

**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”  
ESCUELA DE POSGRADO**



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LAS CONDUCTAS  
SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES  
ATENDIDOS EN EL CLAS PUCARA - 2018”.**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: GESTIÓN SANITARIA**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN SALUD  
PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA**

**TESISTA: DENNIS KETTLIN GÜERE RUTTY**

**ASESORA: Dra. IRENE DEZA Y FALCÓN**

**HUÁNUCO - PERÚ**

**2020**



## **DEDICATORIA**

A Dios, a mis padres, esposo e hijo, por ser los inspiradores, impulsadores y darme fuerza para continuar este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

**La autora**

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi eterna gratitud a Dios forjador y dador de vida quien con sus bendiciones llena mi vida y la de mi familia, a mi madre Luz Ruty por ser la gran impulsadora que ha sabido darme ejemplo de trabajo y honradez, a mi esposo Christian por su apoyo, tiempo y paciencia en este proyecto de estudio.

A la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán”, por brindarnos la oportunidad de realizar investigaciones que contribuyan al análisis de temáticas de las determinantes de problemas a todo nivel, según líneas de investigación establecidas en la Escuela de Pos Grado de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán” de Huánuco.

A los profesionales de la maestría de la Región Huánuco, y en especial a la Dra. Irene Deza y Falcón, quien constituyo la muestra, por todo el apoyo brindado para la realización de esta investigación, ya que sin su colaboración no se hubiera logrado lo planeado.

Finalmente, se hace extensivo nuestra gratitud a todas aquellas personas que, de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de la presente investigación.

La autora

## RESUMEN

El **objetivo** de la investigación, fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará durante el 2018. **Métodos.** Fue un estudio explicativo, prospectivo, transversal y correlacional; con una muestra de 75 adolescentes, seleccionados por muestreo aleatorio simple. Previo a la aplicación se tomó en cuenta las consideraciones éticas, se administró un test FF-SIL de funcionalidad familiar y una Escala de Conductas Sexuales. La comprobación de la hipótesis fue mediante la Correlación de Spearman, para  $p < 0,05$ , apoyados en el SPSS Versión 21. **Resultados.** En cuanto a las conductas sexuales de riesgo los adolescentes manifestaron un 86.7%(65) haber iniciado su actividad sexual antes de los 16 años, 73.3%(55) tuvieron más de una pareja sexual, 65.3%(49) no siempre usa métodos anticonceptivos de barrera, 68.0%(51) no con todas las parejas con quien tuvo relaciones sexuales usaron métodos anticonceptivos, 66.7% (50) adolescentes manifestaron haber tenido relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas y un 94.7%(71) no se realizó un descarte de infección de transmisión sexual. Se comprobó relación significativa entre la funcionalidad familiar con las conductas sexuales de riesgo ( $Rho = 0.770$ ,  $p < 0,05$ ). **Conclusión.** Se determina la existencia de relación significativa indicando que, cuanto más disfuncional sea la familia, mayores serán las probabilidades de que el adolescente presente conductas sexuales de riesgo y viceversa.

**Palabras Claves:** Funcionalidad familiar, conductas sexuales de riesgo y adolescentes.

## **ABSTRACT**

The **objective** of the research was to determine the relationship between family functionality and risky sexual behaviors in adolescents served in the Health Strategy of Comprehensive Health Care in the Adolescent Life Stage of CLAS Pucará during 2018. **Methods** It was an explanatory, prospective, cross-sectional and correlational study; with a sample of 75 adolescents, selected by simple random sampling. Prior to the application, ethical considerations were taken into account, an FF-SIL test of family functionality and a Sexual Behavior Scale were administered. The hypothesis was checked using Spearman's correlation, for  $p < 0.05$ , supported by SPSS Version 21. **Results** As for risky sexual behaviors, adolescents indicated 86.7% (65) having started their sexual activity before the age of 16, 73.3% (55) had more than one sexual partner, 65.3% (49) do not always use methods Barrier contraceptives, 68.0% (51) not with all couples with whom they had sex used contraceptive methods, 66.7% (50) adolescents reported having had sex under the influence of alcohol or drugs and 94.7% (71) did not perform a discard of sexually transmitted infection. A significant relationship was found between family functionality and risky sexual behaviors ( $Rho = 0.770$ ,  $p < 0.05$ ). **Conclusion.** The existence of a significant relationship is determined by indicating that, the more dysfunctional the family, the greater the likelihood that the adolescent will present risky sexual behaviors and vice versa.

**Keywords:** Family functionality, risky sexual behaviors, adolescents.

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
RESUMEN.....	v
<i>ABSTRACT</i> .....	vi
ÍNDICE .....	vii
INTRODUCCIÓN.....	xiii
CAPITULO I. DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	1
1.1. Fundamentación del problema.....	1
1.2. Justificación .....	11
1.3. Importancia o propósito .....	12
1.4. Limitaciones.....	13
1.5. Formulación del problema .....	13
1.5.1. Problema general.....	13
1.5.2. Problemas específicos .....	13
1.6. Formulación de los objetivos.....	14
1.6.1. Objetivo general .....	14
1.6.2. Objetivos específicos .....	14
1.7 Formulación de Hipótesis .....	15
1.7.1 Hipótesis general .....	15
1.7.2 Hipótesis específicas:.....	15
1.8 Variables.....	16
1.8.1 Variable independiente.....	16
1.8.2 Variable dependiente .....	16
1.9 Operacionalización de variables .....	16
1.10 Definición de términos operacionales: .....	19

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO .....	20
2.1. Antecedentes:.....	20
2.1.1. Antecedentes Internacionales .....	20
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	24
2.2. Bases Teóricas .....	26
2.3. Bases Conceptuales.....	27
CAPITULO III. METODOLOGIA .....	41
3.1. Ámbito: .....	41
3.2. Población:.....	41
3.4. Nivel y Tipo de estudio.....	43
3.5. Diseño de investigación .....	43
3.6. Técnicas e Instrumentos:.....	44
3.7. Procedimientos:.....	46
3.8. Aspectos éticos.....	47
3.9. Plan de Tabulación.....	48
3.10. Análisis de datos .....	48
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	50
4.1. Análisis descriptivo .....	50
4.4. Aporte de la Investigación.....	87
CONCLUSIONES .....	88
RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS .....	91
ANEXOS .....	100



## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 01.</b> Descripción de la genero de los adolescentes	57
<b>Tabla 02.</b> Descripción de la edad de los adolescentes	58
<b>Tabla 03.</b> Descripción de la procedencia de los adolescentes	59
<b>Tabla 04.</b> Descripción de la convivencia de los adolescentes	60
<b>Tabla 05.</b> Descripción de la funcionalidad de la cohesión familiar de los adolescentes.	61
<b>Tabla 06.</b> Descripción de la funcionalidad de la armonía familiar de los adolescentes	62
<b>Tabla 07.</b> Descripción de la funcionalidad de la comunicación familiar de los adolescentes	63
<b>Tabla 08.</b> Descripción de la funcionalidad de la permeabilidad familiar de los adolescentes	64
<b>Tabla 09.</b> Descripción de la funcionalidad de la afectividad familiar de los adolescentes	65
<b>Tabla 10.</b> Descripción de la funcionalidad de los roles en la familia de los adolescentes	66
<b>Tabla 11.</b> Descripción de la funcionalidad de la adaptabilidad familiar de los adolescentes	67
<b>Tabla 12.</b> Descripción de la funcionalidad familiar de los adolescentes	68
<b>Tabla 13.</b> Descripción del inicio de la vida sexual de los adolescentes	69
<b>Tabla 14.</b> Descripción del número de parejas sexuales de los adolescentes	70
<b>Tabla 15.</b> Descripción de la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos de barrera por los adolescentes	71

<b>Tabla 16.</b>	Descripción del número de parejas de los adolescentes	72
<b>Tabla 17.</b>	Descripción de adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas	73
<b>Tabla 18.</b>	Descripción de los adolescentes que realizaron el descarte de Infección de transmisión sexual	74
<b>Tabla 19.</b>	Descripción de las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes	75
<b>Tabla 20.</b>	Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov en las variables funcionalidad familiar y conductas sexuales de riesgo en adolescentes	76
<b>Tabla 21.</b>	Relación entre la funcionalidad familiar con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes	77
<b>Tabla 22.</b>	Prueba de correlación de Spearman de la funcionalidad familiar con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes	78
<b>Tabla 23.</b>	Relación entre la funcionalidad familiar con la edad de la primera relación sexual adolescentes	79
<b>Tabla 24.</b>	Prueba de correlación de Spearman de la funcionalidad familiar con la edad de la primera relación sexual de los adolescentes	80
<b>Tabla 25.</b>	Relación entre la funcionalidad familiar con el número de parejas sexuales de los adolescentes	81
<b>Tabla 26.</b>	Prueba de correlación de Spearman de la funcionalidad familiar con el número de parejas sexuales de los adolescentes	82
<b>Tabla 27.</b>	Relación entre la funcionalidad familiar con la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos de barrera por adolescentes	83
<b>Tabla 28.</b>	Prueba de correlación de Spearman de la funcionalidad familiar con la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos de barrera por adolescentes	84

<b>Tabla 29</b>	Relación entre la funcionalidad familiar con adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas,	85
<b>Tabla 30.</b>	Prueba de correlación de Spearman de la funcionalidad familiar con adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas	86
<b>Tabla 31.</b>	Prueba de correlación de Spearman de la funcionalidad familiar con adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas	87
<b>Tabla 32</b>	Prueba de correlación de Spearman de la funcionalidad familiar con los adolescentes que se realizaron el descarte de Infecciones de transmisión sexual	88

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Grafico 01.</b>	Representación gráfica de la genero de los adolescentes	57
<b>Grafico 02.</b>	Representación gráfica de la edad de los adolescentes	58
<b>Grafico 03.</b>	Representación gráfica de la procedencia de los adolescentes	59
<b>Grafico 04.</b>	Representación gráfica de la convivencia de los adolescentes	60
<b>Grafico 05.</b>	Representación gráfica de la funcionalidad de la cohesión familiar de los adolescentes.	61
<b>Grafico 06.</b>	Representación gráfica de la funcionalidad de la armonía familiar de los adolescentes	62
<b>Grafico 07.</b>	Representación gráfica de la funcionalidad de la comunicación familiar de los adolescentes	63
<b>Grafico 08.</b>	Representación gráfica de la funcionalidad de la permeabilidad familiar de los adolescentes	64

<b>Grafico 09.</b>	Representación gráfica de la funcionalidad de la afectividad familiar de los adolescentes	65
<b>Grafico 10.</b>	Representación gráfica de la funcionalidad de los roles en la familia de los adolescentes	66
<b>Grafico 11.</b>	Representación gráfica de la funcionalidad de la adaptabilidad familiar de los adolescentes	67
<b>Grafico 12.</b>	Representación gráfica de la funcionalidad familiar de los adolescentes	68
<b>Grafico 13.</b>	Representación gráfica del inicio de la vida sexual de los adolescentes	69
<b>Grafico 14.</b>	Representación gráfica del número de parejas sexuales de los adolescentes	70
<b>Grafico 15.</b>	Representación gráfica de la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos de barrera por los adolescentes	71
<b>Grafico 16.</b>	Representación gráfica del número de parejas de los adolescentes	72
<b>Grafico 17.</b>	Representación gráfica de adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas	73
<b>Grafico 18.</b>	Representación gráfica de los adolescentes que realizaron el descarte de Infección de transmisión sexual	74
<b>Grafico 19.</b>	Representación gráfica de las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes	75

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa caracterizada por cambios significativos físicos, cognitivos, emocionales y sociales, la misma que está dividida en: adolescencia temprana de los 10 a los 14 años, en donde aparecen caracteres sexuales secundarios, fantasías sexuales, cambios puberales e incertidumbre sobre la apariencia; y en adolescencia tardía de 15 a 19 años de edad caracterizada por cambios imprevisibles de la conducta, sentimientos de invulnerabilidad, y aumento de las experiencias sexuales (1).

Actualmente, la salud sexual del adolescente, ha sido motivo de preocupación entre los profesionales dedicados a la salud pública, por el impacto social que ha ocasionado en las nuevas generaciones, manifestándose en el incremento de las infecciones de transmisión sexual y el embarazo no planificado. Estudios muestran cada vez cifras mayores de adolescentes que llevan a cabo prácticas sexuales de riesgo, los que a su vez los sitúan en contextos de mayor vulnerabilidad alcanzando índices altos de enfermedades propias de la adolescencia.

Por diversos intereses, se han realizado varios estudios enfocadas a las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, como el inicio temprano de la vida sexual, uso inconsistente del preservativo, múltiples parejas sexuales y el consumo de alcohol y otras sustancias, sin considerar el contexto psicológico y social en el cual se desarrolla, como el nivel educacional, la influencia de grupos pares y la familia, siendo esta última la fuente primaria de socialización, que ejerce una fuerte influencia en el comportamiento de estas conductas de riesgo.

La familia cumple un rol fundamental en el desarrollo del adolescente, donde este, necesita comunicación, orientación y comprensión por parte de los padres, por ello; es importante entender que una familia funcional, no es una familia perfecta, sin embargo, todos sus miembros han aprendido a cumplir con sus responsabilidades, existe respeto entre sus miembros, con apoyo y comunicación activa, se apoyan unos a otros y enfrentan los conflictos con una apropiada madurez. De esta manera, el adolescente tendrá mayor

confianza y no permitirá que la sociedad influya negativamente en su vida, generándose un entorno saludable, donde los padres puedan guiarlos y por ende gozar de una buena salud sexual y reproductiva.

