). Sus resultados se expresan en niveles de autoestima, los cuales son:

- *Autoestima elevada*: de 30 a 40 puntos. Considerada como autoestima normal.

- *Autoestima media*: de 26 a 29 puntos. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- *Autoestima baja*: menos de 25 puntos. Existen problemas significativos de autoestima.

4.4 Procedimiento

Al inicio de la investigación se seleccionaron los siguientes instrumentos de medición: Adolescent Attachment Questionnaire (AAQ), Escala de Autoestima de Rosenberg, cuestionario de la percepción de relaciones familiares ¿Cómo es tu familia? y Encuesta de conductas sexuales tempranas de riesgo. Esta última encuesta se confeccionó y validó a través de juicio de expertos ya que no existen cuestionarios actuales y validados en el país que midan y reporten las conductas sexuales tempranas de riesgo.

Posteriormente se inicia el contacto y coordinación con el establecimiento Instituto Superior de Comercio de Valparaíso (INSUCO). Para concretar la coordinación se solicita una carta firmada por el director de la Escuela de Psicología de la universidad (Anexo 5).

Luego se establecen los tiempos y fechas estimadas para exponer los detalles de la investigación, entrega y firma de los consentimientos informados (Anexo 6) y plazos para la aplicación de los cuestionarios.

La entrega de consentimientos informados a los padres/madres y/o tutores se realiza en las reuniones de apoderados en las primeras fechas de cada mes (octubre-noviembre). Solicitando a cada padre/madre y/o tutor evaluar junto a su hijo/a su eventual participación.

Se entregan a los alumnos asentimientos informados (Anexo 7) en donde se exponen los detalles de la investigación. A continuación, se realiza la aplicación de cuestionarios en las salas de computación del establecimiento vía online, desde principios de octubre hasta la primera semana de noviembre.

Se realiza contacto con el director del establecimiento y se solicita la firma de un documento en el cual acepta la utilización de los datos entregados por los estudiantes. (Anexo 8).

Al finalizar la aplicación de los cuestionarios y recolectar los consentimientos y asentimientos se procede a tabular los datos y a realizar el análisis de los mismos, por medio del programa IBM SPSS Statistics Versión 20.

Para finalizar la investigación, se realiza la discusión en base a los resultados obtenidos y finalmente, se desarrolla la conclusión del estudio.

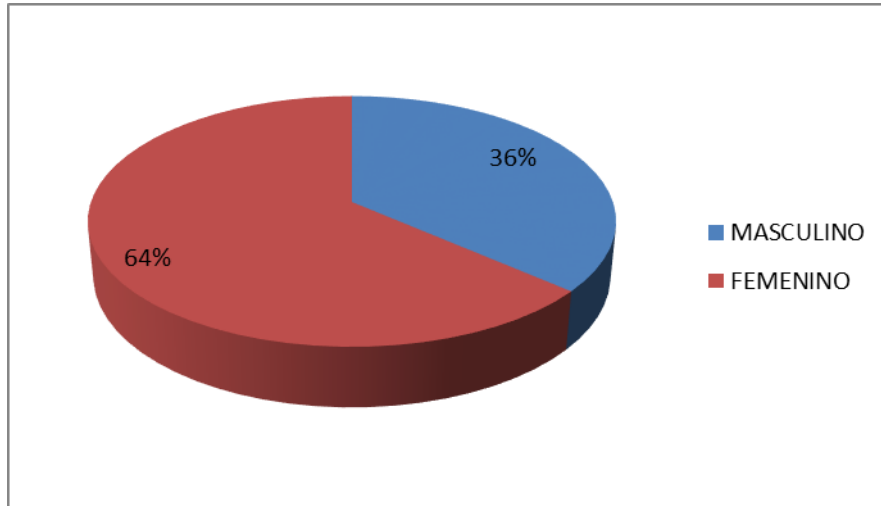
4.5 Método de análisis de los resultados

Luego de obtenidas las respuestas a los cuestionarios, estas se ingresan a una base de datos para su sistematización y posterior análisis utilizando el programa IBM SPSS Statistics Versión 20. Para el análisis de los datos se utilizará el estadístico no paramétrico Chi-cuadrado (X^2).

RESULTADOS

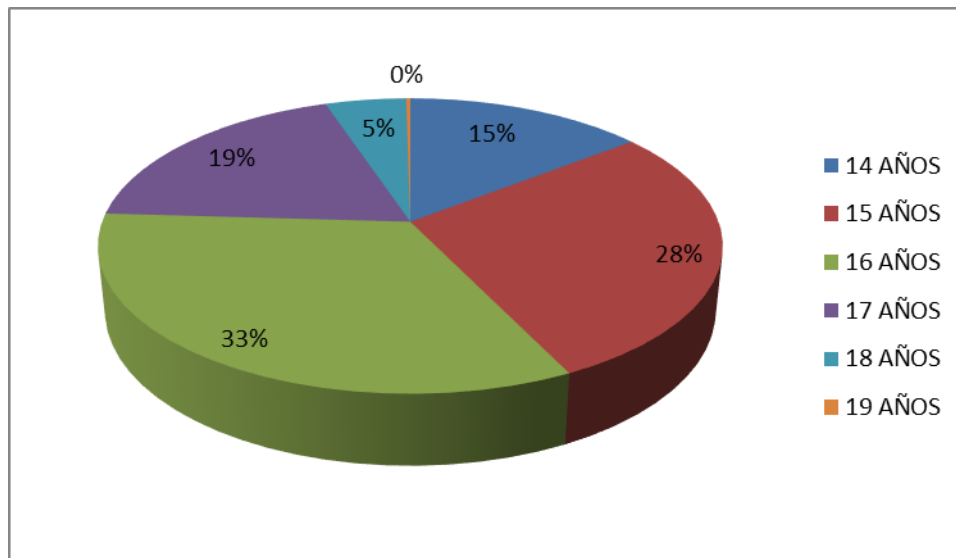
5.1 Caracterización de la población

Gráfico 1: Distribución de la muestra total según género.



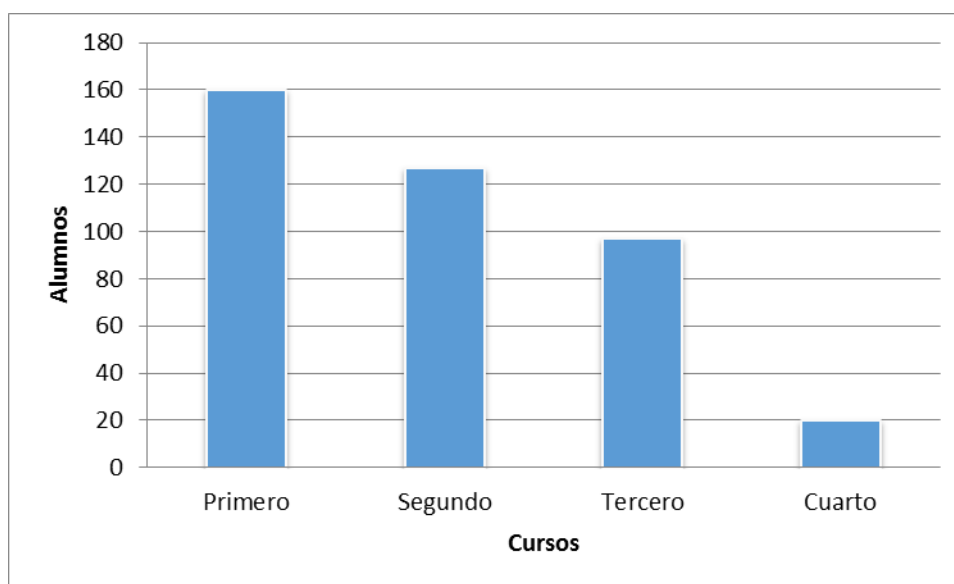
De un total de 404 personas, 257 son mujeres (64%), mientras que 147 son hombres (36%).

Gráfico 2: Distribución de la muestra total según edad.



Las edades de las personas que conforman la muestra fluctúan entre los 14 y 19 años, siendo 15, 16 y 17 años las edades que predominan (28%, 33% y 19% respectivamente).

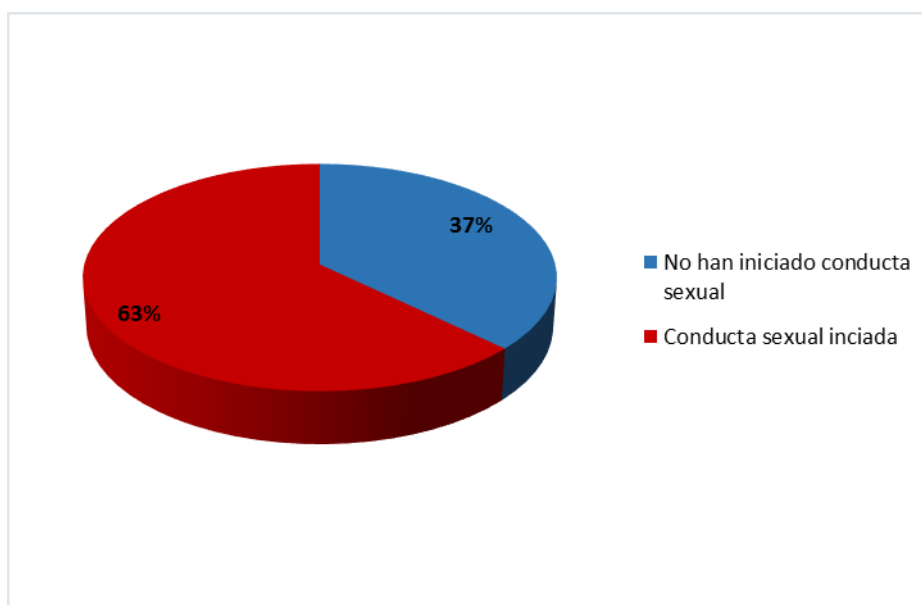
Gráfico 3: Distribución de la muestra total según curso.



Un mayor porcentaje de las personas que conforman la muestra cursan primer, segundo y tercer año de enseñanza media (160, 127 y 97 alumnos respectivamente).

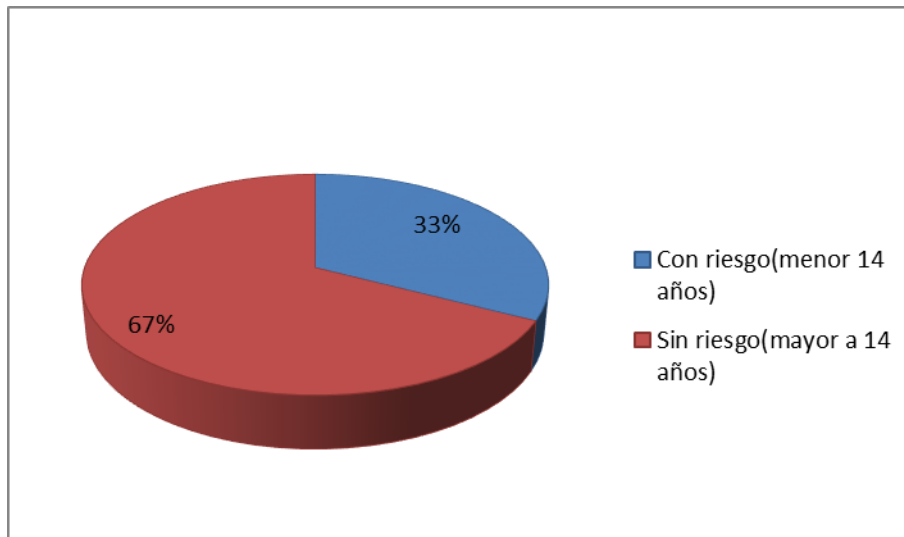
5.1.1 Presencia de conducta sexual de riesgo en muestra total según “Encuesta de conducta sexual temprana de riesgo”

Gráfico 4: Distribución de la muestra total según inicio de conducta sexual.



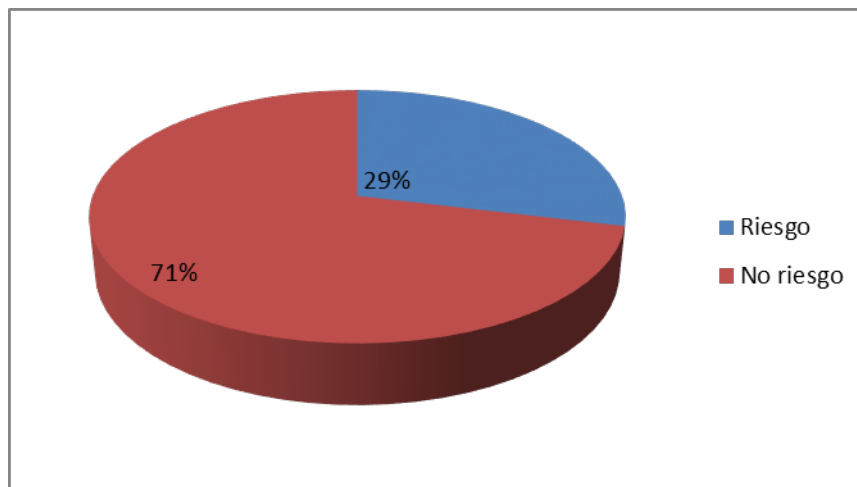
El 63% de la muestra total ha tenido algún tipo de conducta sexual con o sin penetración anal y/o genital, mientras que el 37% reporta lo contrario.

Gráfico 5: Distribución de la muestra según edad de inicio de conducta sexual.



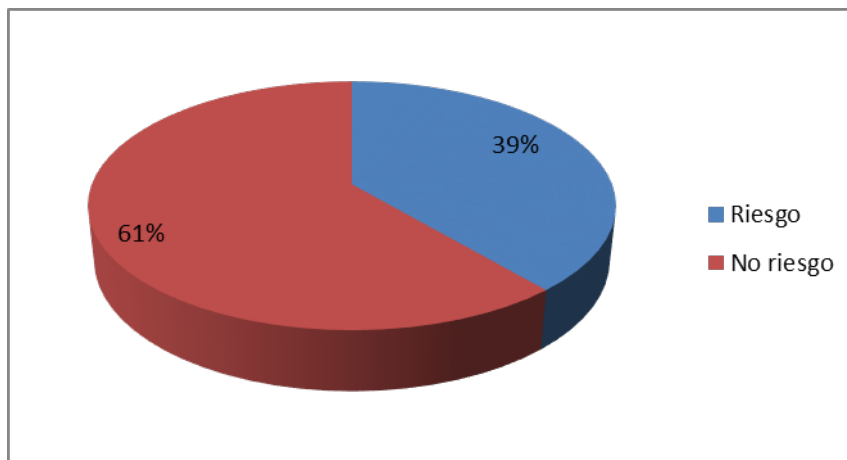
Del total de personas que han iniciado conductas sexuales en la población estudiada, se observa que un 67% de la muestra ha iniciado conductas sexuales con o sin penetración después de los 14 años, lo cual no representa una conducta de riesgo según la literatura, mientras que un 33% de la muestra ha iniciado dichas conductas durante o antes de los 14 años.

Gráfico 6: Distribución de la muestra según edad de inicio sexual en mujeres.



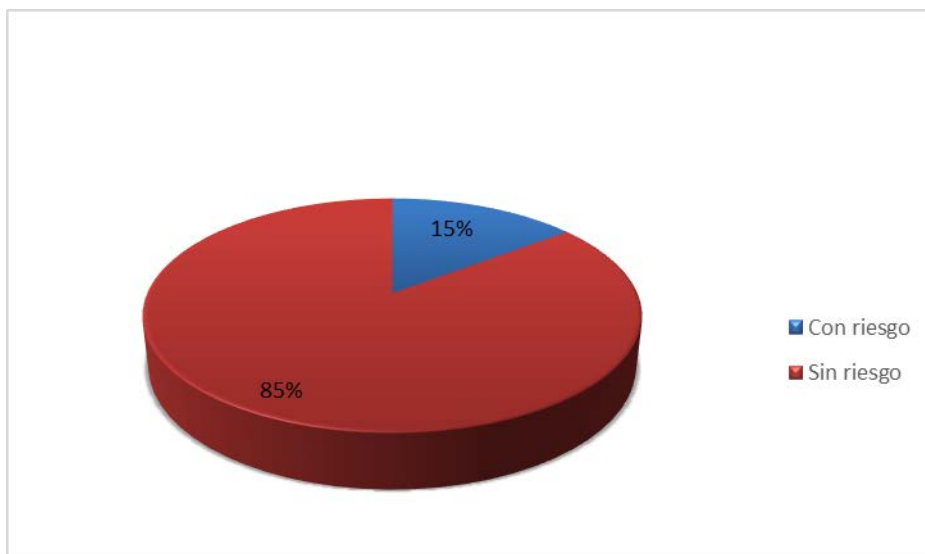
Un 29% de las mujeres de la muestra dice haber tenido algún tipo de conducta sexual temprana (antes o durante los 14 años), mientras que el 71% restante no lo reportan.

Gráfico 7: Distribución de la muestra según edad de inicio sexual en hombres.



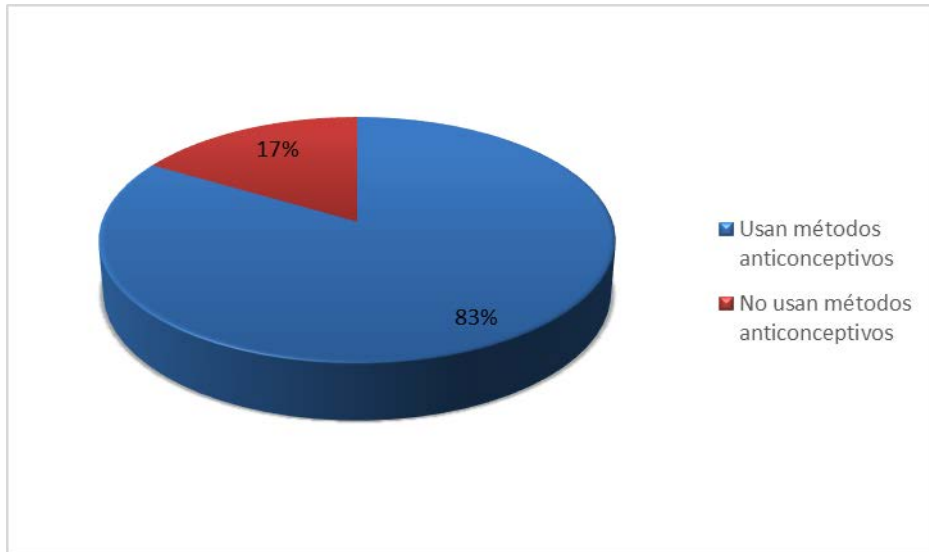
Un 39% de los hombres de la muestra dice haber tenido algún tipo de conducta sexual temprana (antes o durante los 14 años de edad), mientras que el 61% restante no lo reportan.

Gráfico 8: Distribución de la muestra según presencia de conducta sexual con consumo de sustancias.



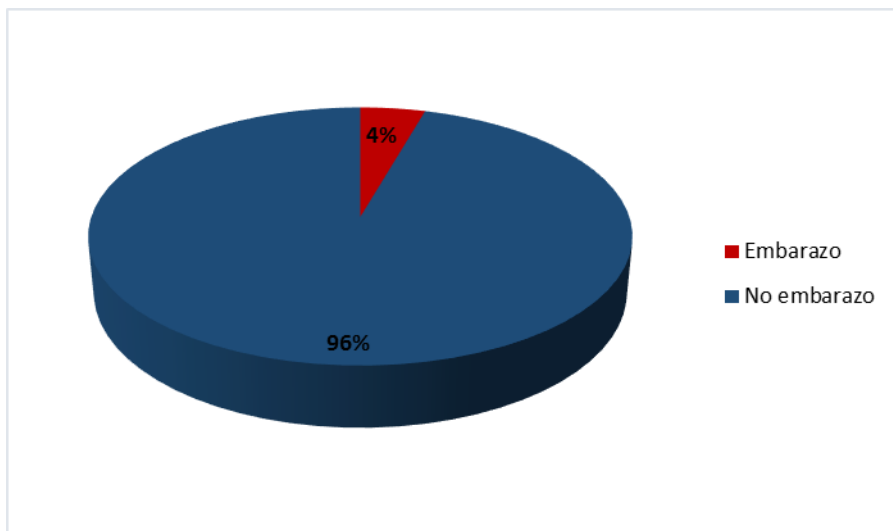
Un total de 59 personas (15%) declara haber realizado alguna conducta sexual bajo los efectos de alguna sustancia, mientras que 345 personas (85%) reporta no haberlo hecho.

Gráfico 9: Distribución de la muestra sexualmente activa, según uso de métodos anticonceptivos.



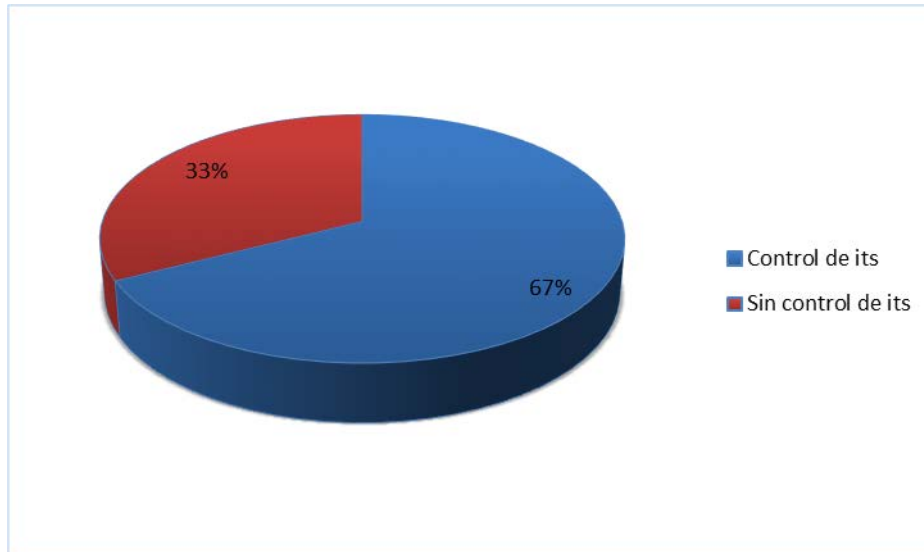
El presente gráfico muestra el uso de métodos anticonceptivos en personas que mantienen o han mantenido relaciones sexuales. De un total de 199 personas, un 83% utiliza algún método anticonceptivo, mientras que un 17% no lo hace.

Gráfico 10: Distribución de la muestra según embarazo.



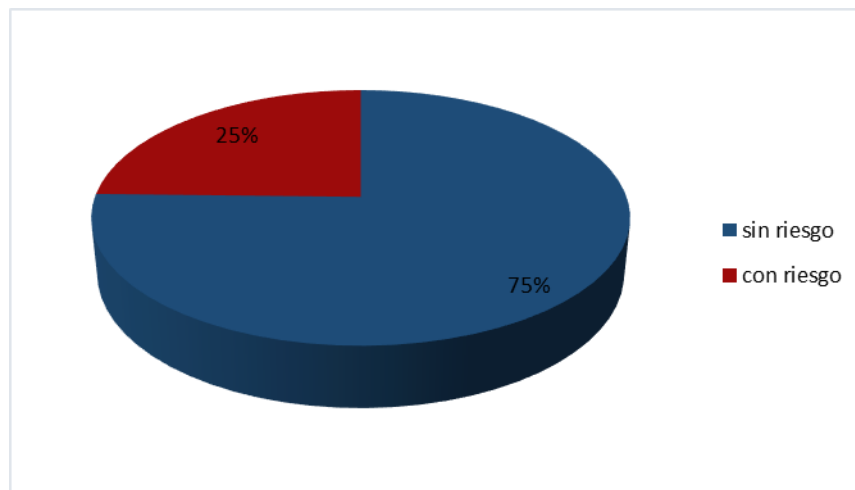
Del total de la muestra, 18 personas (4%) han estado embarazadas (en el caso de las mujeres) o han embarazado a su pareja sexual (en caso de los hombres), mientras que a 186 personas (96%) no les ha ocurrido.

Gráfico 11: Distribución de la muestra según el uso de métodos de control de contagio de ITS.



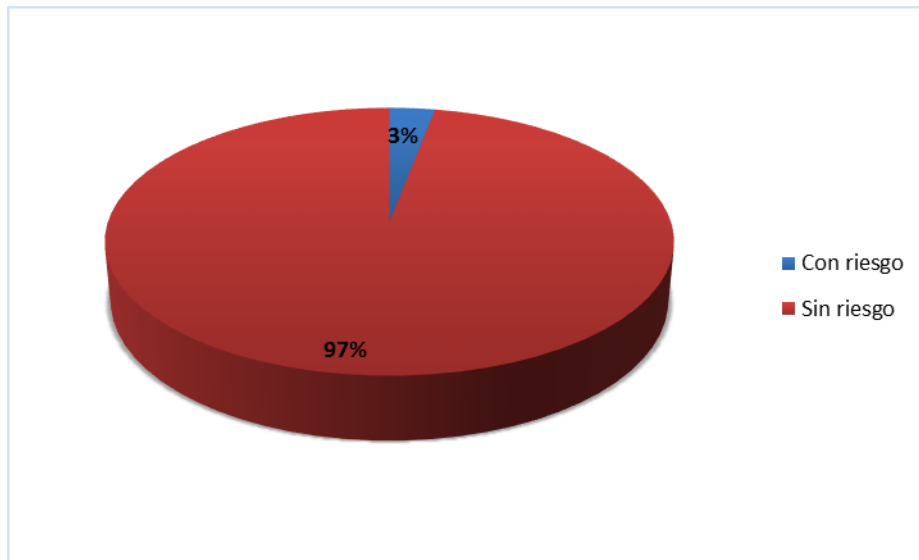
De un total de 218 personas que han iniciado conducta sexual con o sin penetración, un 67% declara utilizar algún método de control de ITS, mientras que un 33% dice no hacerlo.

Gráfico 12: Distribución de la muestra según presencia de riesgo en cuanto a número de parejas sexuales.



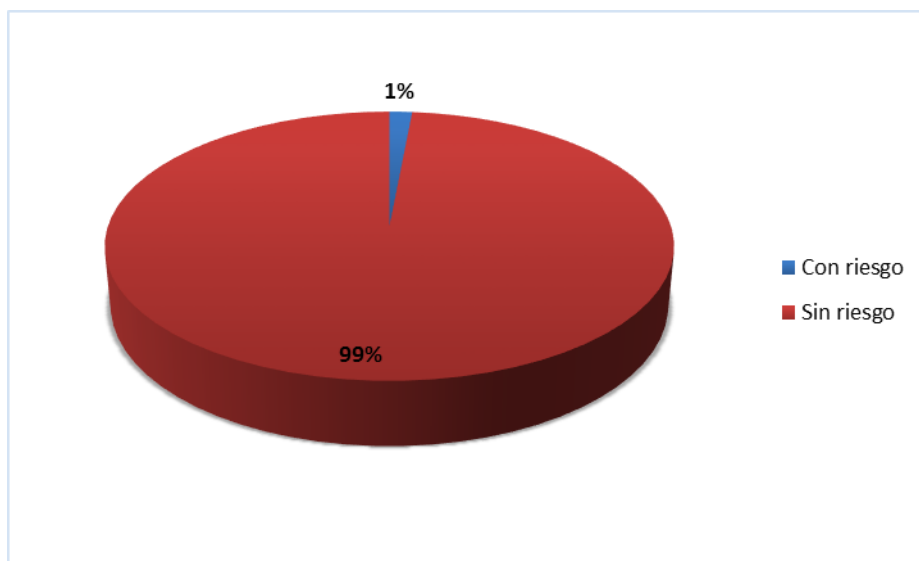
Un 75% de la muestra manifiesta haber tenido entre 1 a 3 parejas sexuales en toda su vida, lo que no es considerado riesgo según lo definido en el cuestionario de conductas sexuales tempranas de riesgo. Por su parte, el 25% reporta entre 4 y 10 parejas sexuales. En ambos grupos el promedio de edad de Inicio de conductas sexuales es de 16 años.

Gráfico 13: Distribución de la muestra según presencia de aborto.



Un 3% de la muestra (12 personas) declara haber abortado (voluntaria o involuntariamente).

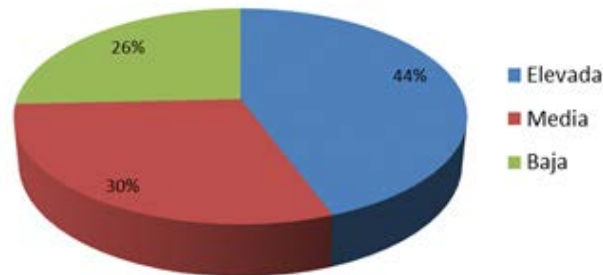
Gráfico 14: Distribución de la muestra según actividad de comercio sexual.



El 1% de la muestra (6 personas) declara haber entregado o recibido dinero, drogas u objetos (él/ella u otra persona) a cambio de mantener relaciones sexuales.

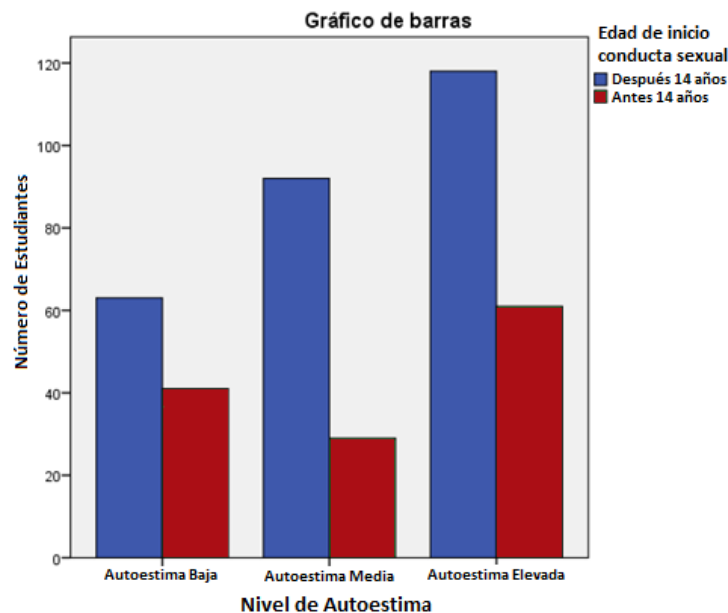
5.1.2 Nivel de autoestima en base a la Escala de Autoestima de Rosenberg

Gráfico 15: Distribución de la muestra según nivel de autoestima en muestra total.