La presente investigación se organizó de la siguiente manera: en el capítulo I, se abarcó la descripción del problema, justificación de la investigación, importancia o propósito, limitaciones que se presentaron al momento de la intervención, formulación del problema, objetivo, hipótesis y operacionalización de variables, operacionalización de variables y definición de términos operacionales.

En el capítulo II, denominado el marco teórico, se consideró, los antecedentes del estudio, realizados en diversos contextos a nivel internacional, nacional y local. Se consideró bases teóricas, los cuales nos sirvieron para poder fundamentar y justiciar la investigación, las bases conceptuales que nos permitieron definir de manera concreta las variables en estudio.

En el capítulo III, presentamos el marco metodológico mencionamos el ámbito donde se ha realizado la investigación, la población y muestra; el nivel, el tipo, el método y el diseño de investigación; las características propias de la validación y confiabilidad de las técnicas e instrumentos utilizados para la evaluación, recopilación, consideraciones éticas, procesamiento de datos, tabulación y análisis.

En el capítulo IV, se detallaron los resultados, el análisis inferencial, la verificación de la hipótesis de investigación, la discusión de resultados, las conclusiones, sugerencias o recomendaciones, la referencia bibliográfica y finalmente los anexos.

## **CAPITULO I. DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Fundamentación del problema**

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas del Perú (UNFPA) 2017, refieren que la población peruana es de 31 millones 826 mil 018 personas. De este total, 8 millones 440 mil 802 se ubican entre los 15 y 29 años de edad, es decir, la población joven representa el 26,5% de la población total, representado por hombres un 50.7% y mujeres un 49.3%, con residencia en la zona urbana un 77,5% y en la zona rural un 22.5%. En nuestro país uno de los indicadores de la salud sexual y reproductiva es la tasa de embarazo adolescente considerado prematuro dado que dificulta el desenvolvimiento de otras capacidades y habilidades. Presento un descenso en el embarazo adolescente o prematuro, de 13.7% en el 2009 a 14.6% en el 2014, vuelve a presentar una caída hasta el 12.7% para el año 2016. Este cambio, nos permite analizar, aunque no garantice una transformación en la tendencia, pero puede ser de utilidad evaluar el efecto de las estrategias y acciones emprendidas por la Salud Pública las que fueron articuladas a una estrategia integral de educación sexual para disminuir el embarazo adolescente. Y según condición económica la imagen denota un ligero descenso en el quintil más pobre que pasa de 26.9% en el 2009 a 24.0% en el 2014, para llegar hasta 23.9% en el 2016, siendo a su vez en la zona rural la mayor incidencia de embarazos adolescente (2).

En las etapas de vida como son la adolescencia y la juventud, la exploración de la sexualidad juega un papel muy importante para el desarrollo físico y emocional de las personas. Por ello, en esta etapa vital es importante adquirir nuevos cuidados y hábitos saludables. Además, es necesario garantizar a adolescentes y jóvenes el derecho a la información y el acceso a servicios de salud e insumos de prevención, porque las condiciones en las que toman decisiones sobre su sexualidad y las oportunidades de educación en esta materia tendrán un importante efecto, tanto en su calidad de vida como en las

tendencias poblacionales de las siguientes décadas. Las más desfavorecidas que iniciaron su primera relación sexual fueron las adolescentes de zonas rurales, con hogares pobres o bajo clima educativo con tan solo 15 años de edad; siendo República Dominicana el de mayor porcentaje (15%) y Perú (6.7%).

En América Latina y el Caribe en el 2015, el número de muertes relacionadas con el SIDA, se redujo un 31%, además la tasa de nuevas infecciones decreció un 40% en el mismo periodo, sin embargo, estas cifras muestran un alto grado de desconocimiento sobre el VIH y SIDA. En esta misma línea según el reporte de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS-4), en 13 países encuestados, siete de cada 10 mujeres de 15 a 19 años no tenían conocimiento profundo sobre el VIH, lo que significa que no escucharon hablar sobre esta enfermedad y respondieron erróneamente a un conjunto de preguntas básicas realizadas sobre el tema, e incluso, cinco de cada seis adolescentes mujeres que habían oído hablar sobre la enfermedad, mantenían actitudes de no aceptación plena hacia quienes padecen la enfermedad. Y peor aún en nueve países, el 68.3% de las adolescentes sexualmente activas de 15 a 19 años no se había realizado el test de VIH y SIDA en los últimos dos años (3).

En el Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2015, indican que el 45% de jóvenes entre 15 y 24 años son diagnosticados casos nuevos de infección por VIH alrededor del mundo (4).

En la actualidad para nadie es desconocido que el uso del preservativo y ejercer la monogamia durante las prácticas sexuales, son dos maneras primordiales de prevenir las enfermedades por transmisión sexual y la mayoría de los adolescentes identifican correctamente el uso del preservativo; sin embargo, el tener relaciones sexuales con una sola pareja o practicar la fidelidad, aun no se ha podido internalizar como cultura sexual en la población susceptible a contagiarse.

Consideramos como amenaza para la salud de la mujer el primer coito en niñas menores de 13 años, debido a las consecuencias que esta trae consigo; principalmente al embarazo no deseado, las infecciones de transmisión sexual



y el impacto que este ocasiona en áreas psicosocial y socioeconómico a la que posteriormente se enfrenta la adolescente, y esta se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida.

Romero, Maddaleno y Munist (5), afirman que este problema contribuye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”

Según el Ministerio de Salud 2017, el porcentaje de la primera relación sexual en niñas menores de 15 años, paso de 5.1% en el 2007 a 6.9% en el 2015. Asimismo, el porcentaje de mujeres, de este grupo de edad, que tuvieron actividad sexual reciente, paso de 11.4% a 14.4%; y el porcentaje de aquellas que nunca tuvieron relaciones sexuales se redujo en casi 10 puntos porcentuales en el mismo período (6)

Siendo la más temprana edad de inicio coital, las que se encontraron en el área rural (17,7 años) comparada con las del área urbana a los (18,8 años); suscitándose antes, en las mujeres sin educación (16,9 años) comparada con las de educación superior (20,6 años) y en las mujeres del quintil inferior de riqueza (17,4 años) en un (24,0%) en relación con las del quintil superior de riqueza (20,1 años) en un (7,4%).

Y especificando el grado de escolaridad; quienes iniciaron su actividad sexual prematuramente, fueron los que cursaban primaria con un (34,1%) mientras que menores porcentajes en aquellas adolescentes que se encontraban en educación superior con un (6,4%) de las encuestadas (7).

Asimismo, conocen alguna Infección de Transmisión sexual un 53,2% y un 30,1% conocen por lo menos un síntoma.

De tal forma; podemos inferir que el inicio de la actividad sexual en adolescentes, está asociada a una pobre planificación familiar, mayor tasa de fecundidad y al riesgo de adquisición de enfermedades de transmisión sexual.

También otro factor preponderante es el tipo de hogar donde residen las adolescentes que alguna vez estuvieron embarazadas fue, el tipo nuclear un 3.3% y el No Nuclear un 96.7% (8).

En la Encuesta Global de Salud Escolar, refiere que los adolescentes que se iniciaron sexualmente tuvieron poca comunicación con los padres o tutores en un 35%, 36% no sabían lo que hacían sus hijos en sus tiempos libres y en un 47 % no les mostraron afecto.

De acuerdo a la información del Instituto Nacional de Estadística e Informática según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el 2017, un dato que alerta es el incremento observado de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años de edad, al pasar de 12.7% en el año 2016 a 13.4% en el año 2017. Este incremento se observa en las zonas urbanas, al pasar de 9.8% a 10.7% entre el 2016 y 2017, y en zonas rurales, pasaron de 22.7% a 23.2% entre el 2016 y 2017. Y en 12 departamentos del país también se observan incrementos entre el 2016 y 2017, tal es el caso de: Lima Metropolitana (de 6.2% a 9.6%), Moquegua (de 6.8 a 8.6%), Amazonas (de 19.9% a 23.8%), Ayacucho (de 14.6% a 16.8%), y La Libertad (de 14.8% a 16.8%). Loreto registra la tasa más alta de embarazo en adolescentes (30.4%).

En una encuesta realizada en Perú sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, a más de 2,000 personas en cinco ciudades, los entrevistados consideraron como problema de la salud sexual de los adolescentes, el embarazo no deseado (64%), la maternidad temprana (42%) y el aborto clandestino (34%). En general, no hubo mucha diferencia entre la opinión de los entrevistados hombres y mujeres, solo en el caso de “aborto clandestino” y “bullying homofóbico en las escuelas”, el porcentaje más alto de opinión al respecto fueron el de las mujeres quienes opinaron que estos eran problemas prioritarios que debe ser considerado en la agenda de los políticos y el sector salud (9).

Desde el seguimiento concertado que se hace en la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza a través del Sub Grupo de Prevención del Embarazo en Adolescente y de la revisión de la información de lo que ocurre en el Perú y en otros países de América Latina, identificaron los siguientes factores que inciden en el incremento del embarazo en adolescentes: Limitado acceso a la educación, limitado acceso a información y educación sobre salud

sexual y reproductiva, limitado acceso a métodos modernos de planificación familiar, falta de oportunidades para la vida, y contexto de violencia y abuso sexual. De esta manera el embarazo en adolescentes constituye un problema multicausal y que afecta especialmente a las niñas y adolescentes en contextos de desigualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres (10).

Desde la perspectiva psicosocial, la familia es sumamente importante en el desarrollo de los niños, pues es, el agente socializador que más va a influir en su crecimiento y lo más importante de la educación sexual depende de la familia (López, 2005b)

El concepto de familia tiene una historia que se desarrolla a lo largo de varios años que se inicia con la formación de la pareja, pasando por varias etapas, constituyendo así los ciclos de la vida familiar.

Un aspecto de primordial interés, es el papel que desempeñan los padres durante la etapa de la adolescencia, debido a que la familia es el núcleo socializador más importante para el niño y el adolescente. Desde un contexto relacional o comunicacional marcan de manera intensa la vida futura del individuo. Muchas madres desde el nacimiento y aún antes, ya establece vínculos que perviven el resto de su vida y esto se inician durante el embarazo mediante la preparación de la dulce espera en ambos padres. La madre se prepara para recibir el nuevo ser, se cuida pensando en él, disfruta haciendo su ropa, comunica sus anhelos a su pareja y recibe al neonato con alborozo, lo alimenta, lo protege. El padre se suma a esta espera con su actitud de protector y educador aunque su participación suele ser menos intensa como cuidador sobre todo en las primeras etapas de la vida del niño. La familia tradicional conformada por papa, mama e hijos conforma una estructura básica que facilita la estabilidad, protección, distribución del trabajo, intercambio humano, refuerzo cognitivo y emocional para el normal desarrollo de sus miembros; hacen del núcleo familiar una unidad de convivencia reforzadora e irremplazable para la vida futura de los seres humanos.

Sin embargo, debemos recordar que no siempre las familias son el modelo para el adolescente debido a una serie de circunstancias positivas o negativas

que afrontan, una de ellas es la separación de los padres. En este sentido; lo que diferencia a una familia disfuncional de una funcional no es la presencia o no de problemas, sino está basado en la utilización de los patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo social y psicológico de sus miembros, y la salud mental del adolescente, tiene íntima relación con su vida en familia.

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática , 2013; titulado las adolescentes y su comportamiento reproductivo; nos revela la importancia que tiene la familia como principal ente forjador de la sociedad en vista de que los resultados obtenidos del total de nuestros adolescentes que se iniciaron sexualmente en nuestro país; es en el hogar donde residen las adolescentes alguna vez embarazadas, en gran porcentaje es familia no nuclear (91,9%); es decir, no solamente está conformado por padre, madre e hijos sino que se agregan personas que no necesariamente tienen vínculos sanguíneos pero que de acuerdo a la definición de hogar, comparten un mismo presupuesto y elaboran y consumen en común sus alimentos. Gran porcentaje entre las que ya son madres (96,7%) y más de tres cuartos (77,5%) en las embarazadas por primera vez, residen en este tipo de hogar (11).

Por otro lado, también los medios de cómo se informan los adolescentes sobre temas de sexualidad es muy importante analizarlos. En la actualidad los adolescentes cuentan con mucha información, incluso se puede decir que les llega en demasía y se inclinan por información sexual a través de los amigos, el internet, los medios de comunicación, etc. Pero la gran preocupación es saber si esa información es la correcta.

López Sánchez, (12) refiere que uno de los mayores problemas que enfrentan los adolescentes sobre temas de sexualidad, es la falta de información legitimada por la familia, la escuela y los profesionales de la salud y a este contexto se suman las contradicciones que la sociedad emite en los planteamientos sobre sexualidad de los adolescentes y los jóvenes.

Toda información captada por los adolescentes es escondida a la familia; por lo tanto, la usan de manera furtiva. Si estos temas tan necesarios e importantes son ocultados a la familia que es el lugar más interactuante con

el adolescente, por ende, esta actitud no favorecerá hacia una conducta sexual responsable.

De igual modo, uno de los factores de riesgo más importantes para los adolescentes es el consumo de drogas dado a su incremento en el mundo entero. Los niveles de discapacidad y muerte relacionados al empleo de drogas son altos, igual que las consecuencias económicas, sanitarias o sociales; es decir, es un problema multideterminado que modifican el funcionamiento del sistema nervioso central y el cerebro. Según el reporte del Director de Salud Mental del MINSA, se han reportado dos casos de menores de 11 años adictos a la cocaína y atendidos a 10 niños consumidores de bebidas alcohólicas. Manifiesta que tanto el entorno social como la falta de afecto de sus padres conducen a los menores al consumo de licor y drogas ilegales. Del mismo modo, Carlos Ordoñez Jefe del Departamento de Adicciones del Hospital "Hermilio Valdizan", afirmó que nunca antes se había visto que los menores adquieran una fuerte dependencia al licor y a las drogas; afirmó que es producida por dos factores: un 50% a la carga genética (padres alcohólicos, hijos alcohólicos) y el otro 50% a factores emocionales de los adolescentes, recalcó.

Por ello; en la Encuesta de Hogares realizada por Cedro en 2017, se incorporó el indicador ofrecimiento de drogas, la que se encuentra elevada en nuestro país. Constituyendo que la cuarta parte de la población encuestada de 12 a 65 años recibió al menos un ofrecimiento para consumir drogas ilegales en su vida.

Según la OMS; el alcohol y otras sustancias a menudo acompañan a las primeras (y posteriores) experiencias sexuales de los jóvenes varones. En un estudio, los hombres tailandeses informaron de que su iniciación sexual a menudo tenía lugar como una actividad influida por el grupo de pares varones acompañada de consumo social de alcohol; en Tailandia rural, el 49% de los varones jóvenes de 15 a 24 años decía haber tenido experiencias sexuales. De ese grupo, el 77% decía haber tenido relaciones en algún momento con una profesional del sexo, el 94% decía que lo habían convencido de visitar a

una profesional del sexo sus amigos varones, y el 58% decía que estaban borrachos antes de visitar a la profesional del sexo por primera vez, así mismo se compara con América Latina, los muchachos manifiestan tomar alcohol u otras sustancias para tener el valor de emprender una conquista sexual (13).

La OMS también nos hace una referencia importante; en Bolivia, los estudiantes universitarios confirmaron que tener una ITS era considerado una medalla de honor tanto por los miembros de la familia del muchacho (sobre todo, padres) como por los amigos.

Otro problema de la salud que afecta al adolescente son las infecciones de transmisión sexual, debido al inicio temprano de las relaciones sexuales, a la promiscuidad y al uso irregular de los métodos de barrera. Los adolescentes también pueden contraer ITS tras sufrir abuso sexual (14).

Las adolescentes son más susceptibles a la infección por la inmadurez del tracto genital e incluyen esterilidad y dolor pélvico crónico; y pueden incrementar el riesgo de infección por VIH, Virus del Papiloma Humano, herpes, sífilis, etc. Se debe acrecentar más información sobre la posibilidad de anticoncepción poscoital dentro de las 48-72 horas tras la relación (15).

La OMS (2019) publicado en el Boletín Bibliográfico sobre enfermedades de transmisión sexual hace mención que, algunas ITS, como herpes genital tipo 2 y la sífilis, pueden incrementar el riesgo de contraer el VIH; así como también reconoce la importancia de la infección por *Chlamydia trachomatis* y el aumento de la tasa de infección entre los adolescentes considerando una tarea prioritaria para el sector salud.

Este estudio nos revela que la salud sexual de nuestros adolescentes tanto en el área rural como urbana esta descuidada por el sistema de salud; en vista que no solo se exponen a un embarazo no deseado sino también a la promiscuidad; puesto que la adolescencia es una etapa de transición de la niñez a la adultez donde el adolescente no está en la capacidad de tomar una decisión asertiva a cada situación por el contrario en esta etapa adquiere conocimientos, actitudes, conductas y comportamientos los cuales le servirán en su vida adulta.

Se entrevistó a la familia García Paraguay del anexo de Tallhuis, Distrito de Pucara, con características de ser una familia nuclear conformada por los padres y tres hijos adolescentes a quienes se les realizaron preguntas sobre la sexualidad ¿si alguna vez conversaron sobre sexualidad con sus hijos? frente a la pregunta los padres manifestaron que nunca para no despertarles la curiosidad o incentivarlos al inicio de su actividad sexual; también se les pregunto ¿a qué edad iniciaron su actividad sexual?, informando que se iniciaron a los 15 años, que a ellos tampoco sus padres les informaron acerca de la sexualidad, de métodos anticonceptivos, ni de que podrían contraer alguna infección de transmisión sexual.

La madre de familia de este hogar perteneció a una familia disfuncional, vivía solo con la madre y la abuela que su papa nunca vivió con ella. Por eso se pegó mucho a su pareja actual y decidió ser madre a temprana edad.

Ellos se conocieron en la fiesta costumbrista del Santiago porque ella pastoreaba ovejas en la altura junto a su abuela su primera relación sexual fue bajo efecto del alcohol; no se dio cuenta de nada debido a la embriaguez que presentaba mientras que su pareja no tanto, y así se veían más seguido y nunca se cuidaron es decir no utilizaron ningún método anticonceptivo, saliendo embarazada a los 3 meses de conocerse y decidieron convivir desde ese momento. Frente a estas preguntas los padres mostraron cierto nerviosismo y timidez.

Asimismo, se entrevistó a una adolescente de 16 años de edad, Hermelinda Ch. E. del barrio Progreso del distrito de Pucará, (se mantiene en secreto el nombre completo por ser menor de edad), actualmente embarazada con contagio de una ITS (síndrome de flujo Vaginal) sospecha de trichomonas no cuenta con pareja actual, madre soltera, acude al establecimiento de salud para Atención Prenatal, en el cual se aprovecha el motivo para realizar la entrevista. Se le interrogó sobre la edad de su primera relación sexual, refiriendo que se inició sexualmente a los 14 años. Y ¿cuántas parejas sexuales tuvo? refirió que tuvo tres parejas sexuales de los cuales uno era mayor de edad (34 años), iniciándose con él la primera vez. ¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales bajo efectos de alcohol o drogas? refiere que sí, pero no solo una vez, sino varias veces y se añade la pregunta si ¿utilizó algún

método anticonceptivo? dijo que algunas veces; y ¿cuál fue el método? el preservativo (asumiendo que se encontraba en sus días de peligro); que no utilizo otros porque tenía vergüenza de acudir al establecimiento o de ir a la farmacia a comprarlos. ¿Con quién vives?, ¿Cómo es tu hogar?: refiere que vive con sus tías que su mamá trabaja por Huancavelica y la dejó a cargo de su tía desde los 10 años y que ellas nunca le hablaron acerca de la sexualidad, ella se informó por las amigas y amigos de colegio. A la pregunta ¿abortaste alguna vez? refirió que sí, que se tomó pastillas y por casi un mes agua de ruda, cuando le vino hemorragia su tía la llevo al Centro de Salud, pasándola luego al Hospital para que le realicen una limpieza. ¿Alguna vez quisiste suicidarte? la adolescente refirió que sí, que las intento dos veces, la primera vez cuando supo de su primer embarazo cortándose las venas de la mano izquierda con un pico de botella de vidrio y la segunda vez cuando se sentía sola, no se sentía querida, sentía que los hombres la utilizaban solo por sexo, y porque su tía no la dejó ir a unos quince años de su amiga; tomo raticida acudiendo al Centro de Salud en compañía de sus tías. Y ahora ¿cómo te embarazaste?, acudí al concurso de Huaylash con unos amigos y amigas empezamos a tomar de ahí uno de ellos me dijo que fuéramos más allá, caminando al descampado y como una está borracha tuvimos relaciones sexuales.

Estas son manifestaciones de una de las tantas adolescentes que habitan en todo el distrito de Pucara, muchas de estas historias son repetitivas en este establecimiento de salud; por ende surgió la interrogante ¿qué hacer para evitar las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes?, por eso decidí realizar la presente investigación para conocer con mayor profundidad dicha problemática; y además los resultados del estudio se convierten en elementos para la mejor planificación de programas preventivo promocionales sobre la sexualidad y la salud reproductiva enfocada a brindar mejor atención al grupo etáreo de adolescentes .



## 1.2. Justificación

La adolescencia es la edad de los cambios, la época de rupturas: ruptura de acuerdo a la infancia, ruptura de acuerdo a un ser que se quiere volver adulto, ruptura con las hormonas, que transforman la imagen física y psíquica, y la ruptura con él mismo que intenta estructurarse (16).

Todas estas rupturas pueden conducir a conductas de riesgo en los adolescentes, debido a varios factores como son: el ambiente escolar, la religión y el tipo de funcionalidad de la familia. Es así que, un adolescente que se desenvuelve en un ambiente familiar propicio, tendrá menos probabilidad de generar conductas de riesgo, que uno que lo hace en un ambiente conflictivo.

Las probabilidades de generar este tipo de conductas aumentan, si existe violencia, en cualquier lugar donde el adolescente se desarrolle, sea este el colegio, casa, barrio o amigos. Hoy en día una de las conductas de riesgo más común es la conducta sexual de riesgo, debido a la creciente mal información sobre sexualidad que existe en los medios de comunicación, las amistades, y la falta de información verdadera y sana que deberían dar las autoridades, como son los padres, maestros, adultos en la familia y amigos, y el estado. Son estas rupturas las que generan un adolescente débil, dependiendo el ambiente en que crece, siendo responsables principales de la educación de los adolescentes los padres, y el medio familiar. Es decir, el tipo de funcionamiento familiar en el que el adolescente se desenvuelve puede afectar de manera significativa a la expresión de su sexualidad, haciéndola responsable o inclinándola a conductas de riesgo, esto dependerá de cuan nutricio sea el medio familiar en el que se desarrolla.

La Rosa L. (1995) sostiene que la sexualidad adolescente y las decisiones que se toma con respecto a ella, están profundamente vinculadas a la construcción social de la sexualidad que el adolescente logra a través de la capacidad de interacción y autonomía que haya interiorizado de su entorno.

Por su parte Morris y Cols (1988), refieren que los factores educativos, religiosos y económicos, así como la relación de la familia y la combinación

de todos esos factores ejercen un efecto considerable sobre el inicio de la actividad sexual, indudablemente el indica que la experiencia sexual es mayor en los hombres y aumenta con la edad.

En los países de América Latina se hace más frecuente el inicio de la vida sexual a edades más tempranas, lo cual puede postergarse si se mejora el ambiente familiar del adolescente, el método más fácil y sin costo; se propone mejorar el nivel de cohesión familiar y adaptabilidad familiar. Además, el inicio de la actividad sexual a temprana edad es un problema creciente en el Perú y en muchos países.

### **1.3. Importancia o propósito:**

Los resultados de la investigación servirán para fundamentar políticas de protección a las familias para que así puedan brindar una mejor educación, afecto y sean los primeros en saber sobre el comportamiento sexual de sus hijos, y encontrándonos ya en una época de conocimiento que exige se implemente programas educativos que debe ser dirigido por profesionales de la salud capacitados a cumplir con dicha propuesta.

Desde el punto de vista de la salud pública, esta investigación corresponde al nivel primario de prevención, su análisis nos aproximara a determinar la relación que existiría entre la funcionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes atendidos en el CLAS Pucara, por ende, el profesional de salud tomará conciencia para la reorientación de sus consejerías a la familia, con lo cual se podría disminuir los riesgos en la salud sexual del adolescente.

La presente investigación tendrá como propósito evaluar, relacionar la funcionalidad familiar y las conductas sexuales en los adolescentes que son atendidos en el CLAS Pucara.

## **1.4. Limitaciones:**

Este proyecto presentó ciertas limitaciones en relación a los instrumentos de recolección de datos aplicado al adolescente, debido a que no reflejan la realidad completa de la relación que existe entre funcionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo; del mismo modo el acceso de las fichas familiares de los adolescentes es limitada.

## **1.5. Formulación del problema**

### **1.5.1. Problema general**

¿Qué relación existirá entre la funcionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes atendidos en el CLAS Pucara, 2018?

### **1.5.2. Problemas específicos**

- ¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar con la edad de inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018?
- ¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar con el número de parejas sexuales en los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018?
- ¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar con el uso de métodos de barrera en cada relación sexual en los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018?
- ¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar con las relaciones sexuales bajo efectos del alcohol y drogas en los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018?

- ¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar con la presentación de una ITS en los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018?

## **1.6. Formulación de los objetivos**

### **1.6.1. Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018

### **1.6.2. Objetivos específicos**

- Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018
- Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el número de parejas sexuales en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018
- Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el uso de métodos anticonceptivos de barrera en cada relación sexual en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018
- Establecer la relación entre la funcionalidad familiar y las relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol y drogas en adolescentes en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018

- Determinar la relación entre la funcionalidad familiar ante la presentación de una ITS en los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018

## 1.7 Formulación de Hipótesis

### 1.7.1 Hipótesis general

**H0:** La funcionalidad familiar no se relaciona significativamente con la conducta sexual de riesgo en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.

**Hi:** La funcionalidad familiar se relaciona significativamente con la conducta sexual de riesgo en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.

### 1.7.2 Hipótesis específicas:

**H0<sub>1,2,3,4, 5</sub>:** La edad de inicio de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el uso de métodos anticonceptivos de barrera en cada relación sexual, relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol y drogas y la presentación de una ITS, no se relaciona con la funcionalidad familiar en la vida de los adolescentes, atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.

**Hi<sub>1</sub>:** La edad de inicio de las relaciones sexuales, se relaciona con la funcionalidad familiar en la vida de los adolescentes, atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.