Del total de la muestra, un 44% presenta un nivel de autoestima elevada, un 30% autoestima media, y un 26% presenta un nivel de autoestima baja.

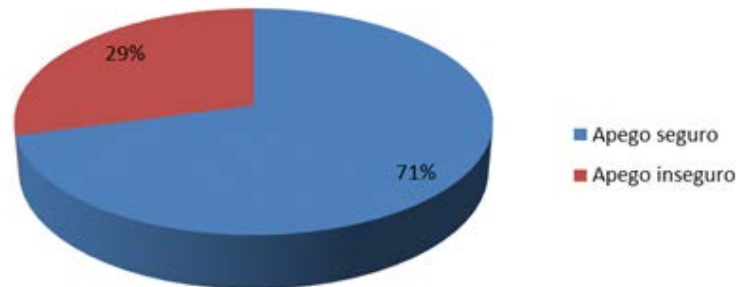
Gráfico 16: Relación entre las frecuencias de los niveles de autoestima y la edad de inicio de conducta sexual.



Los resultados de la comparación de frecuencias entre los factores de los cuestionarios “conducta sexual temprana de riesgo” y “Escala de autoestima de Rosenberg” indican una relación en la que los adolescentes con autoestima elevada iniciarían a más temprana edad (14 años o antes) conductas sexuales, mientras que aquellos que presentan autoestima media tienen en menor grado conducta sexual temprana de riesgo, incluso menos que aquellos con autoestima baja.

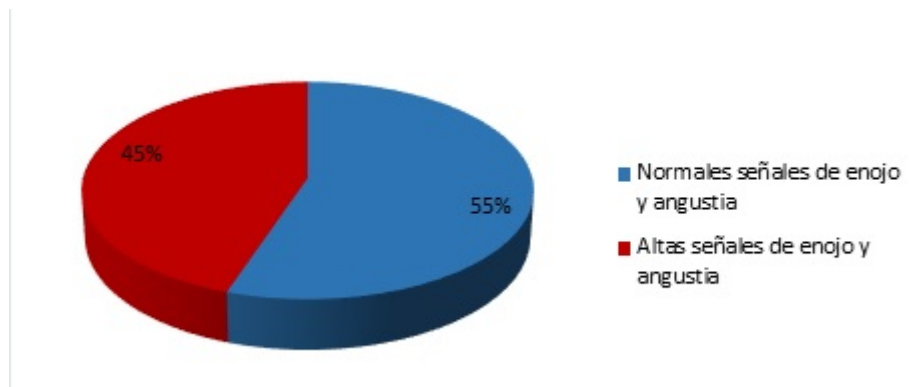
5.1.3 Representaciones de apego según Cuestionario de Apego Adolescente (AAQ)

Gráfico 17: Distribución en la muestra total según representaciones de Apego.



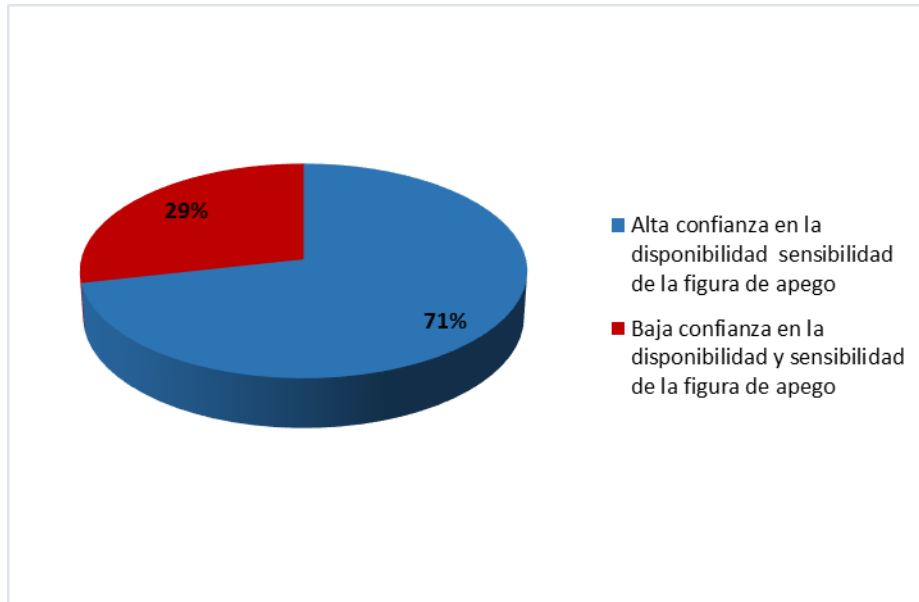
De 404 personas que componen la muestra un 71% reporta representaciones de apego que tienden a lo seguro, mientras que un 29% tiende a lo inseguro.

Gráfico 18: Distribución de la muestra total según la escala “Señales de enojo y angustia”.



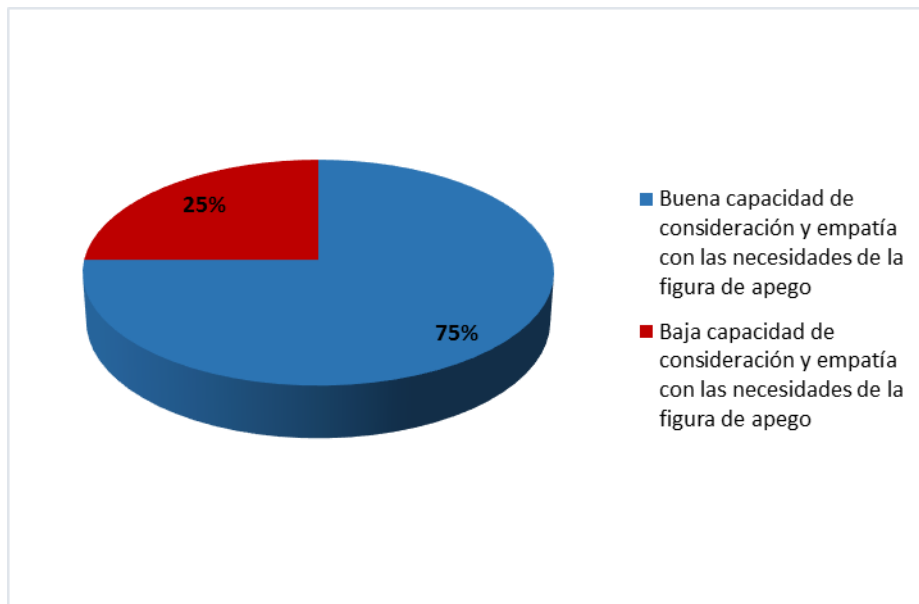
En esta escala, un 55% de la muestra reporta valores dentro de lo normal según lo especificado en la descripción del instrumento. Es decir, mantendrían bajos sentimientos de enojo y angustia en la relación con sus figuras de apego, mientras que un 44,8% presenta valores sobre la norma.

Gráfico 19: Distribución de la muestra total según la escala de “Disponibilidad”.



En esta escala un 71% de la muestra reporta valores dentro de lo normal según lo especificado en la descripción del instrumento, es decir, el adolescente tendría más confianza en la disponibilidad y sensibilidad de la figura de apego, mientras que un 29% presenta valores bajo la norma.

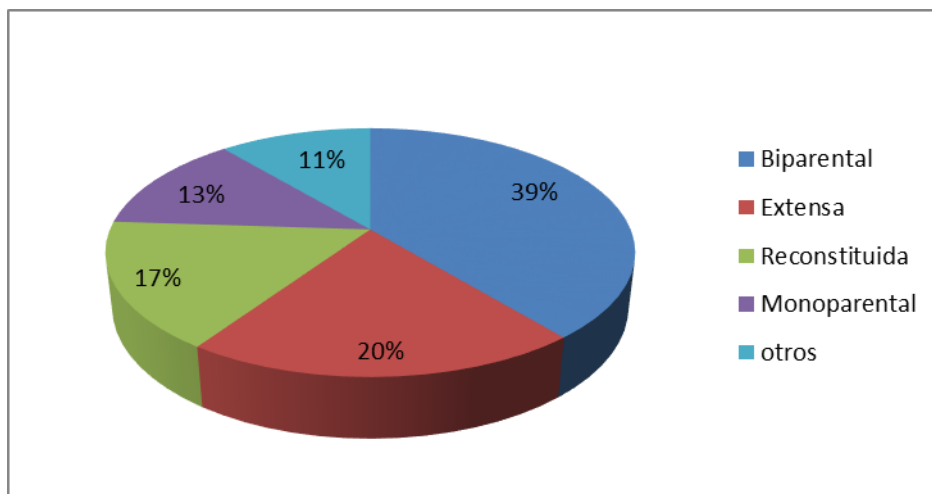
Gráfico 20: Distribución de la muestra total según la escala de “Cooperación”.



En esta escala, un 75% de la muestra tendría una buena capacidad de consideración y empatía con su figura de apego, mientras que un 25% obtiene valores bajos en dicha escala.

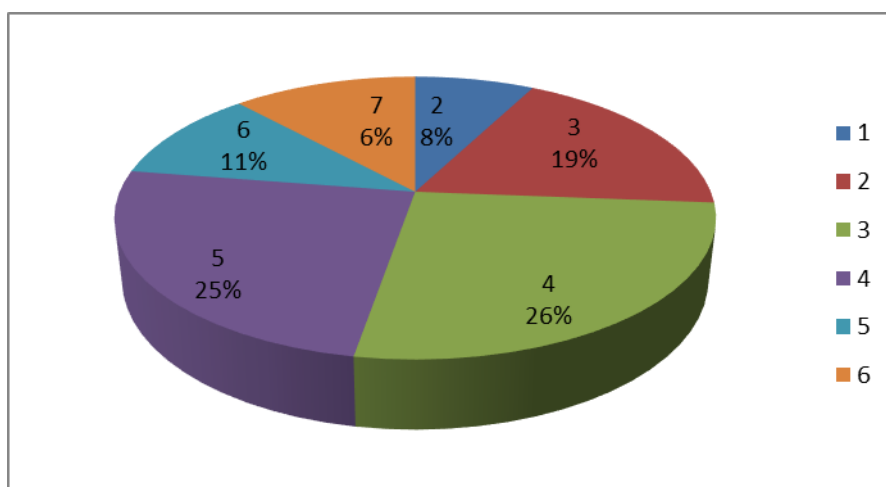
5.1.4 Percepción de funcionamiento familiar en muestra total

Gráfico 21: Distribución de la muestra total según tipo de familia.



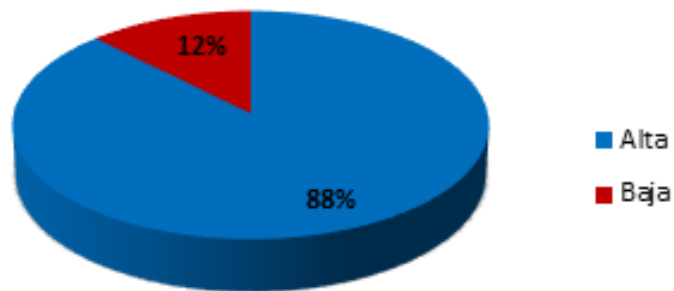
De los 404 casos estudiados, un 39% reporta vivir con ambos padres, un 20% declara que en su hogar convive más de una generación, un 17% dice vivir con su madre o padre y la pareja de éste/a, un 13% vive sólo con su madre o padre, mientras que un 11% manifiesta que la constitución de su familia no se representa en ninguna de las categorías anteriores.

Gráfico 22: Distribución de la muestra total según número de integrantes de la familia.



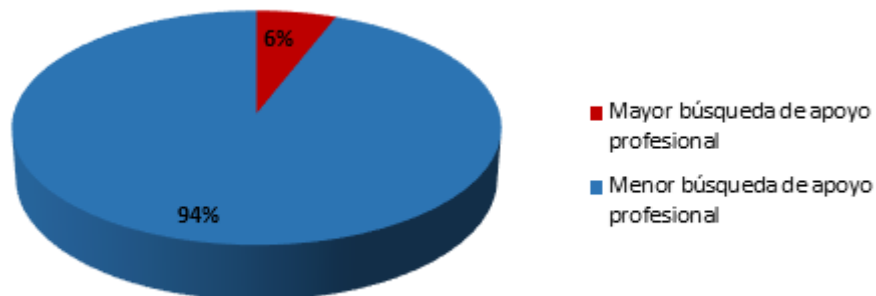
El número de integrantes por familia que prevalece es de 4 (26%), le sigue 5 integrantes (25%), mientras que el 34% restante fluctúa entre los 2 y 7 integrantes. Según las cifras y lo especificado en la descripción del instrumento, un 42% de la muestra se encontraría en riesgo.

Gráfico 23: Distribución de la muestra total según nivel de cohesión familiar.



Un 88% de la muestra tiene una representación de nivel de cohesión familiar alta, es decir, un mayor apego emocional, sentimientos de unión y expresión de afectos entre sus miembros, mientras que un 12% presenta una representación de nivel de cohesión familiar baja.

Gráfico 24: Distribución de la muestra total según búsqueda de apoyo profesional.



Un 6% de la muestra percibe una mayor búsqueda de apoyo profesional en su familia, es decir, ésta con frecuencia acudiría en busca de ayuda de profesionales especializados en la solución de problemas que los aquejen, mientras que un 94% dice tener una menor búsqueda de apoyo profesional en su familia.

Gráfico 25: Distribución de la muestra total según la presencia de síntomas y problemas del adolescente y su familia.



El 78% de la muestra presenta una familia sin síntomas y problemas de conductas de riesgo, tales como: fumar, embriagarse, usar marihuana, otras drogas ilegales y/u solventes volátiles más de una vez al mes, sentirse triste o nervioso todo el tiempo, preocuparse mucho por su aspecto físico, haber consultado por problemas emocionales o psicológicos alguna vez, haberse involucrado en peleas o riñas, intento de suicidio, tener relaciones sexuales, embarazo, abuso sexual o maltrato, mientras que para el 22% restante sucede lo contrario.

5.2 Relación entre variables

5.2.1 Relación entre factores de conducta sexual de riesgo y autoestima

Tabla 1: Relación Nivel de Autoestima y Conductas Sexuales de Riesgo.