**Hi<sub>2</sub>:** El número de parejas sexuales, se relaciona con la funcionalidad familiar en la vida de los adolescentes, atendidos en la Estrategia

Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.

**Hi<sub>3</sub>:** El uso de métodos anticonceptivos de barrera, se relaciona con la funcionalidad familiar en la vida de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.

**Hi<sub>4</sub>:** Las relaciones sexuales bajo efectos de alcohol o drogas, se relacionan con la funcionalidad familiar en la vida de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.

**Hi<sub>5</sub>:** La presentación de una ITS, se relaciona con la funcionalidad familiar en la vida de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.

## 1.8 Variables

### 1.8.1 Variable independiente

Funcionalidad familiar.

### 1.8.2 Variable dependiente

Conducta sexual de riesgo.

## 1.9 Operacionalización de variables

Variables	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>				
<b>Conducta Sexual de Riesgo</b>	Edad de inicio de las relaciones sexuales	Cuantitativo	Edad: 12- 19 años	Intervalo
	Número de parejas sexuales	Cuantitativo	Nº de parejas sexuales:	intervalo

	Valórico- conductual	Cualitativo	Uso de métodos de barrera en cada relación sexual	
		Cualitativo	Relaciones sexuales bajo efecto de alcohol o drogas	
		Cuantitativo	Presentación de una ITS	
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>				
<b>Funcionalidad Familiar</b>	Cohesión familiar	Cualitativo	Las decisiones importantes se toman en Conjunto	Ordinal
	Armonía familiar	Cualitativo	En mi familia predomina la armonía.	Ordinal
	Roles	Cualitativo	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.	Ordinal
	Afectividad	Cualitativo	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	Ordinal
	Comunicación familiar	Cualitativo	Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa	Ordinal
	Adaptabilidad	Cualitativo	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	Ordinal
	Permeabilidad familiar	Cualitativo	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	Ordinal
	Cohesión familiar	Cualitativo	Cuando alguno de la familia tiene un problema los	Ordinal

			demás lo ayudan.	
	Roles	Cualitativo	Se distribuyen las tareas de manera que nadie esté recargado.	Ordinal
	Adaptabilidad	Cualitativo	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	Ordinal
	Comunicación familiar	Cualitativo	Podemos conversar diversos temas sin temor.	Ordinal
	Permeabilidad familiar	Cualitativo	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	Ordinal
	Armonía familiar	Cualitativo	Los intereses y necesidades de cada uno son respetados por toda la familia.	Ordinal
	Afectividad	Cualitativo	En nuestra familia nos demostramos el cariño que nos tenemos.	Ordinal
<b>VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN</b>				
<b>Características sociodemográficas</b>	Edad	Numérica	Años cumplidos	Intervalo
	Género	Categórica	Masculino Femenino	Nominal, dicotómica
	Procedencia	Categórica	Local Foráneo	Nominal, dicotómica
	Condición de vivencia	Categórica	Padres Hermanos Hospedaje	Nominal, dicotómica



## **1.10 Definición de términos operacionales:**

### **Conducta sexual de riesgo:**

Adolescente expuesto a riesgos de su salud sexual, inicio a edad temprana de su actividad sexual, no uso o uso inadecuado de los métodos anticonceptivos de barrera, expuesto a contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados y múltiples parejas sexuales.

### **Funcionalidad familiar**

Es la capacidad del sistema funcional, en todas las áreas que desempeñan las familias para cumplir con las tareas encomendadas, donde los hijos no presentan trastornos graves de conducta y que la pareja se mantenga en una relación armoniosa ofreciendo un total equilibrio emocional y respeto entre los integrantes de la familia.

## CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes:

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**EN México (2014)**, Lavalle, Sotomayor, Rozen-Fuller (17) llevaron a cabo un trabajo de investigación titulado “Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes” cuyo objetivo fue evaluar las conductas sexuales de riesgo del adolescente y su relación con las características familiares. Métodos: en una muestra representativa y aleatoria de 909 adolescentes, se evaluó la vida sexual y la estructura, satisfacción y dinámica familiar. Resultados: el inicio temprano de la vida sexual fue más frecuente en los adolescentes con familias en las que la expresión del afecto es disfuncional y con una estructura monoparental y nuclear. La falta de uso de condón se relacionó con deficiente expresión del afecto y comunicación dentro de la familia. Tener más de tres parejas se relacionó con la expresión disfuncional del afecto y el grado de satisfacción del adolescente con su familia. Los embarazos no planeados y las enfermedades de transmisión sexual fueron más frecuentes en los adolescentes pertenecientes a familias extensas que tenían una expresión disfuncional del afecto. Conclusiones: el nivel de comunicación, el monitoreo de la conducta, la calidez y la cercanía desempeñan un papel muy importante como protectores de las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes. Este antecedente presentó similitud con el trabajo desarrollado, puesto que muestra aspectos relacionados a las variables en estudio y nos ha permitido ilustrar mejor la descripción del problema y las bases conceptuales.

**En México (2013)**, Hernández-Castillo, L., Cargill-Foster, N. R., Gutiérrez-Hernández, G. (18) realizaron una tesis titulada: Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2013, tuvo como objetivo, describir la funcionalidad familiar y la conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior. Materiales y métodos: Realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo a 100

estudiantes de 15 y 19 años de edad, del Colegio de Bachilleres del Municipio de Jonuta, Tabasco, la información se obtuvo de dos cuestionarios auto administrados, los cuales fueron aplicados en base a los criterios de inclusión y exclusión, indagando datos sociodemográficos, la percepción de la funcionalidad familiar; así como el consumo de alcohol, tabaco, otras drogas y el inicio de vida sexual activa. Resultados. Del total de encuestados, el 56% pertenecen al género femenino y 44% masculino, con un rango de edad entre 16 y 17 años y una media de 16.85 años. Al aplicar la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar SS-FIL, se encontró que el 48% de las familias son Moderadamente Funcional, el 29% Disfuncional, solo el 21% Funcional y 2% Severamente Disfuncional. De los encuestados el 32% ha consumido alcohol y un 24% reportó el inicio del hábito de fumar. La prevalencia del consumo de drogas es del 8%, predominando la marihuana como droga de consumo. El 45% de la población estudiada ya tiene vida sexual activa, con edad de inicio de 15 años esta misma observada en todas estas conductas de riesgo. Conclusión. La mayoría de las familias en este estudio son Moderadamente Funcional. Existen conductas de riesgo en esta población, ya que casi la mitad de los estudiantes, han iniciado el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas principalmente la marihuana, e incluso ya han iniciado su vida sexual siendo la edad promedio de 15 años. Este antecedente presento similitud con nuestro estudio permitiéndonos aclarar dudas respecto al diseño metodológico.

**En Ecuador, (2014).** Prado Astar, V.P. (19) en su tesis titulada: Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de 12 a 18 años de edad nos hace referencia; que el estudio estuvo basado específicamente Familia - Sexualidad. Tuvo como objetivo determinar la relación existente entre el funcionamiento familiar y la conducta sexual de riesgo en adolescentes. Estudio basado en el Modelo Circumplejo de Olson debido al énfasis que hace en el funcionamiento familiar, y la auto-eficacia, desde la teoría socio-cognitiva de Bandura en las áreas de salud y conductas sexuales de riesgo, tratado en dos capítulos. Investigación no experimental, Descriptiva y Correlacional (bivariada), mediante técnicas

psicométricas y de fichaje clínico, en una muestra de 53 participantes. Concluyéndose que las conductas sexuales de riesgo tienen una relación inversa con el funcionamiento familiar. **Resultados:** los adolescentes (24,53%) no existe una buena comunicación con sus padres referente al tema sexual, ni a constructos establecidos por la cultura como son: serle fiel a la pareja y/o esperar hasta el matrimonio para empezar una vida sexual. El presente estudio ostento similitud con nuestro estudio, permitiéndonos ampliar el marco teórico para las teorías que darán sustento al estudio.

**En Loja Ecuador (2016)** Herrera, C.A. (20), realizó una tesis titulada Funcionalidad familiar y su relación con conductas sexuales de riesgo en adolescentes de bachillerato zona 7 Ecuador. 2016. Tuvo como objetivo conocer la relación de la funcionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes, así como la caracterización de sus familias según condiciones sociodemográficas y organización familiar. Fue un estudio descriptivo, analítico transversal recogió la información mediante cuestionario autocomplementado, aplicado a una muestra aleatoria estratificada (n=960 estudiantes). Los hombres constituyeron el 51,5% (494 estudiantes) y las mujeres el 48,5 % (465 estudiantes), de estos el 42,5% han tenido relaciones sexuales, con una media de edad de debut sexual a los 14,6 años en los hombres y 15,5 años en las mujeres, y de compañeros sexuales de 3,35 parejas. El 61,7 % han mantenido relaciones sexuales sin usar protección y los adolescentes mantienen actividad sexual bajo los efectos de alcohol en un 18,8% y bajo los efectos de drogas en un 4,4%. La disfuncionalidad familiar se relaciona con la conducta sexual de no usar protección y mantener relaciones sexuales bajo efectos de alcohol, es así que el 13,10% de los adolescentes que viven en familias disfuncionales no usan preservativo (p de 0.000) y el 20,60% mantienen relaciones sexuales bajo efectos del alcohol (p=0.004), es decir, los adolescentes que viven en familias disfuncionales tienen más riesgo de tener relaciones sexuales bajo efectos del alcohol y no usar preservativo, que los que viven en familias funcionales. Por tanto, los adolescentes que mantienen relaciones sexuales inician a más temprana edad su vida sexual, con mayor número

de parejas sexuales, no usan protección y mantienen relaciones sexuales bajo efectos de alcohol y drogas. Este antecedente tuvo similitud con el trabajo que se desarrolló, debido a que sus resultados dieron luces para las conclusiones del estudio de investigación.

**En Ambato Ecuador (2016)** Apupalo Chisag, M.M. (21), en su investigación titulada: Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu, 2015-2016. Tuvo el objetivo determinar cómo influye el funcionamiento familiar en la conducta sexual de riesgo de los adolescentes. El universo estuvo conformado por 71 adolescentes de 14 a 19 años; es una investigación descriptiva correlacional de corte transversal. Se aplicó los instrumentos: Encuesta de conductas sexuales de riesgo, modificada a partir de la guía de medición de comportamiento de riesgo en adolescentes de América Latina y el Caribe, la revisión documental de la ficha familiar y la aplicación del test del funcionamiento familiar (FF-SIL). Los **resultados** muestran que el 49,3 % habían iniciado su vida sexual en temprana edad; las conductas sexuales de riesgo identificadas fueron: inicio temprano de la vida sexual, no uso de preservativo y más de dos parejas sexuales con una  $P < 0,05$  según sexo. En cuanto al conocimiento de prevención de estas conductas, mencionaron en su mayoría al preservativo, pero menos del 40% lo utilizaban; el 77% de adolescentes con vida sexual pertenecían a familias disfuncionales y moderadamente funcionales con una tipología familiar ampliada y extensa. **Conclusiones:** familias extensas y ampliadas con una dinámica familiar disfuncional y moderadamente funcional, provocan mayor frecuencia de conductas sexuales de riesgo. El nivel de comunicación, calidez y unión desempeñan un papel muy importante como protectores de estas conductas. El presente trabajo de investigación presenta proximidad al estudio desarrollado y nos ha permitido mejorar el planteamiento del problema en estudio.

### 2.1.2. Antecedentes Nacionales

**En Lima (2016).** Rafael Chávez, M.H. (22) en su tesis titulada: Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del instituto materno perinatal en el periodo febrero de 2016. Tuvo como objetivo: Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016. Material y Métodos: Estudio observacional y descriptivo, con una muestra constituida por 128 adolescentes a quienes se administró un cuestionario sobre conductas sexuales, experiencias sexuales y funcionalidad familiar. Resultados: La edad promedio de los adolescentes fue 16,9 años, siendo principalmente menores de edad (58,8%), de sexo femenino (98,3%) y de grado de instrucción de secundaria (96,6%). La disfuncionalidad familiar estuvo presente el 81,4% de adolescentes. Se encontró que “el número parejas sexuales igual o mayor a dos”, las “relaciones sexuales con consumo simultaneo de drogas o alcohol” y tener una “experiencia sexual mayor” no se asociaron a la disfuncionalidad familiar ( $p>0,05$ ); mientras que “el uso de métodos anticonceptivos de barrera” ( $p=0,007$ ), “haber presentado alguna ITS” ( $p=0,015$ ) y una menor edad de inicio de relaciones ( $p=0,015$ ) sexuales si se asociaron con la disfuncionalidad familiar. Conclusión: El uso de métodos anticonceptivos de barrera, haber presentado alguna ITS y la edad de inicio de relaciones sexuales como expresión de la conducta sexual se asociaron a la disfuncionalidad familiar.

**En Lima (2016),** Choque Sucapuca, E.M. (23) en su tesis titulada: Edad de inicio sexual y funcionamiento familiar en estudiantes del 3° a 5° grado de educación secundaria de una institución educativa pública de Lima este, 2015 tuvo como objetivo, estudiar la relación entre la variable edad de inicio sexual y el funcionamiento familiar de los estudiantes. El diseño fue no experimental, relacional y de corte trasversal. Para hallar la edad de inicio sexual se utilizó el cuestionario de inicio sexual (CISEX), elaborado por Zárate (2003). El modelo de funcionamiento familiar sobre el cual se trabajó

fue el modelo circunplejo de sistemas maritales, y familiares, propuesto y descrito por Olson et al. (1985). La escala que se utilizó para la medición del funcionamiento familiar fue el Family Adaptability and Cohesión Scale (FACES III), adaptado en el Perú por Rosa María Reusche (Zambrano, 2011), que contiene dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad. La muestra estuvo conformada por 228 estudiantes. Se encontró que la edad de inicio sexual no se asocia con el funcionamiento familiar ( $\chi^2=2,78$ ;  $p=0.249$ ), de la misma manera con las dimensiones de cohesión: ( $\chi^2=3,52$ ;  $p=0.317$ ) y adaptabilidad ( $\chi^2=2.60$ ;  $p=0.457$ ) no se halló asociación. Por lo tanto, se concluye que cualquiera sea el nivel de funcionamiento familiar, es probable que el estudiante tenga un inicio sexual precoz; ya que también existen factores individuales y sociales que intervienen en la iniciación sexual temprana.

**En Puno (2018)** Arpasi Turpo, R. (24), realizó una investigación titulada: Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de 14 a 19 años de edad del distrito de Azángaro, con el objetivo de determinar la relación entre la funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de 14 a 19 años de edad. Material y Métodos: Estudio observacional y descriptivo, con una muestra de 343 adolescentes entre 14 a 19 años a quienes se les administraron un cuestionario sobre conductas sexuales, experiencias sexuales y funcionalidad familiar. Resultados: Si hubo relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes. La edad promedio de los adolescentes fue 16 años, de sexo femenino (58,9%) y de grado de estudios de 5to de secundaria (51%). La disfuncionalidad familiar estuvo presente (76.1%) con predominio de tipo leve (41,1%). Solo 9.9% adolescentes tuvo relaciones sexuales con predominio del género masculino, de los cuales: la edad de inicio de relaciones sexuales fue 16 años pertenecientes a familias disfuncionales; se vio el uso de preservativo en forma esporádica (a veces) (52.9%); no usaron preservativo en su primera relación sexual (64.7%); solo el 5.9% afirmaron contraer ITS y 3 adolescentes mencionaron estar embarazadas (8.8%) dichos adolescentes provienen de familias disfuncionales. Con

respecto a la “experiencia sexual” la mayoría refirió una experiencia sexual menor (Schofield 1,2 y 3) provenientes de familias disfuncionales

Conclusión: Si existe relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes de 14 a 19 años de edad del distrito de Azángaro, obteniéndose solo un 9.9% de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales pertenecientes la mayoría a familias disfuncionales de tipo severo.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **La Teoría del Riesgo Conductual**

Según Estupiñán, Amaya y Rojas, (2012) (25), mencionan que existe la necesidad de comprender las características propias de la adolescencia en el área de la salud pública y sobre todo las condiciones cambiantes de la sociedad actual, las mismas que, añadidas a la modificación de las conductas de estos grupos, ya sea por aprendizaje o desarrollo, por falta de afecto o por necesidad de descubrimiento a algo desconocido, han generado nuevos riesgos para la salud sexual y reproductiva. Por ello, es necesario identificar los valores, creencias y otras cuestiones morales y religiosas que influyen en la decisión de prevenir y proteger a cada persona.

### **El componente actitudinal**

La conducta sexual de riesgo es percibida de forma generalizada como una relación que se realiza sin forzar física o psicológicamente a ninguno de sus participantes, aunque no siempre explícita ni bajo control consciente. Además, parece existir un fenómeno de habituación centrado en lugares y condiciones especiales que convierten algunas de estas conductas en un ritual donde los fenómenos volitivos y racionales son apartados o infrautilizados. Hay mecanismos conductuales vinculados sobre todo al refuerzo (sensaciones positivas de placer, tanto individuales, como referidas a la pareja o a más participantes; autoestima creciente por el número de contactos sexuales), cognitivos (establecimiento de planes de acción individuales sobre la posibilidad de que una interacción sexual se produzca a corto o medio plazo) y reacciones emocionales de gran



intensidad que incluyen activación fisiológica y etiquetaje (aprecio y amor o simplemente atracción) (26).

### **La Teoría de la Familia**

Moscovici (1976), comprueba que el papel de la familia es un factor determinante en las conductas sexuales de los adolescentes y jóvenes, que en el concepto de las propias representaciones sociales. Considera que el contexto familiar, es el de mayor importancia y pone de manifiesto que la familia del adolescente ejerce una importante influencia sobre sus conductas sexuales; es decir, en la relación entre estructura familiar y conductas reproductivas se observan que las formas de comunicación y de interacción familiar tienen gran ascendiente en su conducta sexual y reproductiva, por lo que el contexto familiar puede proveer al adolescente de factores protectores o adversos (27).

## **2.3. Bases Conceptuales**

**ADOLESCENCIA.** (Del lat. adolescentīa).

Pineda (1999). Edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo (28).

La OMS. Define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia; Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de

la inmunodeficiencia humana (VIH); Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente en los problemas (29).

### **FAMILIA:**

La familia es comprendida desde diversas perspectivas como célula o núcleo básico de la sociedad, como la institución social primaria, como un subsistema social o como una relación social. (Ortiz Laguado & García Jaramillo, 2013) (30).

La familia representa el primer contexto social que acoge al individuo e interviene en su inmersión social, es el entorno en el cual se establece por primera vez el comportamiento saludable y donde se moldean inicialmente la cultura, los valores y las normas sociales, constituye el medio natural y necesario para el desarrollo integral de sus miembros, principalmente los niños, niñas y adolescentes. (OPS, 2003).

#### **a) Funciones de la familia:**

La familia cumple funciones con el fin de dar respuesta a las necesidades biológicas y psicológicas de sus integrantes, para promover la salud, el bienestar y el desarrollo de estos, manteniendo la dinámica familiar y adaptándose a las situaciones de crisis. Se describen las siguientes de funciones: biosocial, económica, educativo-cultural y afectiva

- *Función biosocial:* tiene como fin la reproducción, cumpliendo la necesidad de la descendencia, se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de sus integrantes. La conducta reproductora incide en los indicadores demográficos, tales como densidad poblacional, fecundidad y natalidad.

- *Función económica:* tiene como objetivo la satisfacción de necesidades básicas de todos sus miembros, tales como, techo, alimento, vestido, atención médica; a través de la realización de actividades, con la obtención y administración de los recursos, tanto monetarios como bienes de consumo. Semeja una pequeña empresa encargada de la manutención, cuidado y desarrollo de sus integrantes.
- *Función educativo-cultural:* Hace referencia a la influencia de la familia en sus miembros, en el proceso de aprendizaje y desarrollo, a través de la transmisión de tradiciones, costumbres, conocimientos, valores, normas, etc. Contribuye en el desarrollo de la personalidad y en la formación ideológica de las generaciones. La familia tiene la importante responsabilidad de convertir a un niño en un individuo capaz de participar y transformar la sociedad en que vive.
- *Función afectiva:* La satisfacción de las necesidades afectivas permite el desarrollo de la confianza, la seguridad y la autoestima que requieren los individuos, para su sano crecimiento y desenvolvimiento en sociedad, es la base de apoyo y estabilidad psicológica. La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el hombre, y por tanto, ejerce una función amortiguadora ante las tensiones que genera la cotidianeidad. (Álvarez Sintés, 2008) (Cid Rodríguez, y otros 2014)

#### **b) Tipo de familia:**

Se puede clasificar según su estructura, en función de los miembros que la conforman:

Por el número de miembros:

- Familia grande: más de 6 miembros.
- Familia mediana: entre 4 y 6 miembros.
- Familia pequeña: de 1 a 3 miembros.

Por la ontogénesis de la familia:

- Familia nuclear: integrada de hasta dos generaciones, padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos.
- Familia monoparental: Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos, puede tener diversos orígenes: padres divorciados, madre soltera, viudos y viudas.
- Familia extensa: se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, yernos, suegros y demás; es decir, corresponde a un hogar nuclear, más otros parientes.
- Familia mixta o ampliada: cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras; puede incluir otros parientes y amigos.
- Familia unipersonal: Es el hogar particular integrado por una sola persona.
- Familia reconstituida o ensamblada: es el resultado de la combinación del aumento de la ruptura de parejas y formación de parejas posteriores, y del establecimiento de nuevos núcleos familiares. Incluye a un integrante, madre o padre de un núcleo familiar, sus hijos y de la nueva pareja con o sin hijos. (31).

**c) Familia funcional:**

Familia funcional es aquella que desempeña adecuadamente las funciones básicas de esta y satisface las necesidades individuales y colectivas de sus integrantes. Un sistema familiar equilibrado y bien estructurado favorece la realización y logro de las funciones de todos sus miembros. Se trata de un grupo, un todo coherente en el que los distintos elementos que lo componen interactúan, son interdependientes entre sí y, por lo tanto, están articulados, puede crecer desde el interior y constituyen una unidad. (Salvador Cervera Enguix, 2004). Se considera que una familia es funcional si cumple las siguientes condiciones:

- Satisfacer las necesidades esenciales de sus miembros.
- Desarrollar adecuadamente sus funciones.
- Adecuada distribución de roles
- Que la comunicación sea clara, directa, adecuada, oportuna y sincera
- Proporcionar apoyo, seguridad y estímulo a sus miembros
- Facilitar la expresión de las emociones y los sentimientos y se respete el status, autoridad y jerarquía de cada cual.
- Hacer que prevalezca la armonía en función de la consecución de las metas trazadas y que estas sean adecuadas y accesibles.
- Ejercer la cooperación y que existan mecanismos asertivos de afrontamiento, ante situaciones críticas, adecuadas estrategias para resolver situaciones de conflicto.
- Practicar respeto mutuo e impulsar la autonomía y espontaneidad de sus miembros
- Establecer formas de control y límites adecuados y que las reglas familiares no constriñan la individualidad y autonomía.
- Estimular las relaciones humanas, el desarrollo personal, la autoestima y la creatividad.
- Favorecer vínculos constructivos y armónicos con su medio ambiente natural y sociocultural
- Usar una experiencia de crisis como una forma de crecimiento. Trabajar la funcionalidad familiar es fomentar salud y prevenir trastornos emocionales, del aprendizaje, de la personalidad y del comportamiento, es prevenir adicciones, violencia y suicidio, es dar atención de calidad, participando en la rehabilitación psicosocial. La principal protección contra comportamientos de riesgo es la pertenencia a una familia funcional, equilibrada, que dé afecto y seguridad a sus integrantes, que propicie una

educación adecuada y permita el desarrollo de una personalidad fuerte y saludable. Otras consideraciones proponen que la funcionalidad de una familia se mide por la capacidad para resolver las crisis que se le presentan, unida como grupo, por las formas en que expresa sus afectos, en cómo se permite el crecimiento individual, y cómo se produce la interacción entre sus miembros para respetar la autonomía y el espacio individual, con el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los otros.

- La familia funcional cumple con la misión social, sin afectar el proceso interno de interacción, la calidad de las relaciones internas y el desarrollo individual, según los requerimientos de cada etapa. (Álvarez Sintés, 2008) (León Aguilar, 2010)

**d) Familia disfuncional:**

Este tipo de familia no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas de su entorno. Las familias disfuncionales son incapaces de expresar con libertad los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no son capaces de enfrentar las crisis, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, no permiten el desarrollo individual, la unión no es productiva y existe confusión de roles. Características de la familia disfuncional:

- Su dinámica familiar no es saludable.
- Su funcionamiento familiar no es relacional ni compatible.
- Incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales de sus miembros.
- Generalmente sus miembros son psicológicamente rígidos, exigentes, críticos y desalentadores; no pueden, no quieren, o no saben reforzar y recompensar cálidamente los logros y premiar esfuerzos

- Destruyen la comunicación y la expresión natural y personal de cada uno y con ello, anulan su desarrollo como persona.
- Desarrolla y mantiene roles familiares contradictorios.
- No saben cómo discutir abierta y naturalmente los problemas que afectan al grupo familiar, recurren a la negación de estos.
- Se imponen prohibiciones o tabúes dentro del grupo, se desarrolla una sobreprotección que impide que el niño o adolescente pueda aprender de sus propios errores.
- Cuando un niño se desarrolla dentro de una familia disfuncional siente el abandono emocional y la privación. (32).

#### **e) Adolescencia y familia**

La globalización ha producido cambios en los roles del hombre y de la mujer, nueva comprensión del matrimonio, del trabajo de la mujer y de los recursos alternativos del cuidado del niño. El tamaño de la familia se ha reducido, el divorcio y el nuevo matrimonio, el cuidado por extraños, por familiares adultos, o por los hermanos, son situaciones a las que se enfrentan los hijos. Los diferentes procesos de crianza y de socialización impactan en el desarrollo infantil y del adolescente; de la familia, depende la elección de la escuela primaria, y tanto hogar como escuela influirán en la elección de los grupos sociales en la adolescencia. Se ha observado, que la carencia de diálogo en el hogar y la violencia se asocian a mayor depresión, baja autoestima, falta de proyectos en la adolescencia y, por lo tanto, a mayor probabilidad de conductas de riesgo. La familia ha experimentado cambios, ha perdido jerarquía, ya no es la más importante y única fuente de transmisión de valores a los hijos y los cambios en cuanto a las relaciones padre-madre (cuando existen ambos) y las relaciones padre-hijos, madre-hijos, sobre la demanda de una mayor relación entre los miembros y la responsabilidad por la crianza y las normas familiares influyen en que los límites que se establecen sean más confusos y frágiles, lo cual repercute negativamente sobre el desarrollo psicosocial de los adolescentes. La alta frecuencia de familias monoparentales (con habitual ausencia del

padre), la existencia de violencia intrafamiliar, el índice de divorcios en aumento, repercuten para que la familia como “valor” sea más cuestionado por los adolescentes y jóvenes. (Álvarez Sintés, 2008) (Pasqualini & Llorens, 2010) El vínculo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca cambios en los otros, los problemas que puedan originarse son debido a deficiencias en la interacción familiar es decir a la disfuncionalidad de la familia como sistema afectando no solamente a uno de sus miembros sino a todos. (Guamán Paladines & Quinde Guamán, 2010).