Conducta sexual de riesgo	Riesgo	Autoestima baja		Autoestima media		Autoestima elevada		Valor	Sig. Asintótica (bilateral)
		n	%	n	%	n	%		
Edad de inicio	Con riesgo	41	39,4	29	24	61	34,1	X ² =6,498 ^a	0,039*
	Sin riesgo	63	60,6	92	76	118	65,9		
Conducta sexual con consumo de sustancias	Con riesgo	13	12,5	16	13,2	30	16,8	X ² =1,221 ^a	0,543
	Sin riesgo	91	87,5	105	86,8	149	83,2		
Control embarazo	Con riesgo	7	6,7	11	9,1	17	9,5	X ² =0,676 ^a	0,713
	Sin riesgo	97	93,3	110	90,9	162	90,5		
Nº de parejas sexuales	Con riesgo	16	15,4	11	9,1	29	16,2	X ² =3,329 ^a	0,189
	Sin riesgo	88	84,6	110	90,9	150	83,8		
Aborto	Con riesgo	4	3,8	3	2,5	5	2,8	F	0,710
	Sin riesgo	100	96,2	118	97,5	174	97,2		
Comercio sexual	Con riesgo	4	3,8	1	0,8	1	0,6	F	1,000
	Sin riesgo	100	96,2	120	99,2	178	99,4		
Control ITS	Con riesgo	23	22,1	27	22,3	27	15,1	X ² =3,294 ^a	0,193
	Sin riesgo	81	77,9	94	77,7	152	84,9		

X²= Chi-cuadrado; F= Estadístico de Fisher; *= Nivel de significancia menor a 0,05; %= Porcentaje según n total de cada nivel de autoestima.

Los resultados de la comparación de frecuencias entre los factores de los cuestionarios “conducta sexual temprana de riesgo” y “Escala de autoestima de Rosenberg” indican una relación estadísticamente significativa sólo con el factor de “edad de inicio” (sig= 0,039), es decir que existe influencia entre el nivel de autoestima y la edad en la que los adolescentes de la muestra inician conductas sexuales. Sin embargo, como se puede observar en la tabla, el número de adolescentes que presentan dicha conducta con riesgo es mayor en el nivel de autoestima alta (61 personas), lo que contradice la primera hipótesis de la presente investigación, la cual plantea que la presencia de conductas sexuales tempranas de riesgo se relaciona con niveles bajos de autoestima.

Por otra parte, el resto de los factores no se verían influenciados por los niveles de autoestima definidos por el cuestionario aplicado (Escala de autoestima de Rosenberg).

5.2.2 Relación entre factores de conducta sexual de riesgo y representaciones de apego

Tabla 2: Relación Tipo de Apego y Conductas Sexuales de Riesgo.

Conducta Sexual de Riesgo	Riesgo	Apego Seguro		Apego Inseguro		Estadístico y Valor	Significancia Asintótica (bilateral)
		n	%	n	%		
Edad de Inicio	Con riesgo	91	31,8	40	33,9	X ² = 0,165 ^a	0,685
	Sin riesgo	195	68,2	78	66,1		
Conducta sexual con consumo de sustancias	Con riesgo	45	15,7	14	11,9	X ² = 1,003 ^a	0,317
	Sin riesgo	241	84,3	104	88,1		
Control de Embarazo	Con riesgo	25	8,7	10	8,5	X ² = 0,008 ^a	0,931
	Sin riesgo	261	91,3	108	91,5		
Número de parejas sexuales	Con riesgo	44	15,4	12	10,2	X ² = 1,903 ^a	0,168
	Sin riesgo	242	84,6	106	89,8		
Aborto	Con riesgo	10	3,5	2	1,7	F	0,522
	Sin riesgo	276	96,5	116	98,3		
Comercio Sexual	Con riesgo	2	0,7	4	3,4	F	0,063
	Sin riesgo	284	99,3	114	96,6		
Control de ITS	Con riesgo	54	18,9	23	19,5	X ² = 0,020 ^a	0,887
	Sin riesgo	232	81,1	95	80,5		

X²: Chi cuadrado; F: Estadístico de Fisher; %= Porcentaje según n total de cada representación de apego.

Los resultados de la comparación de frecuencias entre los factores de los cuestionarios “conducta sexual temprana de riesgo” y “Cuestionario de Apego Adolescente AAQ” no arrojan relaciones estadísticamente significativas (menores a sig.: 0,05), es decir, no existiría influencia entre la presencia de conductas sexuales tempranas de riesgo y las representaciones de apego en la muestra estudiada. Es por esto que se rechaza la segunda hipótesis de investigación, la cual plantea que la presencia de conductas sexuales de riesgo se relaciona con representaciones de apego que tienden a lo inseguro.

5.2.3 Relación entre factores de conducta sexual de riesgo y factores de representación de funcionamiento familiar

Tabla 3: Relación Comunicación Padre-Hijo y Conductas Sexuales de Riesgo.

Conducta sexual temprana de riesgo		Vulnerabilidad familiar						Estadístico y Valor	Sig. Asintótica (bilateral)
		Comunicación padre/hijo							
		Sin riesgo			Con riesgo				
		N	%CPH	%*	N	%CPH	%*		
Edad de inicio	Sin riesgo	136	68	49,8	137	67,2	50,2	$\chi^2 = ,033^a$,856
	Con riesgo	64	32	48,9	67	32,8	51,1		
Conducta con consumo de sustancias	Sin riesgo	173	86,5	50,1	172	84,3	49,9	$\chi^2 = 3,87^a$,534
	Con riesgo	27	13,5	45,8	32	15,7	54,2		
Control de embarazo	Sin riesgo	184	92	49,9	185	90,7	50,1	$\chi^2 = ,220^a$,639
	Con riesgo	16	8,0	45,7	19	9,3	54,3		
N° de parejas sexuales	Sin riesgo	169	84,5	48,6	179	87,7	51,4	$\chi^2 = ,891^a$,345
	Con riesgo	31	15,5	55,4	25	12,3	44,6		
Aborto	Sin riesgo	195	97,5	49,7	197	96,6	50,3	$\chi^2 = ,304$,581
	Con riesgo	5	2,5	41,7	7	3,4	58,3		
Comercio Sexual	Sin riesgo	200	100	50,3	198	97,1	49,7	F	,003*
	Con riesgo	0	0	0	6	2,9	100		
Control ITS	Sin Riesgo	173	86,5	52,9	154	75,5	47,1	$\chi^2 = 7,935^a$,005*
	Con riesgo	27	13,5	35,1	50	24,5	64,9		

χ^2 =Chi-cuadrado; F=Estadístico de Fisher; %*=Su nombre varía según factores de columna de conducta sexual; *=Significancia menor o igual a 0,05; %CPH= comunicación Padre/Hijo.

Los resultados de la comparación de frecuencias entre los factores del cuestionario “Conducta sexual temprana de riesgo” y el factor “Comunicación Padre-Hijo” del cuestionario “¿Cómo es tu familia?”, arrojaron dos relaciones estadísticamente significativas.

Por un lado, existe una relación con una significancia estadística de 0,05 entre los factores “Comunicación padre-hijo”, el cual mide el grado de apertura de confianza y de satisfacción entre estos (lo que le permitiría al adolescente transmitir sus ideas y sentimientos sin reserva) y “Control de ITS”, el cual evalúa si hay uso de algún método para la prevención de esta. En la tabla se puede observar que cuando no hay riesgo en el factor “Comunicación padre-hijo” existen 173 personas de la muestra que no presentan riesgo en el control de ITS y 27 que si lo hacen, mientras que, cuando se presenta riesgo en la Comunicación padre-hijo hay 154 personas que no presentan riesgo en el control de ITS y 50 personas que si lo hacen. A partir de esto se puede decir que cuando no hay riesgo en cuanto a la Comunicación padre-hijo, es mayor la cantidad de personas de la muestra que no presentan riesgo en el Control de ITS, que los que sí lo presentan. Además, se puede observar que cuando sí existe riesgo en la Comunicación padre-hijo, el número de personas que no utiliza métodos para la prevención de ITS aumenta.

Por otro lado, también se observa una relación estadísticamente significativa (0,03), entre “Comunicación padre-hijo” y “Comercio sexual”, pero esta no será considerada, ya que la cantidad de personas que presentan riesgo en el último factor mencionado no son suficientemente representativas para el total de la muestra.

Tabla 4: Relación Búsqueda de Apoyo Social y Conductas Sexuales de Riesgo.

Conducta sexual temprana de riesgo		Vulnerabilidad familiar						Estadístico y Valor	Sig. Asintótica (bilateral)
		Búsqueda de apoyo social							
		Sin riesgo			Con riesgo				
		N	%BAS	%*	N	%BAS	%*		
Edad de inicio	Sin riesgo	73	76	26,7	200	64,9	73,3	X ² = 4,120 ^a	,042*
	Con riesgo	23	24	17,6	108	35,1	82,4		
Conducta con consumo de sustancias	Sin riesgo	88	91,7	25,5	257	83,4	74,5	X ² =3,970 ^a	,046*
	Con riesgo	8	8,3	13,6	51	16,6	86,4		
Control de embarazo	Sin riesgo	91	94,8	24,7	278	90,3	75,3	X ² =1,900 ^a	,168
	Con riesgo	5	5,2	14,3	30	9,7	85,7		
N° de parejas sexuales	Sin riesgo	85	88,5	24,4	263	85,4	75,6	X ² =,609 ^a	,435
	Con riesgo	11	11,5	19,6	45	14,6	80,4		
Aborto	Sin riesgo	95	99	24,2	297	96,4	75,8	F	,308
	Con riesgo	1	1	8,3	11	3,6	91,7		
Comercio Sexual	Sin riesgo	96	100	24,1	302	98,1	75,9	F	0,343
	Con riesgo	0	0	0	6	1,9	100		
Control ITS	Sin Riesgo	78	81,2	23,9	249	80,8	76,1	X ² = ,008 ^a	,930
	Con riesgo	18	18,8	23,4	59	19,2	76,6		

X²=Chi-cuadrado; F=Estadístico de Fisher; %=Su nombre varía según factores de columna de conducta sexual; *=Significancia menor o igual a 0,05; %BAS= porcentaje de búsqueda de apoyo social.

Los resultados de la comparación de frecuencias entre los factores del cuestionario “Conducta sexual temprana de riesgo” y el factor “Búsqueda de apoyo social” del cuestionario “¿Cómo es tu familia?”, arrojaron dos relaciones estadísticamente significativas.

Por un lado, existe una relación con una significancia estadística de 0,042 entre los factores “Búsqueda de apoyo social”, el cual señala la frecuencia en la que la familia acude a la búsqueda de apoyo por parte de vecinos, parientes y amigos para enfrentar sus problemas y “Edad de inicio”, el cual evalúa la edad en la cual se inician las conductas sexuales (considerado como riesgo las conductas realizadas antes y/o durante los 14 años de edad). En la tabla se puede observar que los adolescentes de la muestra que presentan riesgo en relación al inicio de conductas sexuales, aumentan cuando también existe riesgo en el factor “Búsqueda de apoyo social” (de 23 a 108 personas).

Por otro lado, también existe una relación estadísticamente significativa (0,046) entre los factores “Búsqueda de apoyo social” y “Conducta con consumo de sustancias”, la cual evalúa la realización de conductas con o sin penetración bajo los efectos de alguna sustancia. En la tabla se puede apreciar que los adolescentes de la muestra que presentan riesgo en relación a tener conductas sexuales bajo el efecto de alguna sustancia, aumentan cuando también existe riesgo en el factor “Búsqueda de apoyo social” (de 8 a 51 personas).

Tabla 5: Relación Redefinición del Problema y Conductas Sexuales de Riesgo.

Conducta sexual temprana de riesgo		Vulnerabilidad familiar						Estadístico y Valor	Sig. Asintótica (bilateral)
		Redefinición del problema							
		Sin riesgo			Con riesgo				
		N	%RP	%*	N	%RP	%*		
Edad de inicio	Sin riesgo	145	72,1	53,1	128	63,1	46,9	X ² = 3,805 ^a	,051
	Con riesgo	56	27,9	42,7	75	36,9	57,3		
Conducta con consumo de sustancias	Sin riesgo	180	89,6	52,2	165	81,3	47,8	X ² =5,541 ^a	,019*
	Con riesgo	21	10,4	35,6	38	18,7	64,4		
Control de embarazo	Sin riesgo	184	91,5	49,9	185	91,1	50,1	X ² =,021 ^a	,0884
	Con riesgo	17	8,5	48,6	18	8,9	51,4		
N° de parejas sexuales	Sin riesgo	180	89,6	51,7	168	82,8	48,3	X ² =3,904 ^a	,048*
	Con riesgo	21	10,4	37,5	35	17,2	62,5		
Aborto	Sin riesgo	195	97	49,7	197	97	50,3	X ² =,000 ^a	,986
	Con riesgo	6	3	50	6	3	50		
Comercio Sexual	Sin riesgo	200	99,5	50,3	198	97,5	49,7	F	,215
	Con riesgo	1	0,5	16,7	5	2,5	82,3		
Control ITS	Sin Riesgo	165	82,1	50,5	162	79,8	49,5	X ² = ,342 ^a	,558
	Con riesgo	36	17,9	46,8	41	20,2	53,2		

X²=Chi-cuadrado; F=Estadístico de Fisher; %*=Su nombre varía según factores de columna de conducta sexual; *=Significancia menor o igual a 0,05; %RP= porcentaje de redefinición de problemas; %RP= Porcentaje según n total del factor "Redefinición del problema"

La comparación entre las frecuencias de los factores de los cuestionarios “Encuesta de conducta sexual temprana de riesgo” y “¿Cómo es tu familia?” arrojó dos relaciones estadísticamente significativas (menor a sig.: 0,05).

Por un lado, existe una relación con una significancia estadística de 0,019 entre los factores “Redefinición del problema”, el cual mide la percepción que tiene el adolescente de la capacidad familiar para contar con los recursos necesarios para afrontar una situación problema, y “Conducta sexual con consumo de sustancias” que evalúa la realización de conductas sexuales con o sin penetración bajo los efectos de alguna sustancia.

Como se puede observar en la tabla, existen 180 personas en la muestra que no presentan riesgo en la redefinición del problema ni han realizado conductas sexuales con o sin penetración bajo efectos de sustancias, mientras que 21 personas que no presentan riesgo en el primer factor, sí lo hacen en el segundo. Los resultados muestran que la cantidad de personas que presentan riesgo, es decir una percepción de poca capacidad familiar en la resolución de problema y no han realizado conductas sexuales bajo los efectos de sustancias disminuye a 165 personas, mientras que el número de adolescentes que presenta riesgo en ambos factores aumenta a 38 personas. Con estos datos podemos decir que, en la muestra estudiada, mientras existe una percepción familiar centrada en la baja capacidad de resolución de problemas, se presenta un mayor riesgo de realizar conductas sexuales bajo los efectos de alguna sustancia, o viceversa.

Por otro lado, existe una relación estadísticamente significativa a un nivel de significancia de 0,048 entre los factores “Redefinición del problema” y el “Número de parejas sexuales” que el adolescente ha tenido a lo largo de su vida. Como se observa en la tabla, 180 personas no presentan riesgo en el factor “Redefinición” del problema ni en la cantidad de parejas sexuales (es decir, han tenido menos de 4 parejas sexuales en toda su vida). Sin embargo, este número disminuye a 165 personas cuando aumenta el riesgo en la percepción de la capacidad de resolución de problemas en la familia. Además, la cantidad de personas que no presentan riesgo en la redefinición del problema y han tenido más de 4 parejas sexuales es menor, siendo 21 adolescentes los que cumplen con este criterio, y aumenta a 35 personas cuando existe riesgo en ambos factores.