### **FUNCIONALIDAD FAMILIAR:**

Es la capacidad familiar que tiene la familia de satisfacer las necesidades de sus miembros y adaptarse a situaciones de cambio. La familia se considera funcional cuando es capaz de propiciar la solución a los problemas de modo que estos no lleguen a afectar a la satisfacción de las necesidades de sus miembros. Igualmente, una familia funcional es aquella capaz de realizar un tránsito armónico de una etapa a otra de su ciclo vital. Para ello debe mantener su organización, desarrollar procesos familiares, realizar las actividades diarias y mantener un entorno seguro y protector.

El aspecto de Funcionalidad Familiar es sumamente importante en el desarrollo de todas las etapas de vida de un ser humano en especial en la etapa adolescente que es una etapa crucial en la cual se desarrollan actitudes, maduras, capacidad de resolución de problemas, toma de decisiones.

### **CONDUCTAS DE RIESGO:**

Las conductas de riesgo son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo, que pueden llevar a consecuencias nocivas. Se considera como cualquier alteración de la conducta o actuación, que por su reiteración, agresividad y/o por su cuestionamiento de límites adecuados, puede comprometer o desviar el desarrollo biopsicosocial normal o la vida actual, (33).



La adolescencia constituye una etapa de cambios psicológicos, biológicos y sociales; generalmente bruscos, creando ansiedad e inquietud, que pueden llevar a conductas de riesgo. En el desarrollo del adolescente, contribuyen características propias de la edad, como la subestimación de los riesgos, la necesidad de experimentación, la susceptibilidad a influencia y presión de los pares con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para considerar consecuencias futuras. Constituyen grandes riesgos en los adolescentes: la nutrición y actividad física inadecuada, actividad sexual que pueda conducir a embarazo no deseado o infección, el uso y abuso de sustancias y las conductas que contribuyan a lesiones no intencionales y violencia (homicidio/suicidio). (Rosabal García, y otros, 2015) (Vivo, y otros, 2013).

- **Consumo sustancias psicotrópicas:**

Son compuestos naturales o sintéticos, cuyos efectos se manifiestan particularmente en el sistema nervioso central y que, por su perfil de acción farmacológica, poseen la capacidad de crear estados de abuso o dependencia que llevan al sujeto al consumo recurrente (López de Victoria, 2012)

- **Drogas depresoras:**

Las sustancias depresoras del sistema nervioso central son aquellas que atenúan o inhiben los mecanismos cerebrales de la vigilia y pueden producir distintos grados de inactivación, desde relajación, sedación y somnolencia, hasta hipnosis, anestesia y coma, dependiendo de la dosis. Las más frecuentes: alcohol, ansiolíticos (barbitúricos, tranquilizantes), y opiáceos (opio y derivados: morfina, heroína, codeína).

- **Drogas estimulantes:**

Son sustancias que afectan al Sistema Nervioso Central causando hiperactividad, producen euforia que se manifiesta con bienestar y mejoría del humor, aumento de la energía y del estado de alerta, así como un aumento de la actividad motriz y una estimulación del sistema

cardiovascular. Produciéndose una disminución de la sensación subjetiva de fatiga y apetito. Se asocian a aumento de la frecuencia cardiaca, tensión arterial y midriasis. Estimulantes mayores serían la cocaína y anfetaminas y, estimulantes menores, la nicotina y la cafeína.

- **Psicodislépticos:**

También llamadas alucinógenas. Alteran la percepción de la realidad, producen sensaciones extrañas, ilusiones e incluso alucinaciones visuales y auditivas. Ejemplos son: hongos alucinógenos, LSD, cannabis (marihuana) (Molina Prado, 2013)

- **El alcohol:**

El alcohol etílico es una sustancia depresora del sistema nervioso central con capacidad para producir tolerancia, y dependencia. Las bebidas con contenido alcohólico se pueden obtener mediante dos procedimientos: fermentación y destilación; la fermentación consiste en la degradación de sustancias orgánicas por la acción de enzimas microbianos, acompañada de desprendimientos gaseosos, transforma los jugos azucarados de los frutos en bebidas alcohólicas, obteniéndose bebidas como el vino o la cerveza; la destilación es la operación que consiste en vaporizar parcialmente un líquido y en condensar los vapores formados para separarlos, se aplica este proceso a una bebida fermentada, así obtenemos el whisky, el ron, el coñac, entre otros. (OMS & Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008) El alcohol ha sido considerado por la OMS como una de las drogas más peligrosas para la salud física, psíquica y social de las personas, por encima de sustancias como la cocaína, los estimulantes sintéticos, los alucinógenos o los derivados del cannabis, debido a la toxicidad asociada a sus características farmacológicas, a las alteraciones sensoriales y motoras derivadas de su ingesta excesiva, y a su enorme capacidad adictiva. El consumo de alcohol, además de estar asociado con la violencia y ser una de las principales causas de mortalidad entre jóvenes (por accidentes de tránsito), está vinculado con un pobre rendimiento académico, mayor probabilidad de contraer enfermedades

de transmisión sexual, depresión, ansiedad, desórdenes de personalidad y participación en pandillas. (Vivo, y otros, 2013).

Presenta efectos tanto a corto como a mediano y largo plazo, entre ellos tenemos: irritación de la mucosa gástrica que puede llevar a gastritis o úlcera gastroduodenal; trastornos de la visión, de los reflejos, del pensamiento y del habla; intoxicación aguda, favorece conductas de riesgo, aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular especialmente de hipertensión arterial, provoca deterioro cognitivo, alteraciones del sueño, agresividad, depresión, ansiedad, produce daño hepático pudiendo llegar a cirrosis hepática, encefalopatías, se ha relacionado también con disfunciones sexuales y aumento del riesgo de cáncer de boca, garganta o esófago; puede llegar a producir dependencia (tolerancia y síndrome de abstinencia), el consumo excesivo puede provocar conflictos familiares y sociales.

- **El tabaco o cigarrillo:**

Es una droga estimulante del sistema nervioso central que genera adicción, tolerancia y dependencia. Deriva de una planta de la familia de las Solanáceas, del género *Nicotiniana*, sintetiza y luego conserva en sus hojas secas un potente alcaloide, llamado nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. El humo del tabaco contiene más de 4000 productos químicos, de los cuales al menos 250 son nocivos, y más de 50 causan cáncer. El tabaco mata hasta a la mitad de sus consumidores, cada año mueren más de 7 millones de personas, de las que más de 6 millones son consumidores y aproximadamente 890 000 son personas expuestas al humo de tabaco ajeno. Casi el 80% de los fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios. (OMS, 2017) Las personas que empiezan a fumar durante la adolescencia (en más del 70% de los casos) y siguen haciéndolo durante 20 años o más vivirán entre 20 y 25 años menos que quienes nunca hayan probado el tabaco. (OMS, 2004) De las defunciones asociadas con las Enfermedades No Transmisibles, el tabaco es responsable de 16% de las muertes por enfermedades

cardiovasculares, 25% de las muertes por cáncer y 52% de las muertes por enfermedades crónicas respiratorias. (OMS & OPS, 2016)

Algunos de los efectos que provoca son a corto plazo son el incremento en la atención, disminución de la ansiedad, sensación de placer, aumento de presión arterial, de la frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. A mediano y largo plazo puede producir dependencia y síndrome de abstinencia, disminución en el gusto y el olfato, halitosis, enfermedades dentales y de encías, enfermedades respiratorias (infecciones de las vías respiratorias altas y bajas, se relaciona con enfermedades crónicas como enfisema pulmonar y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), además se relaciona con asma en niños y adolescentes), enfermedades cardiovasculares (enfermedades coronarias, infartos y eventos vasculares cerebrales y enfermedad vascular periférica), incremento significativo en el riesgo de cáncer (pulmón, boca, laringe, gástrico, páncreas, vejiga, hígado, colorrectal, próstata etc.), disminución del rendimiento físico e intelectual, envejecimiento prematuro, alteraciones en la piel y anexos (hiperpigmentación en uñas y dedos, caída de cabello, coloración grisácea de la piel que constituye el llamado “rostro del fumador”), problemas sexuales y de reproducción, cataratas y degeneración macular, síndrome de muerte súbita del lactante y úlceras gástricas en fumadores con *Helicobacter pylori*. (OMS, 2004)

## **SEXUALIDAD**

El término sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del hecho de un ser humano: Basada en el sexo incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo la vinculación afectiva y el amor y la reproducción.

Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones.

La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales, (34).

- **Salud sexual:**

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (OMS, 2017).

- **Orientación sexual:**

La orientación sexual es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros. Se distingue fácilmente de otros componentes de la sexualidad que incluyen sexo biológico, identidad sexual (el sentido psicológico de ser hombre o mujer) y el rol social del sexo (respeto de las normas culturales de conducta femenina y masculina).

La orientación sexual va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva e incluye diversas formas de bisexualidad. Las personas pueden o no expresar su orientación sexual en sus conductas. (Asociación Americana de Psicología, 2017)

- **Conducta sexual de riesgo:**

Se define como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado. Según esta definición podemos establecer como prácticas sexuales de riesgo el sexo oral, el coito vaginal y el anal, la promiscuidad y el consumo de drogas (incluido alcohol) dado de forma concomitante a estas prácticas, (35).

**CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO:**

Exposición del individuo a una o varias situaciones, prácticas sexuales de riesgo entre ellas: inicio temprano de relaciones sexuales, múltiples parejas la infidelidad y el consumo de drogas y alcohol. (s. Hernández 2015).

## CAPITULO III. METODOLOGIA

### 3.1. **Ámbito:**

El presente estudio se realizó en las instalaciones del consultorio de Estrategia Sanitaria Etapa Vida Adolescentes (EVA-J), del Centro de Salud CLAS Pucará, distrito de Pucara, que se encuentra ubicado al sur de la provincia de Huancayo. Dicho consultorio tiene como profesionales de la salud a un equipo multidisciplinario que brindan atención de salud en diferentes áreas vulneradas en el adolescente de manera integral, enfatizando el aspecto preventivo promocional o el primer nivel de atención en salud.

### 3.2 **Población:**

La población estuvo constituida por 346 adolescentes que se atienden en el CLAS - PUCARA Estrategia Sanitaria Etapa de Vida Adolescente (EVA- J).

#### **Características de la población:**

- **Criterios de inclusión.** Se incluyó en el estudio a los adolescentes que:
  - ✓ Se iniciaron en su actividad sexual
  - ✓ Utilicen métodos de planificación familiar
  - ✓ Gestantes adolescentes
  - ✓ Firmaron el Consentimiento Informado
- **Criterios de exclusión.** Se excluyó a los adolescentes que:
  - ✓ Presentaron discapacidad funcional para contestar las preguntas del estudio.
  - ✓ Abandonaron el estudio por migración.
  - ✓ Que presentaron algún problema de violencia física

### 3.3. Muestra:

- **Unidad de análisis**

Los adolescentes

- **Unidad de muestreo**

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

- **Marco muestral**

Se contó con la lista elaborada en el programa SPSS

- **Tamaño de la muestra**

Para definir el tamaño de la muestra se utilizó el método probabilístico, muestreo aleatorio simple y se aplicó la fórmula generalmente aceptada para población finita y conocida.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	<b>346</b>
Error Alfa	A	0.05
Nivel de Confianza	1-α	0.95
Z de (1-α)	Z (1-α)	<b>1.95</b>
Probabilidad de éxito	P	<b>0.50</b>
Complemento de p	Q	0.50
Precisión	D	<b>0.1</b>
Tamaño de la muestra	N	<b>75</b>

**Muestra:** La muestra se constituyó por 75 adolescentes atendidas en el CLAS PUCARA Estrategia Sanitaria (EVAJ) durante el periodo julio– diciembre, 2018.



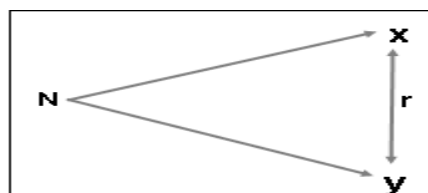
### 3.4. Nivel y Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo cuantitativo, no experimental, debido a que no se realizó ninguna manipulación de las variables, sino que se tomó la información en el contexto natural de la población para luego hacer los análisis pertinentes.

- ✓ Según el análisis y alcance de los resultados el estudio fue de tipo **explicativo**, porque estuvo dirigido a contestar por qué sucede determinado fenómeno.
- ✓ De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue de tipo **prospectivo**, porque se registró la información según como fue ocurriendo los fenómenos.
- ✓ Y por el período y secuencia del estudio; el tipo de estudio fue el **transversal**, porque se estudiaron las variables en un solo período de tiempo. (Pineda y Alvarado 2,010) (36).