En base a estos resultados, se puede decir que sí existe una influencia entre los factores anteriormente mencionados, ya que aumenta la cantidad de personas cuando se presenta mayor riesgo en ambos factores. Esto significaría que mientras más confianza tenga el adolescente con que cuenta con los recursos necesarios para afrontar una situación problemática, presentaría una menor cantidad de parejas sexuales a lo largo de su vida. En el caso contrario, podría existir un mayor número de parejas sexuales en la vida del adolescente si es que este no se siente capaz de resolver problemas, ni percibe que su familia pueda ofrecer garantías o una fuente eficaz de apoyo frente a las dificultades.

Tabla 6: Relación Síntomas y Problemas y Conductas Sexuales de Riesgo.

Conducta sexual temprana de riesgo		Vulnerabilidad familiar						Estadístico y Valor	Sig. Asintótica (bilateral)
		Síntomas y problemas							
		Sin riesgo			Con riesgo				
		N	%SP	%*	N	%SP	%*		
Edad de inicio	Sin riesgo	227	72,3	83,2	46	51,1	16,8	X ² =14,323 ^a	,000*
	Con riesgo	87	27,7	66,4	44	48,9	33,6		
Conducta con consumo de sustancias	Sin riesgo	279	88,9	80,9	66	73,3	19,1	X ² =13,511 ^a	,000*
	Con riesgo	35	11,1	59,3	24	25,7	40,7		
Control de embarazo	Sin riesgo	288	91,7	78,0	81	90,0	22,0	X ² =,261 ^a	,609
	Con riesgo	26	8,3	74,3	9	10,0	25,7		
Nº de parejas sexuales	Sin riesgo	280	89,2	80,5	68	75,6	19,5	X ² =10,862 ^a	,001**
	Con riesgo	34	10,8	60,7	22	24,4	39,3		
Aborto	Sin riesgo	308	98,1	78,6	84	93,3	21,4	F	,030*
	Con riesgo	6	1,9	50,0	6	6,7	50,0		
Comercio Sexual	Sin riesgo	312	99,4	78,4	86	95,6	21,6	F	,024*
	Con riesgo	2	0,6	33,3	4	4,4	66,7		
Control ITS	Sin Riesgo	260	82,8	79,5	67	74,4	20,5	X ² =3,168 ^a	,075
	Con riesgo	54	17,2	70,1	23	25,6	29,9		

X²=Chi-cuadrado; F=Estadístico de Fisher; %=Su nombre varía según factores de columna de conducta sexual; *=Significancia menor o igual a 0,05; **= Significancia menor o igual a 0,01; %SP= Porcentaje de síntomas y problemas.

Los resultados de la comparación de frecuencias entre los factores del cuestionario “conducta sexual temprana de riesgo” y el factor “Síntomas y problemas” del cuestionario “¿Cómo es tu familia?”, aplicados a la muestra, indican una relación estadísticamente significativa en cinco áreas.

Por una parte, se encuentra la “edad de inicio” de conducta sexual, con la cual se aprecia una relación con una significancia de 0,000, en donde el número de adolescentes que comenzaron sus conductas sexuales a una edad no riesgosa (posterior a los 14 años según lo descrito en la especificación del cuestionario “Conducta sexual temprana de riesgo”) disminuye considerablemente cuando aumentan los síntomas y problemas en el adolescente y/u otros familiares. Es decir que, en esta muestra, cuando existe una menor presencia de conductas riesgosas en el adolescente o algún familiar, tales como el consumo de sustancias, actividades ilícitas u otro tipo de problemas a nivel psicológico, la conducta segura aumenta.

Se aprecia a su vez una relación con significancia de 0,000 con el factor “conducta sexual con consumo de sustancias”, en donde la tabla evidencia una disminución en el número de adolescentes que no mantienen conductas sexuales con consumo de sustancias al aumentar los síntomas y problemas percibidos en sus familias. Lo anterior indicaría que, para esta muestra, a menor número de síntomas y conductas de riesgo presentes en el adolescente y /o familiares, existiría una menor frecuencia de conductas sexuales bajo el efecto de algunas sustancias.

También se evidencia una relación con una significancia de 0,001 con el número de parejas sexuales que los integrantes de la muestra han tenido a lo largo de su vida, en donde el número de adolescentes con un número de parejas inferior o igual a 3 (considerado seguro según lo expuesto en la especificación del cuestionario de conducta sexual temprana de riesgo), es mayor cuando el nivel de síntomas y problemas percibidos por el adolescente en sí mismo y/u otros familiares no están en zona de riesgo. Es decir que la frecuencia de la conducta segura (tener 3 o menos parejas sexuales) disminuye a medida que aumentan los síntomas y problemas en el núcleo familiar.

Finalmente, los resultados muestran relaciones estadísticamente significativas con los factores de la encuesta de conductas sexuales tempranas de riesgo "Aborto" (Sig.: 0,030) y "Comercio

sexual" (sig.: 0,024). Sin embargo, estas relaciones no han sido consideradas para su análisis, ya que la cantidad de personas que han realizado dichas conductas es insuficiente. Como se puede observar en la tabla, 6 personas presentan altos síntomas y problemas y han abortado, mientras que 4 han recibido o entregado dinero, drogas u objetos a cambio de mantener relaciones sexuales. Es por esto que dichos datos, al no ser representativos, no se considerarán como significativos.

A partir del análisis estadístico entre los factores del cuestionario "Conducta sexual de riesgo y los factores del cuestionario "¿Cómo es tu familia?", se puede concluir que se confirma la tercera hipótesis de investigación, la cual plantea que las conductas sexuales tempranas de riesgo se relacionan con la percepción del funcionamiento familiar.

DISCUSIÓN

Dentro de los datos recolectados, el porcentaje de adolescentes que han mantenido conductas sexuales tempranas (antes o durante los 14 años) es del 33%, una cifra cercana a lo arrojado por los estudios realizados en el país en el año 2008, en donde el 40,3% de los adolescentes de entre los 13 y los 16 años reportaron haber iniciado una vida sexual (Santander, S; Zubarew, T; Santelices, L; Argollo, P; Cerda, J. & Bórquez, M., 2008). Entre éstos, se aprecia que los hombres son quienes tienen una mayor tendencia a iniciar conductas sexuales tempranas en comparación a las mujeres, siendo un dato que replica los resultados de investigaciones realizadas a nivel nacional.

En cuanto al control de embarazo, se pudo observar que un 17% de la población sexualmente activa dentro de la muestra estudiada, no utiliza ningún tipo de método anticonceptivo, a pesar de ello, el embarazo adolescente reportado es solo de un 4%, y un 3% de la muestra total admite haber abortado al menos una vez, voluntaria o involuntariamente. Por otra parte, cabe destacar que un 33% de dicha población tampoco utiliza algún método de prevención de contagio de ITS. Desde esto se puede hipotetizar que la preocupación de los adolescentes está enfocada más en el control de embarazo que en el contagio de infecciones. Lo anterior concuerda con el foco de prevención de los servicios nacionales de salud, los cuales están principalmente centrados en el embarazo adolescente como consecuencia de la conducta sexual riesgosa (Zajer, 2010). Esto lleva a pensar que si se ampliase el objetivo de prevención (control de ITS, psicoeducación sexual, etc.) los adolescentes tendrían mayor consciencia respecto a otras consecuencias de las conductas sexuales.

Con respecto al comercio sexual, un 1% de la población ha recibido o pagado con dinero, objetos, drogas, etc. para mantener una relación sexual. Si bien esta cifra no es estadísticamente significativa para la muestra total, no deja de ser preocupante que existan casos de este tipo.

En cuanto a la autoestima, el 74% se encuentra entre el rango de autoestima media y elevada, correspondiendo con los datos obtenidos en la validación en Chile del instrumento utilizado en la presente investigación, dejando al 26% en el rango de autoestima baja. En este punto, se logró identificar una relación estadísticamente significativa (sig. 0,039) entre el nivel de autoestima y el factor de edad de inicio de conductas sexuales tempranas de riesgo. En

relación a lo anterior y basándonos en la información expuesta en el punto 2.2, dichos resultados se pueden entender desde los postulados neurocientíficos del desarrollo cerebral. En dónde Corona & Peralta en publicaciones del año 2010 explican que el desarrollo del lóbulo prefrontal no se ha completado a cabalidad en la etapa adolescente, afectando directamente en el ámbito de la toma de decisiones y la consideración del riesgo. Es así como tendría sentido que adolescentes de elevada autoestima, quienes presentan confianza y sentimientos positivos hacia sí mismos, estén dispuestos a explorar este tipo de conductas sin que el miedo al rechazo los frene.

Se puede observar además un mayor nivel de riesgo en adolescentes con autoestima baja en comparación con aquellos que presentan autoestima media. Esto se podría explicar porque los adolescentes que tienen autoestima media presentan mayor nivel de autocuidado en comparación con quienes poseen autoestima baja, sin embargo carecerían del nivel de confianza que caracteriza a sus pares con autoestima elevada. Siendo esto una forma de modular las conductas más arriesgadas.

En relación a la distribución de las representaciones de apego en la muestra, se puede observar concordancia con las cifras arrojadas en estudios a nivel nacional. (Lecannelier et.al., 2008). Sin embargo, los resultados arrojados confirman la hipótesis nula y alternativa de la presente investigación. Esto apoyaría lo planteado por Gómez (2005), quien postuló que las representaciones de apego seguro no tienen relación con las conductas sexuales de riesgo.

En el ámbito familiar, los resultados arrojaron que existe una relación estadísticamente significativa entre diversos factores que componen los cuestionarios aplicados y que apoyarían la hipótesis. Estos se exponen a continuación:

1.- Edad de inicio con el factor “síntomas y problemas” del cuestionario ¿Cómo es tu familia?

Es importante destacar que las conductas de riesgo consideradas en este factor son las especificadas en el punto 2.2, sumando además alteraciones en la salud mental del adolescente y/u otro integrante de la familia. Las características anteriormente nombradas son situaciones que suelen generar un ambiente y contexto vulnerable, lo que, en concordancia con lo antes expuesto en el marco teórico, impactaría en el desarrollo biopsicosocial del niño/a. Es

así como se explicaría que la relación existente entre ambos factores sea que un ambiente vulnerable predispondría al inicio temprano de conductas sexuales en la etapa adolescente.

2.- Conducta sexual con consumo de sustancias con los factores “síntomas y problemas” y “redefinición del problema” del cuestionario ¿Cómo es tu familia?

El equipo de investigación considera pertinentes los resultados arrojados en éste punto, puesto que gran parte de los patrones de conductas realizados en el núcleo familiar son repetidas o imitadas por los adolescentes (Florenzano, 2008). Es así cómo el ser parte de una familia cuya conducta tiende al riesgo, y/o no tener confianza en las propias herramientas ni en el posible apoyo familiar para afrontar una situación problema, predispondría al adolescente a actividades como el practicar conductas sexuales habiendo consumido sustancias que alteran el estado de conciencia como una forma de comportarse en la vida según lo aprendido y escapar de los problemas con conductas que pueden traer consecuencias negativas a futuro.

3.- Control de ITS con el factor “comunicación padre-hijo” del cuestionario ¿Cómo es tu familia?

Para este punto es importante mencionar la existencia del factor “comunicación madre-hijo”, el cual no tuvo una relación estadísticamente significativa con el factor ITS, lo que hace reflexionar acerca de la visión imperante a nivel cultural que aún predomina en el país, en donde supuestamente la ausencia de una figura masculina en el hogar predispone al aumento de vulnerabilidad en la familia. Es decir, si bien se reconoce a la madre como una figura de cuidado protectora, es el padre el que es visto como una figura de autoridad más validada en los aspectos de control de conducta. Esto se vuelve preocupante en consideración al constante aumento de la diversidad de estructura familiar presente a nivel nacional, que no va a la par con las concepciones culturales arraigadas al respecto.

4.- Número de parejas sexuales con los factores “redefinición del problema” y “síntomas y problemas” del cuestionario ¿Cómo es tu familia?

La relación estadística encontrada entre el número de parejas sexuales y los factores mencionados podría ser interpretada como una conducta de riesgo a la que los adolescentes, cuyas familias no ofrecen una fuente segura de apoyo y contención, recurrirían como una forma de suplir los vacíos emocionales resultantes de relaciones familiares inestables. Considerando,

además, que las familias percibidas con mayores síntomas y problemas de conductas propician un ambiente de vulnerabilidad que fomentan las actividades de riesgo, especialmente si el adolescente no cuenta con herramientas de autocuidado ni la confianza en las capacidades propias ni familiares para el afrontamiento de problemas.

El hecho de que las conductas sexuales de riesgo se relacionen sólo con factores del funcionamiento familiar percibido y no así con el autoestima y las representaciones de apego, podría deberse a que, si bien el concepto que el adolescente tenga de sí mismo y de la relación con sus figuras significativas podría ser un factor protector en diversos ámbitos de su vida, su abordaje y análisis individual no bastaría para explicar la presencia o ausencia de conductas sexuales de riesgo, contradiciendo lo esperado por el equipo de investigación.

Lo anterior se explica debido a que el entorno familiar, al estar influenciado por los miembros que la conforman y sus experiencias en torno a las conductas riesgosas, tendría una mayor relevancia al momento de determinar la conducta del adolescente. Este repetiría patrones de comportamiento observados en sus cuidadores principales y núcleo familiar, y además, como modo de protección, valoraría más el ser escuchado, validado y aconsejado por quienes considera parte de su familia al momento de incurrir en conductas que afecten negativamente su salud emocional y física.

De esta forma, la percepción de funcionamiento familiar que el adolescente manifiesta se convertiría en el centro principal de análisis, ya que sus factores se relacionan de manera estadísticamente significativa con las otras variables de la investigación (representaciones de apego, autoestima y conductas sexuales de riesgo). Es por esto que para un abordaje más completo en la prevención de conductas sexuales tempranas de riesgo en los adolescentes, es recomendable crear programas integrales que incluyan, además del fortalecimiento de la autoestima y la prevención del embarazo adolescente, el refuerzo de la familia (desde su diversidad de conformación) como un espacio fundamental para el desarrollo de sus integrantes a través del mejoramiento de la comunicación entre sus miembros y su vinculación con el medio, con apoyo social y profesional que la potencien como un factor protector para los adolescentes.

Además, en consideración a la similitud entre los porcentajes arrojados en cuanto a las conductas sexuales con consumo de sustancias por una parte y el control de embarazos por

otra, el equipo de investigación considera pertinente ahondar más respecto a la relación entre estos factores. Es importante también seguir profundizando en cuanto a la investigación sobre la conducta sexual de riesgo en adolescentes, puesto que es una temática de gran relevancia que no ha sido abordada desde una mirada integral en las políticas públicas. Se recomienda, sin embargo, que en una nueva investigación, la población de estudio involucre además a adolescentes de otras realidades sociales, aportando a la diversidad y mayor representación de la población nacional.

También se incentiva a realizar una revisión de los instrumentos “¿Cómo es tu familia?” y “¿Cómo es su familia?” con el fin de actualizarlos y volver a validarlos acorde a las concepciones de la actual sociedad chilena. De este modo, se podría comenzar una nueva investigación, involucrando esta vez la visión de los cuidadores significativos, ahondando en la influencia de las relaciones familiares con el apego y la autoestima como factores que si bien se han investigado por separado, en la presente investigación se ha evidenciado que cada uno tiene un gran porcentaje de relación con el otro.

Finalmente, el equipo sugiere el perfeccionamiento y validación del cuestionario de conductas sexuales tempranas de riesgo propuesto en el presente estudio, por ser una herramienta de investigación única en una temática que ha sido poco abordada a nivel nacional, paradójicamente, por falta de métodos de investigación especificados en el área.

CONCLUSIÓN

La presente investigación buscaba describir la relación entre las conductas sexuales tempranas de riesgo con la autoestima, las representaciones de apego y la percepción del funcionamiento familiar.

Como se mencionó en apartados anteriores, la conducta sexual temprana de riesgo no posee una definición clara, sin embargo se trabajó en la unión de diversas concepciones y planteamientos que aporta la literatura al respecto, y según esta se elaboró una encuesta que indaga los factores considerados como riesgosos para la vida del adolescente.

Las investigaciones nacionales entregaron cifras que orientaron el posterior análisis de los resultados obtenidos, dentro de los cuales se especificaba que una percepción de funcionamiento familiar disfuncional o vulnerable se relaciona con la presencia de conductas sexuales tempranas de riesgo. Así mismo, otros autores postularon que los niveles de autoestima y apego se relacionarían con dichas conductas, pero no existían investigaciones a nivel nacional al respecto. Es así como surge la inquietud de conocer y describir la relación (si es que se diera) entre los factores mencionados.

Se observó que no existe una relación significativa entre los niveles de autoestima y la presencia de conductas de riesgo, así mismo ocurrió con las representaciones de apego. Sí se encontraron relaciones significativas entre algunas conductas sexuales de riesgo, tales como la edad de inicio de conducta sexual, la conducta sexual bajo los efectos de sustancias, el control de infecciones de transmisión sexual y la cantidad de parejas sexuales que el adolescente ha tenido a lo largo de su vida, con factores del cuestionario que mide percepción de funcionamiento familiar en adolescentes, dentro de los cuales se encuentra la confianza que el adolescente posee en que puede solucionar situaciones difíciles, la percepción que éste tiene de las conductas riesgosas que ha realizado su familia alguna vez, y la comunicación que existe entre padre e hijo/a.

Este hallazgo lleva a concluir, como se mencionó anteriormente, que es necesaria una visión del adolescente de manera integral, el cual si bien guía alguna de sus conductas según sus niveles de autoestima y la calidad de vínculo que posea con sus cuidadores principales, estos

factores por sí solos no prevendrían ni gatillarían la presencia de conductas sexuales de riesgo, sino que sería la percepción del funcionamiento familiar, los niveles de cohesión, comunicación, apoyo y validación del adolescente, las variables que tendrían un mayor peso a la hora de exponer o no al adolescente a la realización de éstas conductas.

La principal tarea para las instituciones (centros de salud, establecimientos educacionales u otros) sería validar a la familia como factor protector o de riesgo (según sea el caso) fundamental, informar a padres, madres y/o cuidadores de qué manera influye lo que el adolescente percibe en su entorno familiar, recalcar que no basta con el cuidado individual, sino que también es importante el cuidado del sistema familiar, así como propiciar la comunicación entre profesionales y adolescentes en torno al tema, ya que de ésta forma se pueden desmentir concepciones erróneas acerca de la sexualidad, prevenir situaciones que pongan en estado de vulneración a los jóvenes, y brindar información que les permita comprender la importancia del autocuidado y la comunicación entre figuras significativas y pares.

REFERENCIAS

- Alcántara, J. (1993). *Cómo estudiar la autoestima*. España: CEAC.S.A.
- Alonso et al. (2000). Documentación social. *Adolescentes y jóvenes en dificultad social*, 1-149
- Benaim, D. S. (2005). *La teoría de la autoestima en el proceso Terapéutico*. Tesis *Psicología*. Maracaibo.
- Berger, K. (2007). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Editorial médica panamericana.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, (s.f.). Recuperado el 28 de abril de 2015, de <http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil/>
- Bórquez, M; Denova, E; Halley, E; Huinca, B; Huitrón, G; Santander, S; Villarroel, L; Zapata, L; Zubarew, T. (2010). *Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: un estudio comparativo*. *Papeles de población*, 17(70), 33-47. Recuperado en 01 de mayo de 2015, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S140574252011000400003&script=sci_arttext
- Breinbauer C, Maddaleno M. *El modelo "Jóvenes: opciones y cambios" y su aplicación en el diseño de intervenciones eficaces para los adolescentes*. En: Organización Panamericana de la Salud. *Jóvenes: Opciones y Cambios. Promoción de Conductas Saludables en los Adolescentes*. Washington DC: OPS; 2008. p. 33-38.
- Carrasco, E. (s.f.). Recuperado el 28 de abril de 2015, de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion03/M1L3Leccion.html>
- Corona F. & Peralta E. (2011). *Prevención de conductas de riesgo*. Revista médica clínica Las Condes, 68-75.
- CulturaSalud. (2009-2010). *Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile*.
- Delgado, I., Oliva, A., & Sánchez, I. (2011). Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente. *Anales de psicología*, 155-163.
- Fanning, & MCKay. (1999). *Autoestima. Evaluación y Mejora*. Madrid: Ediciones Martínez Roca.
- Fernández, M. (2002). Teoría del apego y psicoanálisis, hacia una convergencia clínica. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 5-34.

Florenzano R. (s.f.). *Conductas de riesgo y Factores protectores*. Recuperado el 01 de Mayo de 2015, de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion16/m4l16leccion2.html>

Florenzano R. El Adolescente y sus conductas de Riesgo. 3ª ed. Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile; 2005.

Gómez, J. (2005). Apego y comportamiento sexual en la adolescencia, en relación con la disposición a asumir riesgos asociados a la experiencia erótica. *Infancia y aprendizaje*, 293-308.

Gonzáles, E; Molina, T; Montero, A. & Martínez, V,. (2013). Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. *Revista médica de Chile*, 313-319.

MINSAL. (2011). *Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes*. Obtenido de MINSAL:<http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf>

Moneta, M. (2014). Apego y pérdida: Redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de pediatría*, 265-268.

Montuori, E. (s.f). *El duelo visto desde la teoría del apego*.

Morales, S., & Santelices, M. (2007). *Los modelos operantes internos y sus abordajes en psicoterapia*. Obtenido de Scielo: www.scielo.cl

Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 65-81.

Oliva, A. (2011). Apego en la adolescencia. *Acción psicológica*, 55-65.

Orbegoso B. (2011). *Conductas de riesgo convencionales*. Recuperado el 01 de Mayo de 2015, de http://www.cedro.org.pe/cursoonline20134/descargas/Modulo_2.pdf

Pinedo, J., Santelices, M, (2006). Apego adulto: Los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia psicológica*, 201-210.

Red de Salud UC. (08 de Junio de 2010). *Consecuencias inmediatas y futuras del inicio sexual precoz*. Recuperado el 01 de Mayo de 2015, de <http://redsalud.uc.cl/ucchristus/ginecologia-y-obstetricia/destacados/onsecuencias-inmediatasyfuturas-del-inicio-sexual.act>

Riquelme, E., Henríquez, C., & Álvarez, B. (2003). Relación entre estilos de apego y teoría de la mente. *Psykhé*, 73-81.

Rodríguez, C., & Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 389-403.

Román, M. (2011). Metodologías para la evaluación del apego infantil: De la observación de conductas a la exploración de las representaciones mentales. *Acción psicológica*, 27-38.

Rosenberg, M. (1996). *Counseling The Self. Basic Book*. New York.

Santander, S; Zubarew, T; Santelices, L; Argollo, P; Cerda, J. & Bórquez, M. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Revista médica de Chile*, 317-324.

W. K. Kellogg Foundation. (Diciembre de 1996). *Familia y Adolescencia: Indicadores de salud (Manual de aplicación de instrumentos)*. Recuperado el 25 de abril de 2015, de <http://www.rehueong.com.ar/sites/default/files/Familia%20y%20Adolescencia%20Indicadores%20de%20Salud.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

Encuesta Conducta Sexual temprana de riesgo

Nombre:

Curso:

A continuación, te presentamos 25 preguntas acerca de diversas conductas sexuales. Agradeceríamos que respondieras estas preguntas con honestidad, ya que los resultados obtenidos serán totalmente confidenciales, esto quiere decir que sólo serán manejadas por el equipo de investigación.

Antes de comenzar a contestar la encuesta, te pedimos que leas las siguientes aclaraciones:

- **Conducta Sexual:** cualquier acto sexual que no conlleve penetración genital o anal.
- **Relación Sexual:** acto sexual que implica penetración genital o anal.

1.- ¿Existe en tu comunidad un lugar o alguna persona de confianza donde adolescentes como tú puedan recibir apoyo e información sobre sexo, anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, etc? (Por favor, coloca una X el número que corresponda a tu respuesta)

1. No
2. Sí

Si tu respuesta es “NO”, pasa a la pregunta 3.

2.- ¿A qué lugar o a qué persona acudiste por información? puedes escoger más de una opción. (Por favor, coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta, puedes marcar más de uno)

- Madre
- Padre
- Establecimiento educacional
- Consultorio
- Otro (especifique)_____

3.- ¿Has tenido algún tipo de conducta sexual (es decir, sin llegar a la penetración genital)?
(Por favor, coloca una X el número que corresponda a tu respuesta)

1. No
2. Sí

Si tu respuesta es “NO”, pasa a la pregunta 6, si en esa pregunta tu respuesta sigue siendo “NO”, por favor entregar encuesta.

4.- Si contestaste afirmativo, ¿Cuáles de los siguientes actos has realizado? (Por favor, coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta, puedes marcar más de uno)

- Sexo oral
 - Masturbación mutua
 - Tocaciones en senos y/o genitales
 - Contacto genital con ropa
 - Contacto genital sin ropa
 - Otra(s). (Especifique):
-
-

5.- ¿Qué edad tenías la primera vez que los realizaste? (Por favor, coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta)

- 10 años o menos 15 años
- 11 años 16 años
- 12 años 17 años
- 13 años 18 años
- 14 años 19 años o más

6.- ¿Has tenido relaciones sexuales? (Por favor, coloca una X el número que corresponda a tu respuesta)

- 1. No
- 2. Sí

Si tu respuesta fue “No”, pasar a la pregunta 8

7.- Si contestaste afirmativo, ¿qué edad tenías la primera vez que tuviste relaciones sexuales? (Por favor, coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta)

- 10 años o menos 15 años
- 11 años 16 años
- 12 años 17 años
- 13 años 18 años
- 14 años 19 años o más

8.- ¿Cuán a menudo tienes conductas o relaciones sexuales? (Por favor, coloca una X el número que corresponda a tu respuesta)

- 1. Rara vez (1 a 3 veces al año)
- 2. Algunas veces (1 a 4 veces por mes)
- 3. Varias veces por semana
- 4. Nunca

9.- ¿Has mantenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o drogas? (Por favor, coloca una X el número que corresponda a tu respuesta)

- 1. Rara vez (1 a 3 veces al año)
- 2. Algunas veces (1 a 4 veces por mes)
- 3. Varias veces por semana
- 4. Nunca

10.- ¿Con qué frecuencia utilizas algún método anticonceptivo o de control de Infecciones de transmisión sexual? (Por favor, coloca una X el número que corresponda a tu respuesta)

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. A veces
- 4. Nunca

Si tu respuesta es “Nunca”, pasar a la pregunta 12

11.- ¿Qué tipo de método anticonceptivo utilizas? (Por favor, coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta, puedes marcar más de uno)

- Condón masculino
 - Inyección Anticonceptiva
 - Dispositivo Intra-uterino (Diu)
 - Anillo vaginal
 - Parche anticonceptivo
 - Implante sub-dérmico
 - Pastillas anticonceptivas
 - Ninguno
 - Otro (Especifique)_____
-

12.- ¿Qué tipo de método utilizas para evitar el contagio de ITS? (Por favor, coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta, puedes marcar más de uno)

- Condón masculino
 - Condón femenino
 - Ninguno
 - Otro (Especifique)_____
-

13.- En toda su vida, aproximadamente ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales, aunque fuera una sola vez? (ya sea conducta o relación sexual)

(Por favor, coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta)

- 1 6
- 2 7
- 3 8

- 4 9
 5 10 o más

14.- Si eres mujer ¿Has estado embarazada?, si eres hombre ¿Alguna pareja sexual ha quedado embarazada estando contigo? (Por favor, coloca una X el número que corresponda a tu respuesta)

1. No
2. Si

Si tu respuesta fue "No", pasar a la pregunta 20

15.- Si contestaste afirmativo, ¿Cuántas veces ha sucedido? (Por favor, coloca una X el número que corresponda a tu respuesta)

1. 1 vez
2. 2-3 veces
3. 4-5 veces
4. 6 veces o más

16.- ¿A qué edad sucedió el primer embarazo? (Por favor, coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 10 años o menos | <input type="checkbox"/> 15 años |
| <input type="checkbox"/> 11 años | <input type="checkbox"/> 16 años |
| <input type="checkbox"/> 12 años | <input type="checkbox"/> 17 años |
| <input type="checkbox"/> 13 años | <input type="checkbox"/> 18 años |
| <input type="checkbox"/> 14 años | <input type="checkbox"/> 19 años o más |

17.- ¿Fue un embarazo deseado? (Por favor, coloca una X el número que corresponda a tu respuesta)

1. No
2. Si

18.- ¿Dicho embarazo llegó a término? (Por favor, coloca una X el número que corresponda a tu respuesta)

1. No
2. Si

A continuación preguntaremos por un tema delicado, pero te recordamos que esta es una encuesta confidencial, por lo que te pedimos por favor que respondas sinceramente.