### 3.5. Diseño de investigación

El diseño utilizado en la presente investigación fue el correlacional, para poder examinar la relación de dos variables, tal como se muestra a continuación:



**Dónde:**

**N** = adolescentes

**X** = funcionalidad familiar

**Y** = conducta sexual de riesgo

**r** = Relación de las variables en estudio

### 3.6. Técnicas e Instrumentos:

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

- **Guía de entrevista sobre la caracterización sociodemográfica (Anexo 3)** instrumento conformado por cuatro ítems que interrogan datos sociodemográficos y condición de vivencia de los adolescentes.
- **Test Ff-Sil de Funcionalidad Familiar (Anexo 4).** Es un instrumento de la Organización Panamericana de Salud (1999) y validado en Chile por Ramón Florenzano. Este instrumento adquirió un alto grado de confiabilidad y, es adecuado para medir exclusivamente el constructo que se desea medir, basada en una apropiada construcción teórica y que no se incurrió en errores de diseño que tergiversen los resultados. El test consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, con un total de 14 ítems. El número de situaciones variables que midieron fueron: 1 y 8: Cohesión, 2 y 13: Armonía, 5 y 11: Comunicación, 7 y 12: Permeabilidad, 4 y 14: Afectividad, 3 y 9: Roles y 6 y 10: Adaptabilidad. Y para cada situación con una escala de valores del 1 al 5 como respuestas cualitativas. Mediante la puntuación se obtuvo el tipo de familia: De 70 a 42 familia funcional  
De 56 a 43 familia moderadamente funcional  
De 42 a 14 familia disfuncional.  
De 27 a 14 familia severamente disfuncional
- **Escala de Conductas Sexuales (ECS), creada por Ingledew y Ferguson (anexo 5)** usando el método de traducción reversa. La escala está integrada por ocho ítems. Un ítem evalúa si se han tenido o no relaciones sexuales (actividades sexuales en las cuales hay penetración vaginal o anal) y los siete ítems restantes evalúan CSR específicas (edad de la primera relación sexual [dicotomizado: 0 =  $\geq$  16 años y 1 =  $<$  16 años], número de parejas

[dicotomizado: 0 = 1 persona y 1 =  $\geq 2$ ], número de parejas con las que se ha tenido relaciones al poco tiempo de conocerlas [dicotomizado: 0 = 0 personas y 1 =  $\geq 1$ ], número de parejas con las que no se ha usado métodos anticonceptivos [dicotomizado: 0 = 0 personas y 1 =  $\geq 1$ ], si se ha tenido relaciones sexuales estando bajo el efecto del alcohol o drogas [0 = no y 1 = sí] y si se ha realizado una prueba de embarazo [0 = no y 1 = sí] o de detección de ITS [0 = si y 1 = no]). Las opciones de respuesta son dicotómicas en cuatro ítems (1 = sí y 0 = no) y ordinales en los otros cuatro ítems, pero se dicotomizan para el cálculo del ICSR. Este índice se calcula con los siete ítems de CSR y su rango varía de 0 a 7. A los ocho ítems de la ECS se añadió un ítem ordinal sobre la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos ("en tus relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia utilizas algún método para protegerte de un embarazo no planeado o una infección? 1 = siempre, 2 = casi siempre, 3 = algunas veces y 4 = nunca [dicotomizado: 0 = siempre (1) y 1 = no siempre ( $\geq 2$ )]), que fue extraído del Cuestionario de Conducta Sexual de Moral (2008). Donde se consideró el valor de la suma de 0-3 ítems que era igual a No presenta conductas de riesgo y de 4-6 ítems es igual a SI presenta.

#### **a) Validez de los instrumentos**

Para validar los instrumentos de recolección de datos se aplicó dos fases, mediante los siguientes pasos.

#### **VALIDEZ DE CONTENIDO Y DE CONSTRUCTO**

##### **Revisión de la literatura**

Para la construcción de los instrumentos de recolección de datos, se realizó la revisión de la literatura disponible en nuestro medio, como son los antecedentes investigativos. Para dicha revisión se tuvo en cuenta tres circunstancias: primera circunstancia: el concepto está plenamente definido; segunda circunstancia: el concepto está parcialmente definido;

y tercera circunstancia: el concepto no está definido. En el presente estudio, los instrumentos corresponden a la primera circunstancia, porque los conceptos están plenamente definidos, debido a que existen teorías consistentes, instrumentos con alto grado de consistencia y estabilidad de las puntuaciones y un consenso acerca del concepto que deseamos medir.

### **Selección de los jueces**

No fue necesario la elección de Jueces debido a que los instrumentos de recolección de datos aplicados en el estudio, fueron elaborados por expertos quienes publicaron a la comunidad científica para ser utilizados las veces que se crea conveniente en determinadas poblaciones que se ajusten a las características que requieren dichos instrumentos.

### **Aplicación de la prueba piloto**

Creímos conveniente realizar una prueba de estudio de los instrumentos elegidos con el único propósito de eliminar sesgos o errores en el trabajo de campo. La población elegida fue con las mismas características de la muestra en estudio por la cual se evaluó el concepto que pretendimos medir. La aplicación de la prueba piloto fue realizada por la investigadora a fin de identificar ciertos inconvenientes o dudas y ser aclarados inmediatamente.

## **VALIDEZ DE CONSTRUCTO**

### **b) Confiabilidad de los Instrumentos**

No se realizó ningún procedimiento, para evaluar la consistencia, puesto que ambos instrumentos que se utilizaron en el estudio, fueron estudiados científicamente con anterioridad y cuentan con sus creadores para su aplicación en estudios de investigación científica.

## **3.7. Procedimientos:**

Para obtener la información de la presente investigación se realizó la gestión respectiva ante las autoridades del CLAS Pucará y otras

organizaciones pertinentes al estudio, a fin de que se nos autorice la aplicación del estudio. Para la recolección de datos, se capacitó a dos profesionales en salud. La muestra participante del estudio fue previamente informados por escrito mediante el consentimiento informado y el compromiso de confidencialidad, sobre el manejo de la información. Una vez leído este documento, lo firmaron, así como el investigador y finalmente se les entregó una copia para que se lo lleven y el investigador contó con una para utilizarlo como documento legal si requiriera el caso.

### **3.8. Aspectos éticos**

La presente investigación fue de tipo relacional por lo que no se precisaron garantías de daños producidos por los procedimientos empleados. Se procedió a explicar verbalmente y luego con información impresa el objetivo del estudio, así mismo se absolvieron interrogantes, en aquellas que no aceptaron participar, se agradeció por el apoyo y se indicó que no existiría ninguna represalia por la negativa a la participación, en todo momento se garantizó que su participación era voluntaria, no habría retribución económica al mismo, y en cualquier momento podría retirarse del estudio.

Así también, se indicó que la información a obtener tenía la finalidad de formar parte de una tesis de investigación y que la información será vertida a la comunidad científica, también se indicó que la información podría ser publicada en estudios posteriores a lo previsto inicialmente, garantizando la confidencialidad de la información.

La información fue colectada de forma confidencial, es decir, que solo el investigador principal o las personas autorizadas tendrían acceso a la información de identificación de participantes, para ello en el consentimiento informado figuraba el código ID de cada una.

### 3.9. Plan de Tabulación

Se esbozó las siguientes fases:

- **Revisión de los datos.** Se examinó en forma crítica, cada uno de los formularios y se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos.** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los formularios respectivos, según las variables del estudio.
- **Clasificación de los datos.** Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Presentación de datos.** Se presentan los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

### 3.10. Análisis de datos

- **Análisis descriptivo**

El análisis descriptivo de cada una de las variables de estudio se realizó mediante la distribución de frecuencias en el caso de variables categóricas, medidas de tendencia central y de dispersión en el caso de variables cuantitativas.

- **Análisis inferencial**

Para este análisis se tuvo en cuenta la medición del grado de correlación entre las dos variables, dicha relación se ejecutó con los valores numéricos alcanzados por cada instrumento inferenciable, es decir, a nivel cuantitativo, para ello se empleó la prueba estadística de contraste Rho de Spearman la cual discriminó la relación bivariada significativa o no, así también la magnitud y la dirección (positiva o negativa) (p 2 colas) de la relación entre las variables planteadas.

Se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov, para determinar la normalidad de las variables en estudio.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 21 para Windows.

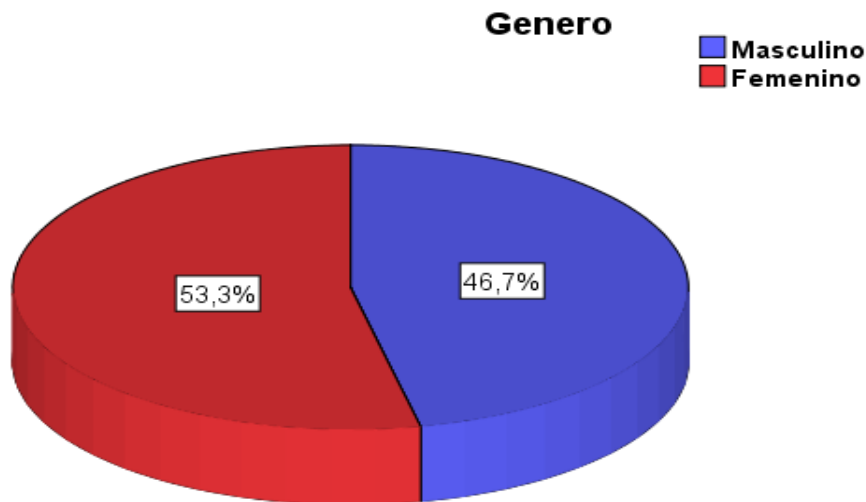
## CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. Análisis descriptivo

**Tabla 1. Descripción del género en los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Genero de los adolescentes	N = 75	
	N°	%
Masculino	35	46.7
Femenino	40	53.3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Guía de entrevista sobre la caracterización sociodemográfica de la muestra en estudio. (Anexo 03)



**Gráfico 01. Representación gráfica de la género de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

#### Interpretación:

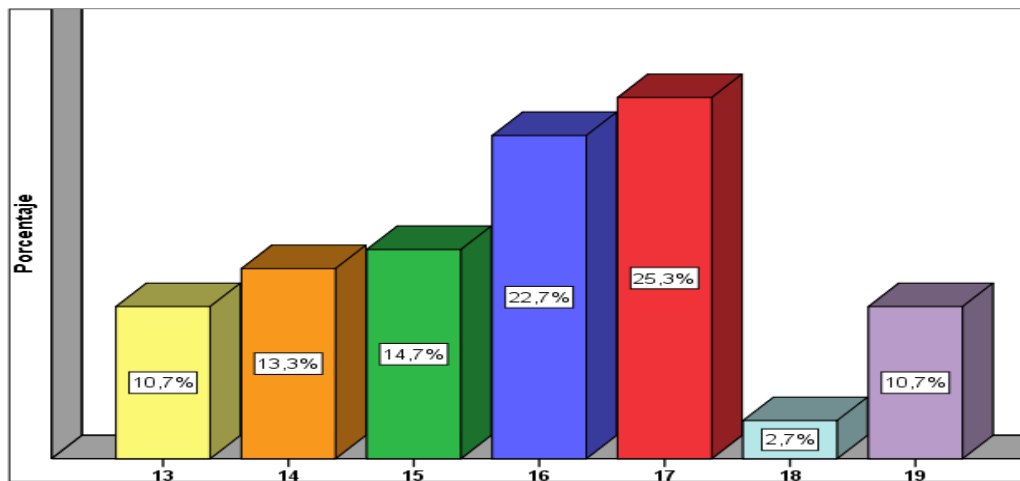
En la tabla y gráfico 1, se puede apreciar que el género de los adolescentes en estudio, muestra que en su mayoría son del sexo femenino conformando un [53.3%(40)] y un [46.7 (35)] de sexo masculino. Observándose aproximadamente una diferencia del 7% de población.



**Tabla 2. Descripción de la edad de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Edad de los adolescentes	N = 75	
	N°	%
13 años	8	10.7
14 años	10	13.3
15 años	11	14.7
16 años	17	22.7
17 años	19	25.3
18 años	2	2.7
19 años	8	10.7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Guía de entrevista sobre la caracterización sociodemográfica de la muestra en estudio. (Anexo 03)



**Gráfico 2. Representación gráfica de la edad de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

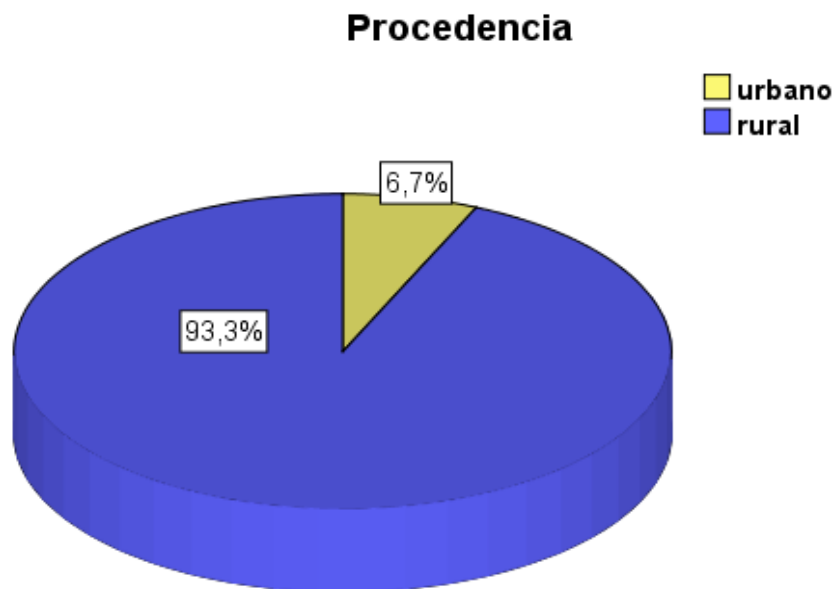
#### **Interpretación:**

El análisis descriptivo de la edad de los adolescentes en estudio, identificados en la tabla y gráfico 2, indican que en su mayoría tienen la edad de 17 años equivalente a un [25.3%(19)], representando estos la cuarta parte de la muestra, así también [22.7%(17)] tienen 16 años y en mínima cantidad con un [2.7%(2)] tienen 18 años de edad.