19.- Si contestaste negativo ¿Cuál fue el motivo? (Por favor, coloca una X el número que corresponda a tu respuesta)

1. Aborto Espontáneo
2. Aborto Provocado

20.- En otra ocasión ¿has abortado? En caso de ser así, ¿Cuántas veces ha sucedido? (Por favor, coloca una X el número que corresponda a tu respuesta)

1. 1 vez
2. 2-3 veces
3. 4-5 veces
4. 6 veces o más
- 5.- Nunca he abortado en otra ocasión

21.- Una infección de transmisión sexual es una enfermedad en la que uno se infecta por tener relaciones o conducta sexual con una persona que ya la padece ¿le ha diagnosticado algún médico a lo largo de su vida alguna de las siguientes infecciones de transmisión sexual? Puede señalar varias opciones. (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponda)

- Clamidia
- Gonorrea
- Sífilis
- Tricomonas
- Herpes genital
- Verrugas genitales
- Micosis u hongos
- Hepatitis B
- Uretritis no específica
- Ladillas o pediculosis genital
- Otra enfermedad de transmisión sexual
- No me han diagnosticado ninguna enfermedad

22.- Según la experiencia de la primera relación o conducta sexual, ¿podrías decirme cuál de estas aseveraciones describe mejor tu experiencia? (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponda)

- Tenía ganas
- Fue planeado
- Me convencieron
- Me forzaron
- Se esperaba que lo hiciera como parte de mi trabajo
- Otra (Especifique)_____

23.- ¿Alguna vez tuviste conductas o relaciones sexuales con alguien que te forzaba físicamente a hacerlo, te lastimaba o te amenazaba? (Por favor, coloca una X el número que corresponda a tu respuesta)

- 1.- No
- 2.- Sí

24.- ¿Has pagado con dinero, drogas u objetos para mantener una relación sexual? (Por favor, coloca una X el número que corresponda a tu respuesta)

1. No
2. Si

25.- ¿Has recibido dinero, drogas u objetos (tú u otra persona) a cambio de mantener relaciones sexuales contigo? (Por favor, coloca una X el número que corresponda a tu respuesta)

1. No
2. Si

¡Gracias por tu participación!

Anexo 2

Cuestionario de Apego en Adolescentes (AAQ)

Curso Edad Sexo: **Hombre** **Mujer**

Por favor, contesta las 9 preguntas que se muestran a continuación.

- 1) Estas preguntas tienen que ver con lo que sientes sobre tu relación con la persona que más te crió desde que naciste.
- 2) En cada frase del cuestionario aparecerá un **espacio en blanco** que corresponde a la persona que tú reconoces como aquella que más te crió. **Deberás responder todas las preguntas pensando siempre en esa misma persona.**
- 3) Por favor, encierra con un círculo uno de los números del 1 al 5 que aparecen frente a cada frase. Mientras más cerca del 1 es porque NO estás de acuerdo con lo que dice la frase, y si el número es más cercano a 5, significa que SI estás de acuerdo con lo que dice la frase
- 4) No tienes que poner tu nombre en el cuestionario, y nadie va a saber que fuiste tú el/la que lo contestó.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1.	Me hace sentir bien ser capaz de ayudar a _____	1	2	3	4	5
2.	A veces me siento enojado/a con _____ sin saber por qué	1	2	3	4	5
3.	Estoy seguro/a que _____ me escuchará.	1	2	3	4	5
4.	Me molesto con _____ porque pareciera que tengo que exigirle que me cuide y apoye.	1	2	3	4	5
5.	Estoy seguro que _____ tratará de entender cómo me siento	1	2	3	4	5
6.	Puedo ponerme en el lugar de _____ y entenderlo/a cuando se enoja.	1	2	3	4	5
7.	Disfruto ayudando a _____ cada vez que puedo.	1	2	3	4	5
8.	Hablo las cosas con _____	1	2	3	4	5
9.	Pareciera que _____ sólo me presta atención cuando estoy enojado/a	1	2	3	4	5

¿Quién es la persona que elegiste para completar los espacios en blanco?

Anexo 3

¿CÓMO ES TU FAMILIA?

"FAMILIA" es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas por sangre, por matrimonio, por adopción, o por relación estable de más de un año. En tu caso, tu familia son las personas con quienes compartes la vivienda en este momento de tu vida y con quienes tienes una relación de sangre, de adopción o de convivencia estable, siendo tú uno de los hijos de la familia.

Como todo lo que hagan las personas de la familia influye sobre los demás, te pedimos que respondas a las siguientes preguntas. Así lograremos saber qué necesitan, con el fin de ofrecer mejores formas de ayuda para todos.

ALGO SOBRE TÍ

1. ¿Quién completa este cuestionario? (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta.)

- Yo
 Un entrevistador

2. ¿Qué idioma hablas en tu casa con tu familia? (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta.)

- Inglés
 Español
 Francés
 Portugués
 Otro

3. ¿Cuántos años tienes actualmente? (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta.)

- Tengo 10 años cumplidos
 Tengo 11 años cumplidos
 Tengo 12 años cumplidos
 Tengo 13 años cumplidos
 Tengo 14 años cumplidos
 Tengo 15 años cumplidos
 Tengo 16 años cumplidos
 Tengo 17 años cumplidos
 Tengo 18 años cumplidos
 Tengo 19 años cumplidos

4. ¿Cuál es tu sexo.? (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponde a tu respuesta.)

- Mujer
 Hombre

5. ¿Cuántas personas viven con tu familia (comen y duermen en casa) incluyéndote? (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta.)

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dos (2) | <input type="checkbox"/> Siete (7) |
| <input type="checkbox"/> Tres (3) | <input type="checkbox"/> Ocho (8) |
| <input type="checkbox"/> Cuatro (4) | <input type="checkbox"/> Nueve (9) |
| <input type="checkbox"/> Cinco (5) | <input type="checkbox"/> Más de nueve |
| <input type="checkbox"/> Seis (6) | |

6. ¿Quién vive en tu familia? (A continuación coloca una X en el cuadro que corresponda a cada alternativa.)

- | Sí | No |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. ¿Cuántos hijos hay en tu familia, incluyéndote? (Cuenta los hermanos(as) que tienen relación de sangre, de adopción o matrimonio.) (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Soy único(a) | <input type="checkbox"/> Hay seis (6) hijos |
| <input type="checkbox"/> Hay dos (2) hijos | <input type="checkbox"/> Hay siete (7) hijos |
| <input type="checkbox"/> Hay tres (3) hijos | <input type="checkbox"/> Hay ocho (8) hijos |
| <input type="checkbox"/> Hay cuatro (4) hijos | <input type="checkbox"/> Hay nueve (9) hijos |
| <input type="checkbox"/> Hay cinco (5) hijos | <input type="checkbox"/> Hay más de 9 hijos |

8. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos? (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta.)

- Soy el único hijo en mi familia (no tengo hermanos)
 Soy el mayor de mis hermanos
 Estoy entre el mayor y el menor
 Soy el menor de mis hermanos

ACTIVIDADES Y SENTIMIENTOS FAMILIARES

Estas preguntas tratan de actividades y sentimientos familiares, los que varían en diferentes familias.
Por favor, responde cómo es tu familia.

9. ¿Cómo es tu familia? (Piensa cómo es tu familia actualmente. Encierra con un círculo el número que corresponda a tu respuesta en cada caso.)

	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
En Nuestra Familia					
a. Nos gusta pasar juntos el tiempo libre	1	2	3	4	5
b. Cada uno de nosotros expresa fácilmente lo que desea.....	1	2	3	4	5
c. Nos pedimos ayuda unos a otros.....	1	2	3	4	5
d. Las ideas de los hijos son tenidas en cuenta en la solución de los problemas.....	1	2	3	4	5
e. Cuando surgen problemas, nosotros nos unimos para afrontarlos	1	2	3	4	5
f. Nos turnamos las tareas y responsabilidades de la casa	1	2	3	4	5
Tus Parientes					
g. La familia comparte con parientes cercanos los eventos importantes (cumpleaños, fiestas, etc.).....	1	2	3	4	5
h. Estoy satisfecho con la relación con mis parientes.....	1	2	3	4	5

10. ¿Cómo afronta tu familia sus problemas o dificultades? (Por favor encierra con un círculo el número que corresponda a tu respuesta en cada caso.)

	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
a. Buscando consejo o ayuda en los amigos	1	2	3	4	5
b. Buscando consejo o ayuda de personas que han tenido problemas parecidos	1	2	3	4	5
c. Buscando consejo o ayuda de un sacerdote, un religioso o un pastor.....	1	2	3	4	5
d. Buscando consejo o ayuda de profesionales (abogado, médicos, psicólogos, terapeutas, etc.).....	1	2	3	4	5
e. Buscando consejo o ayuda en los programas que existen en nuestra comunidad para atender a las personas que tengan esas dificultades	1	2	3	4	5
f. Confiando en que nosotros podremos manejar sólo nuestros problemas	1	2	3	4	5
g. Definiendo los problemas en forma optimista, de modo que no nos sintamos demasiado desanimados.....	1	2	3	4	5
h. Buscando nuevas formas de afrontar los problemas	1	2	3	4	5

11. ¿Cuando estás en dificultades, a quiénes puedes acudir tú para encontrar apoyo? (Encierre en un círculo el número que corresponda a tu respuesta en cada caso.)

	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
a. Cuando lo necesito, cuento con el apoyo de mis padres	1	2	3	4	5
b. Cuando lo necesito, cuento con el apoyo de alguno de mis hermanos	1	2	3	4	5
c. Cuando lo necesito, cuento con el apoyo de alguno de mis parientes.....	1	2	3	4	5
d. Cuando lo necesito, cuento con el apoyo de alguno de mis amigos personales.....	1	2	3	4	5
e. Cuando lo necesito, cuento con el apoyo de algún otro adulto	1	2	3	4	5

RELACIONES CON TUS PADRES

12. ¿Quién funciona como madre en tu familia ahora? (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta.)

- Mi madre (biológica o adoptiva)
- Pareja de mi padre (conviviente, compañera estable)
- Otra mujer en mi familia funciona como madre
- Nadie funciona como madre

13. ¿Cómo es tu relación con ella? (Por favor encierra con un círculo el número que corresponda a tu respuesta.)

	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre	No se aplica
a. Estoy satisfecho con la forma como conversamos ...	1	2	3	4	5
b. Me es fácil expresarle todos mis sentimientos.....	1	2	3	4	5
c. Ella puede saber cómo me estoy sintiendo aún sin preguntármelo	1	2	3	4	5
d. Si yo estuviera en dificultades, podría comentárselo	1	2	3	4	5

14. ¿Quién funciona como padre en tu familia ahora? (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta.)

- Mi padre (biológico o adoptivo)
- Pareja de mi madre (conviviente, compañero estable)
- Otro hombre en mi familia funciona como padre
- Nadie funciona como padre

15. ¿Cómo es tu relación con él? (Por favor encierra con un círculo el número que corresponda a tu respuesta.)

	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre	No se aplica
a. Estoy satisfecho con la forma como conversamos ...	1	2	3	4	5
b. Me es fácil expresarle todos mis sentimientos.....	1	2	3	4	5
c. El puede saber cómo me estoy sintiendo aún sin preguntármelo	1	2	3	4	5
d. Si yo estuviera en dificultades, podría comentárselo	1	2	3	4	5

ACTIVIDADES FAMILIARES

16. Lee las siguientes actividades e identifica si se realizan o no en tu familia (Por favor encierra en un círculo el número que corresponda a tu respuesta.)

	Totamente falso	Ni falso ni cierto	Casi falso	Casi cierto	Totamente cierto
a. El padre dedica algún tiempo, cada día, para hablar con los hijos	1	2	3	4	5
b. La madre dedica algún tiempo, cada día, para hablar con los hijos	1	2	3	4	5
c. La familia completa comparte alguna comida cada día.....	1	2	3	4	5
d. Todos nosotros tomamos, cada noche, un tiempo para conversar o compartir alguna actividad.....	1	2	3	4	5
e. Hacemos algo como familia por lo menos una vez por semana	1	2	3	4	5

17. En mi familia sabemos muy bien quién manda. (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta.)

- Totalmente falso
- Casi falso
- Ni falso ni cierto
- Casi cierto
- Totalmente cierto

18. ¿Quién manda en tu familia? (Por favor coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta.)

- Mi madre
- Mi padre
- Ambos
- Pareja de mi padre (conviviente, compañera)
- Pareja de mi madre (conviviente, compañero)
- Otra persona (por ejemplo, un abuelo o hermano mayor)
- Cambia (varía)
- Nadie
- No sé
- Todos

SATISFACCIÓN CON ASPECTOS DE LA VIDA

19. ¿Estás satisfecho o no con los siguientes aspectos de tu vida? (Por favor encierra en un círculo el número que corresponda a tu respuesta en cada caso.)

	Completamente satisfecho Bastante satisfecho Bastante insatisfecho Ni satisfecho ni insatisfecho Totalmente insatisfecho				
	1	2	3	4	5
a. Contigo mismo.....	1	2	3	4	5
b. Tus amigos	1	2	3	4	5
c. La vida religiosa de tu familia ...	1	2	3	4	5
d. Los servicios de salud de que dispone tu familia.....	1	2	3	4	5
e. El barrio o comunidad donde vives	1	2	3	4	5
f. La situación económica de tu familia	1	2	3	4	5
g. Tu rendimiento escolar.....	1	2	3	4	5
h. Tu trabajo o tu ocupación principal	1	2	3	4	5
i. Tu familia.....	1	2	3	4	5

IMPORTANCIA DE ASPECTOS DE LA VIDA

20. Lee los siguientes aspectos de la vida y determina si cada uno tiene importancia para ti. (Por favor encierra en un círculo el número que corresponda a tu respuesta.)

	Más o menos importante Nada importante Muy importante Definitivo para vivir			
	1	2	3	4
a. Alcanzar un alto nivel de estudios	1	2	3	4
b. Realizarse en el trabajo u ocupación que uno escoja	1	2	3	4
c. Tener mucha influencia sobre los demás en el estudio, el trabajo o la comunidad.....	1	2	3	4
d. Tener mucho dinero	1	2	3	4
e. Tener una vida sexual activa.....	1	2	3	4
f. Tener una familia unida	1	2	3	4
g. Ser respetado por los demás como persona, independientemente de el sexo, edad o creencias.....	1	2	3	4
h. Respetar a los demás como persona, independientemente de el sexo, edad o creencias	1	2	3	4
i. Ser una persona honesta y recta.....	1	2	3	4
j. Creer en Dios o en un Ser superior ...	1	2	3	4

21. ¿Comparándote con tu grupo de compañeros o amigos, cómo te consideras tú? (Coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta.)

- Uno de los menos felices
- Menos feliz que la mayoría
- Tan feliz como la mayoría
- Más feliz que la mayoría
- Uno de los más felices

22. ¿Comparándote con tus compañeros, como te va a ti en el estudio? (Por favor, coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta.)

- No soy estudiante
- Mucho peor que a la mayoría
- Un poco peor que a la mayoría
- Igual que a la mayoría
- Un poco mejor que a la mayoría
- Mucho mejor que a la mayoría

SITUACIONES DIFÍCILES DE LA FAMILIA

23. Si en tu familia se presentaron las siguientes situaciones durante el ÚLTIMO AÑO, indica en qué medida los afectaron. (Por favor, encierra en un círculo el número que corresponda a tu respuesta en cada caso.)

	No ocurrió	Ocurrió pero NO afectó a mi familia	Ocurrió y afectó ALGO a mi familia	Ocurrió y afectó MUCHO a mi familia
Salud				
a. Uno de nosotros, o un pariente cercano, quedó físicamente incapacitado, adquirió una enfermedad grave o crónica, o lo pusieron en un hogar o asilo.....	1	2	3	4
b. Uno de nosotros presentó problemas emocionales o psicológicos.....	1	2	3	4
c. Murió un miembro de la familia, un pariente o un amigo cercano.....	1	2	3	4
Eventos				
d. Uno de nosotros tuvo dificultades en la escuela, colegio o universidad, por su rendimiento o por su conducta.....	1	2	3	4
e. Uno de nosotros tuvo cambios importantes en el trabajo (positivos o negativos)	1	2	3	4
f. Hubo serios conflictos o problemas familiares	1	2	3	4
g. Mis padres se separaron o divorciaron.....	1	2	3	4
h. Hubo problemas de dinero en la casa.....	1	2	3	4
i. Hubo violencia entre los miembros de la familia.....	1	2	3	4
j. La familia se cambió de vivienda (casa o departamento).....	1	2	3	4
k. Uno o ambos padres se unieron a una nueva pareja (compañero o compañera) o se volvieron a casar	1	2	3	4
l. La familia, o uno de los miembros de la familia, tuvo o adoptó un hijo.....	1	2	3	4
m. La familia pasó días sin comer por falta de dinero	1	2	3	4
n. La familia se quedó sin vivienda (casa o departamento).....	1	2	3	4
o. Uno de los miembros de la familia no visitó al médico cuando lo necesitó, por falta de dinero.....	1	2	3	4
p. Unos de los hijos se fugó de la casa.....	1	2	3	4
q. Uno de los padres abandonó a la familia	1	2	3	4

22. Indica si TÚ (en la columna del lado izquierdo) o alguien de tu familia (en la columna del lado derecho) vivió alguna de estas situaciones. (Primero, coloca una X en el cuadro del lado izquierdo que corresponda a la respuesta para tí mismo. Luego, coloca una X en el cuadro del lado derecho que corresponda a la respuesta para otros miembros de tu familia.)

<u>Tú</u>			<u>Otro miembro de tu familia</u>	
Sí	No		Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) Has fumado más de una vez al mes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Te has embriagado más de una vez al mes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) Has usado marihuana más de una vez al mes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Has usado drogas ilegales (cocaína, heroína, LSD) más de una vez al mes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Has usado otras drogas (tranquilizantes, hipnóticos, etc.) más de una vez al mes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Has usado solventes volátiles (neoprén u otros inhalantes).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Te has sentido triste o nervioso(a) todo el tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) Te preocupa mucho tu aspecto físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i) Has consultado por problemas emocionales o psicológicos alguna vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) Te has involucrado en peleas o riñas alguna vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k) Has intentado matarte alguna vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l) Tuviste relaciones sexuales alguna vez.	(no se aplica)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m) Has quedado embarazada o has embarazado involuntariamente a alguien alguna vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n) Sufriste abuso sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o) Recibiste golpes o maltrato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Indica si TÚ (en la columna del lado izquierdo) o alguien de tu familia (en la columna del lado derecho), fue tratado por alguna de estas situaciones en el último año. (Primero, coloca una X en el cuadro del lado izquierdo que corresponda a la respuesta para tí mismo. Luego, coloca una X en el cuadro del lado derecho que corresponda a tu respuesta para otros miembros de tu familia.)

<u>Tú</u>			<u>Otro miembro de tu familia</u>	
Sí	No		Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) Fui o fue tratado por abuso en el consumo de alcohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Fui o fue tratado por uso de drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) Fui o fue tratado psicológica o psiquiátricamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Fui o fue tratado por lesiones debido a intento de suicidio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Fui o fue tratado por heridas de una pelea o riña.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Tuve o tuvo un aborto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Tuve o tuvo atención prenatal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) Necesité o necesitó atención médica y no la obtuve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡MUCHÍSIMAS GRACIAS POR TU AYUDA!

Anexo 4

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1.- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Anexo 5

Valparaíso, Junio de 2015.

Señor
Eduardo Valdebenito E.
Director Instituto Superior de Comercio de Valparaíso

Presente

Junto con saludarlo, solicito apoyo para el desarrollo del seminario de Titulación "Adolescentes y conducta sexual temprana de riesgo: Relación con la autoestima, las representaciones de apego y las percepciones de funcionamiento familiar " de la Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso. Este estudio tiene por objetivo describir la relación entre autoestima, representaciones de apego y percepción del funcionamiento familiar con la presencia de conducta sexual temprana de riesgo en adolescentes de entre 14 y 19 años.

Para el desarrollo de este estudio se necesita evaluar adolescentes (hombres y mujeres) de entre 14 y 19 años de edad.

El proceso consiste en: firma de consentimiento informado de parte del apoderado, firma asentimiento de parte del alumno/a, aplicación de los siguientes instrumentos a los/as estudiantes: el AAQ (Adolescent Attachment Questionnaire), Escala de autoestima de Rosenberg, ¿Cómo es tu familia? y Encuesta conductas sexuales tempranas de riesgo. Lo anterior demora aproximadamente 45 minutos.

La investigación está a cargo de la Psicóloga Paula Solervicens Silva, RUT: 13.021.236-0 y de las alumnas seminaristas:

- Daniela Barrios Vargas: RUT 18.039.581-4
- Karla Reyes Bravo: RUT 18.275.454-4
- Nicole Rojas Ramírez: RUT 18.269.706-0
- Abigail Toro: RUT 17.428.609-4

En espera de una acogida positiva, se despide atentamente

Gonzalo Lira Mendiguren
Director Escuela de Psicología
Universidad de Valparaíso

Anexo 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “Adolescentes y conducta sexual de riesgo temprana: Relación con la autoestima, las representaciones de apego y las percepciones del funcionamiento familiar”, cuyo investigador principal es Paula Solervicens y co- investigadores Karla Reyes, Nicole Rojas, Daniela Barrios y Abigail Toro. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará en el Instituto Superior de Comercio de Valparaíso Durante el segundo semestre académico del año 2015

2. Relevancia del estudio y beneficios:

Diversos estudios han dado cuenta de que existe escasa educación sexual, arrojando porcentajes alarmantes sobre la conducta sexual temprana de riesgo en adolescentes chilenos (El 43,3% de los adolescentes declara haber tenido relaciones sexuales; 14.3% en menores de 13 años, 40.3% entre 13-16 y 60.8% en mayores de 16 años), encontrando relaciones como la influencia de hogares disfuncionales, problemas relacionales y falta de servicios cercanos. Considerando lo anterior, se hace necesario investigar cuales son los posibles factores de riesgo en los que a futuro se pueda intervenir con fines preventivos.

3. El objetivo del estudio es describir la relación entre autoestima, representaciones de apego, percepción del funcionamiento familiar y la presencia de conducta sexual temprana de riesgo en adolescentes de entre 14 y 19 años, pertenecientes a la región de Valparaíso.

4. La participación en la investigación es voluntaria y el/la estudiante no recibirá pago alguno como motivación para ser parte de la misma. La actividad consistirá en responder cuatro cuestionarios diferentes, los cuales medirán las representaciones de apego, conductas sexuales de riesgo, percepción del funcionamiento familiar y autoestima. Estos serán respondidos en el establecimiento educacional de cada participante durante el segundo semestre académico del año 2015, en el tiempo que la dirección del establecimiento disponga. Se requerirá seriedad y honestidad a la hora de responder las diversas preguntas, siempre manteniendo en consideración que los resultados serán confidenciales.

5. No existen riesgos para los participantes en la presente investigación.

6. La investigación no implica realizar ningún gasto monetario, y los participantes no serán remunerados por participar en ésta.

7. En caso de existir estudiantes con un alto grado de conductas de riesgo, se les ofrecerá la posibilidad de asistir al centro de atención psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso, en el cual existen profesionales de postgrado y estudiantes de quinto año calificados y supervisados para realizar atención psicológica. En caso de tener alguna duda acerca del proceso de investigación, puede contactarse al teléfono: (032) 250 86 00, o contactarse al e-mail: paula.solervicens@uv.cl. El(la) participante puede abandonar voluntariamente la investigación en cualquier momento si lo cree necesario, comunicándolo previamente al equipo de investigación. El retiro voluntario de la investigación no afectará negativamente al proyecto ni será perjudicial para el/la participante.

8. El nombre de los participantes no será revelado, en su lugar será utilizado un código numérico con el fin de mantener la confidencialidad.

9. Los datos del presente estudio serán tratados sólo por los investigadores, no permitiéndose el acceso a estos a ninguna persona que no participe en la presente investigación. Los instrumentos serán utilizados en los establecimientos educacionales de los participantes, en donde se encontrarán presentes los investigadores responsables.

10. En caso de la publicación científica de los resultados se mantendrá la confidencialidad de los datos.

11. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370. Explicitar que si acepta participar, recibirá un ejemplar de este documento, firmado por el investigador.

12. En caso de aceptar participar, recibirá un ejemplar de este documento.

Investigador principal
Paula Solervicens, Psicóloga infanto Juvenil
Teléfono: (032) 250 86 00
Correo electrónico: paula.solervicens@uv.cl

Firma

Valparaíso, Junio 2015

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES Y/O TUTORES

Yo,, RUT, padre o tutor o apoderado deDECLARO que la investigadora principal la psicóloga Paula Solervicens, y las estudiantes de quinto año Daniela Barrios, Karla Reyes, Nicole Rojas y Abigail Toro de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Brasil 2140 en la ciudad de Valparaíso, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación “Adolescentes y conducta sexual de riesgo temprana: Relación con la autoestima, las representaciones de apego y las percepciones del funcionamiento familiar en estudiantes entre 14 y 19 años pertenecientes a la región de Valparaíso” que llevarán a cabo en Instituto Superior de Comercio y cuáles son los procedimientos a los que será sometido mi hijo/a o pupilo/a, y en qué consistirá su participación. De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es describir la relación entre autoestima, representaciones de apego, percepción del funcionamiento familiar con la presencia de conducta sexual temprana de riesgo en adolescentes de entre 14 y 19 años, pertenecientes a la región de Valparaíso y será útil para la comunidad según sean los datos obtenidos y la información producida.
2. Mi participación es voluntaria (o la participación del hijo/a) y consistirá en contestar cuatro instrumentos los cuales son: Adolescent Attachment Questionnaire (AAQ), Escala de autoestima de Rosenberg, Encuesta de Conducta Sexual Temprana de Riesgo y el ¿Cómo es tu familia?, los que serán aplicados en los establecimientos educacionales durante el segundo semestre del año 2015.
3. La investigación no ofrece riesgo alguno para mi hijo/a
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, el nombre de mi hijo/a no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará un código representado por un número y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
5. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando la identidad de mi hijo o de mi pupilo/a). Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
6. mi hijo/a o pupilo/a no recibirá remuneración por la participación en este estudio y tampoco tendrá que asumir gasto alguno.
7. Si la evaluación a la que será sometido mi hijo/a o pupilo/a o cualquier otro hallazgo producto de esta investigación, o si el investigador principal así lo estimara, mi hijo podrá ser atendido en CAPSI en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Brasil 2140, Valparaíso, por profesionales de postgrado y estudiantes de quinto año calificados y supervisados para realizar atención psicológica.
8. Mi hijo/a o pupilo/a podrá retirar su participación del estudio si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para este.

9. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al investigador principal (y/o a sus colaboradores), en cualquier momento de la investigación, a quien/es podré contactar en el fono 56467365, o contactarse al e-mail: tesis.2015@gmail.com.
10. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.
11. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, del que recibo una copia, firmo aceptando la participación de mi hijo/a o la de mi pupilo/a en esta investigación.

Nombre, apellidos y firma

Rut: Nro.:

Investigador principal

Paula Solervicens, Psicóloga infanto Juvenil

Teléfono: (032) 250 86 00

Correo electrónico: paula.solervicens@uv.cl

Firma

Nombre y apellidos Director del Centro o Institución en donde se realizará el estudio, quien firmará como Ministro de Fe.

Valparaíso,.....de 2015.

Anexo 7

FICHA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA ALUMNOS

Yo,, RUT, alumno del liceo/colegioDECLARO que la investigadora principal la psicóloga Paula Solervicens, y las estudiantes de quinto año Daniela Barrios, Karla Reyes, Nicole Rojas y Abigail Toro de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Brasil 2140 en la ciudad de Valparaíso, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación “Adolescentes y conducta sexual de riesgo temprana: Relación con la autoestima, las representaciones de apego y las percepciones del funcionamiento” que llevarán a cabo en (Institución y/o ciudad) y cuáles son los procedimientos a los que seré sometido y en qué consistirá mi participación. De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es describir la relación entre autoestima, representaciones de apego, percepción del funcionamiento familiar con la presencia de conducta sexual temprana de riesgo en adolescentes de entre 14 y 19 años, pertenecientes a la región de Valparaíso y será útil para la comunidad según sean los datos obtenidos y la información producida.
2. Mi participación es voluntaria y consistirá en contestar cuatro instrumentos los cuales son: Cuestionario de apego adolescente (AAQ), Escala de autoestima de Rosenberg, cuestionario “¿Cómo es tu familia?” y un cuestionario sobre conductas sexuales tempranas de riesgo, los que serán aplicados en los establecimientos educacionales durante el segundo semestre del año 2015.
3. La investigación no ofrece riesgo alguno para mí.
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará un código representado por un número y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
5. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
6. No recibiré remuneración alguna por participar (o por la participación de mi hijo/a o pupilo/a) en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno
7. Si la evaluación a la que seré sometido, o cualquier otro hallazgo producto de esta investigación, o si el investigador principal así lo estimara, podré ser atendido en CAPSI en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Brasil 2140, Valparaíso, por profesionales de postgrado y estudiantes de quinto año calificados y supervisados para realizar atención psicológica.
8. Podré retirar mi participación si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí.

9. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al investigador principal (y/o a sus colaboradores), en cualquier momento de la investigación, a quien/es podré contactar en el fono 2507370, o contactarse al e-mail: paula.solervicens@uv.cl.
10. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, del que recibo una copia, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

Nombre, apellidos y firma
Rut:

Investigador principal
Paula Solervicens, Psicóloga infanto Juvenil
Teléfono: (032) 250 86 00
Correo electrónico: paula.solervicens@uv.cl

Firma

Nombre y apellidos Director del Centro o Institución en donde se realizará el estudio, quien firmará como Ministro de Fe.

CONSTANCIA

Eduardo Valdebenito E. Director del Instituto Superior de Comercio “Francisco Araya Bennet”, INSUCO de Valparaíso, informa que ha aceptado apoyar el desarrollo de la investigación correspondiente al Seminario de título de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso denominada “Adolescentes y conducta sexual de riesgo temprana: Relación con la autoestima, las representaciones de apego y las percepciones del funcionamiento familiar”. Las alumnas a cargo son:

- Daniela Barrios Vargas: RUT 18.039.581-4
- Karla Reyes Bravo: RUT 18.275.454-4
- Nicole Rojas Ramírez: RUT 18.269.706-0
- Abigail Toro: RUT 17.428.609-4

Dicha investigación está siendo ejecutada por los estudiantes de la Escuela de Psicología. La profesora guía a cargo es la Srta. Paula Solervicens S.

Se autoriza a las investigadoras a utilizar los resultados de los instrumentos aplicados a los alumnos del INSUCO en este seminario de título

Sin otro particular, les saluda atentamente,

Sr. Eduardo Valdebenito E.
DIRECTOR
INSUCO