**Tabla 3. Descripción de la procedencia de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Procedencia de los adolescentes	N = 75	
	N°	%
Urbano	5	6.7
Rural	70	93.3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Guía de entrevista sobre la caracterización sociodemográfica de la muestra en estudio. (Anexo 03)



**Gráfico 3. Representación gráfica de la procedencia de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

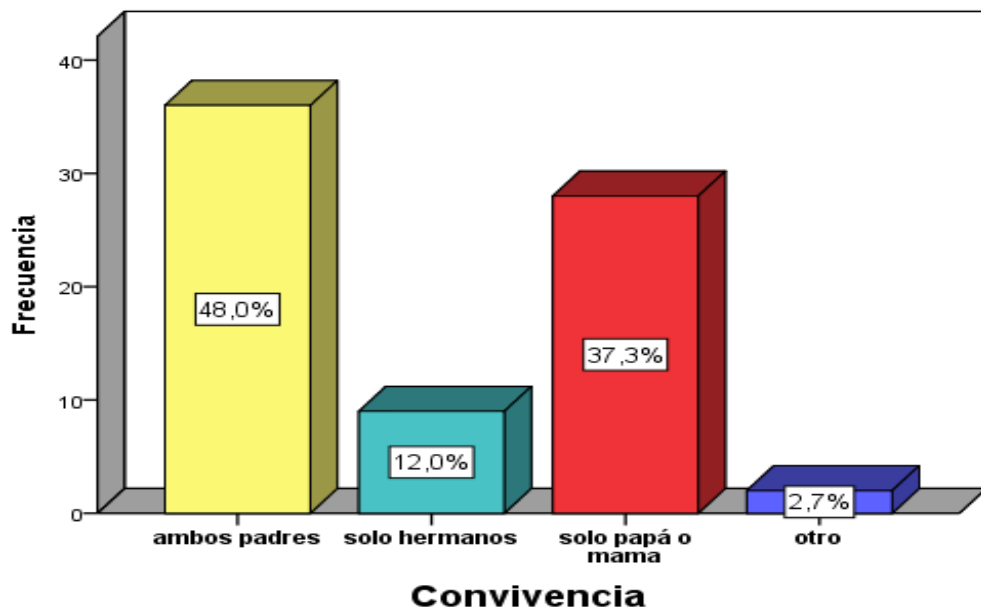
**Interpretación:**

El análisis descriptivo de la procedencia de los adolescentes en estudio, identificados en la tabla y gráfico 3, indican que casi la totalidad de la muestra provienen de las zonas rurales, representados estos por [93.3%(70)] y solo un mínimo de [6.7%(5)] pertenecen a la zona urbana.

**Tabla 4. Descripción de la convivencia de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Convivencia de los adolescentes	N = 75	
	N°	%
Ambos padres	36	48.0
Solo Hermanos	9	12.0
Solo papá o mamá	28	37.3
Otros familiares	2	2.7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Guía de entrevista sobre la caracterización sociodemográfica de la muestra en estudio. (Anexo 03)



**Gráfico 04. Representación gráfica de la convivencia de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

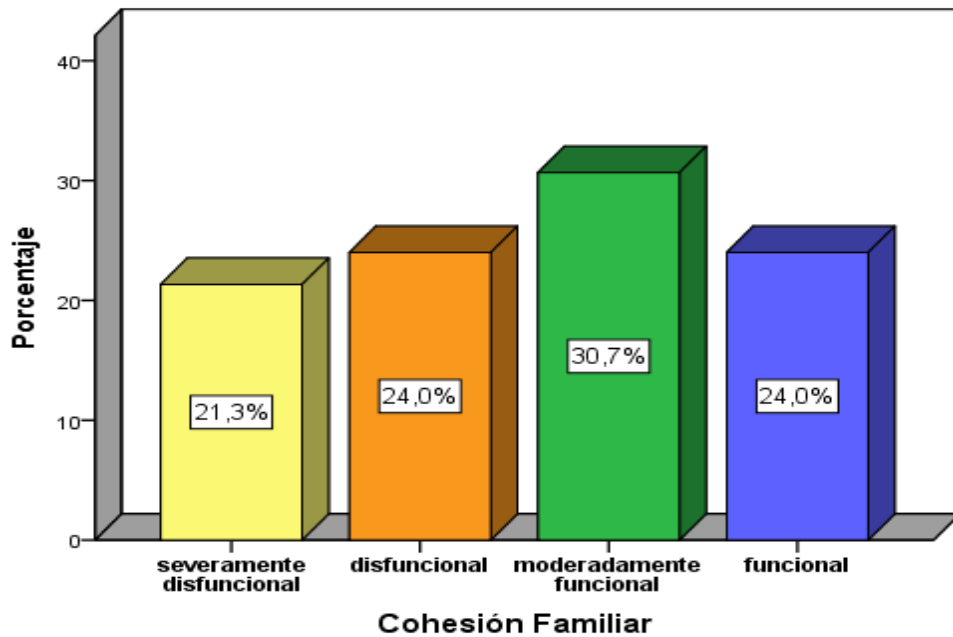
#### **Interpretación:**

El análisis descriptivo de la convivencia de los adolescentes en estudio, mostrados en la tabla y gráfico 4, se observa que la mayoría de adolescentes viven con ambos padres, siendo estos casi la mitad de la muestra representados por un [48.0%(36)], así mismo un [37.3%(28)] solo con papá o mamá y un [2.7%(2)] con otros familiares.

**Tabla 5. Descripción de la funcionalidad de la cohesión familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Funcionalidad de la cohesión familiar	N = 75	
	N°	%
Funcional	18	24.0
Moderadamente funcional	23	30.7
Disfuncional	18	24.0
Severamente disfuncional	16	21.3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Test FF-SIL de Funcionalidad familiar (anexo 04)



**Gráfico 5. Representación gráfica de la funcionalidad de la cohesión familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

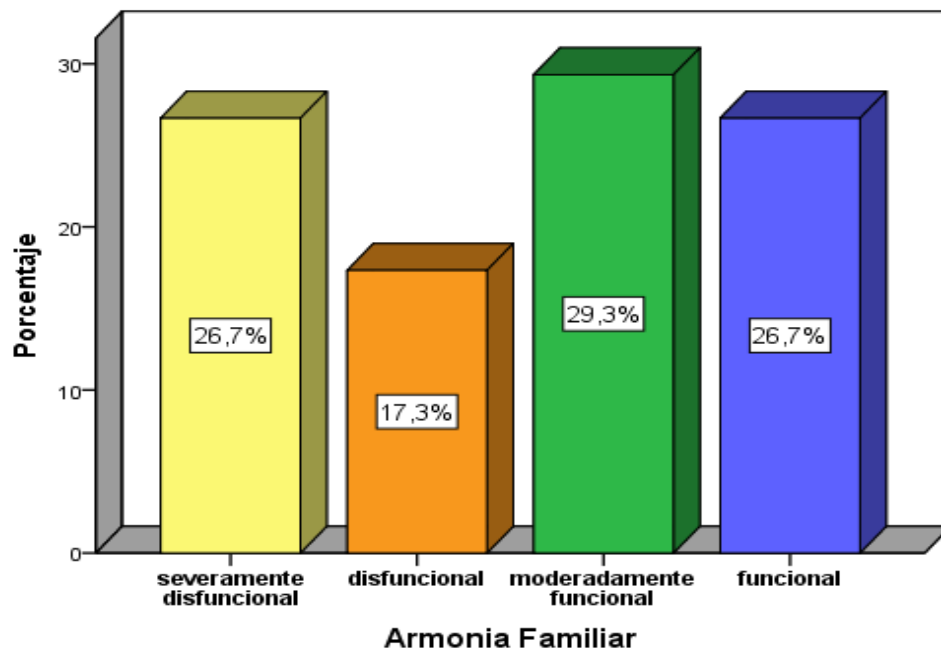
#### Interpretación:

El análisis descriptivo de la funcionalidad con respecto a la cohesión familiar de los adolescentes en estudio, observados en la tabla y gráfico 5, muestran que un [30.7%(23)] son parte de una familia moderadamente funcional y solo un [21.3%(16)] pertenecen a una familia severamente disfuncional.

**Tabla 6. Descripción de la funcionalidad de la armonía familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Funcionalidad de la armonía familiar	N = 75	
	N°	%
Funcional	20	26.7
Moderadamente funcional	22	29.3
Disfuncional	13	17.3
Severamente disfuncional	20	26.7
<b>Total, a</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Test FF-SIL de Funcionalidad familiar (anexo 04)



**Gráfico 06. Representación gráfica de la funcionalidad de la armonía familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

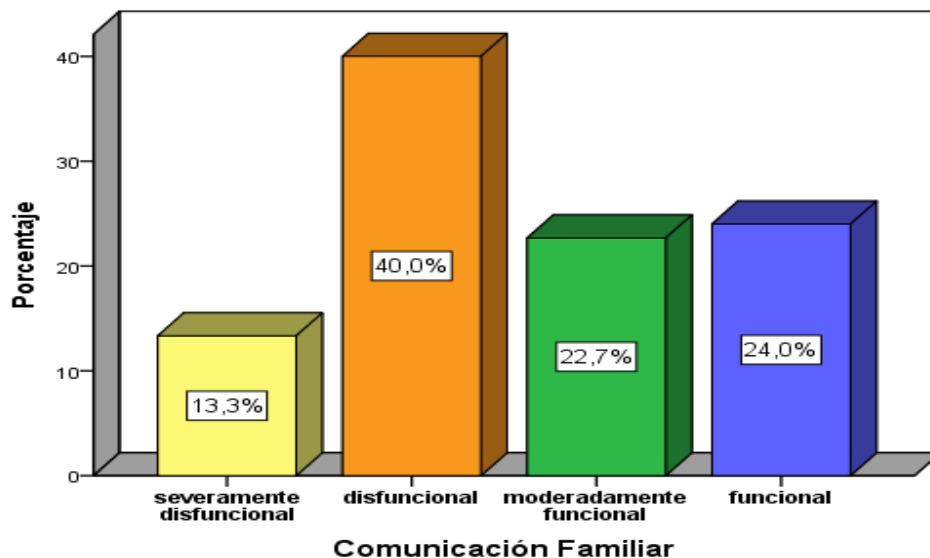
**Interpretación:**

El análisis descriptivo de la funcionalidad de la armonía familiar de los adolescentes en estudio, observados en la tabla y gráfico 6, muestran que un [29.3%(22)] son parte de una familia moderadamente funcional y solo un [17.3%(13)] de una familia severamente disfuncional.

**Tabla 07. Descripción de la funcionalidad de la comunicación familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Funcionalidad de la comunicación familiar	N = 75	
	N°	%
Funcional	18	24.0
Moderadamente funcional	17	22.7
Disfuncional	30	40.0
Severamente disfuncional	10	13.3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Test FF-SIL de Funcionalidad familiar (anexo 04)



**Gráfico 07. Representación gráfica de la funcionalidad de la comunicación familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

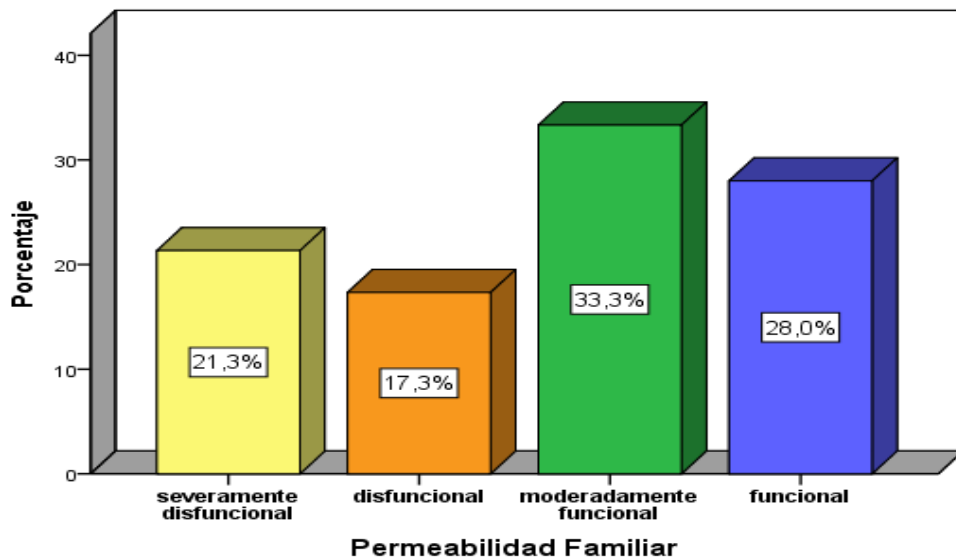
#### Interpretación:

El análisis descriptivo de la funcionalidad de la comunicación familiar de los adolescentes en estudio, observados en la tabla y gráfico 7, muestran que en su mayoría siendo estos un [40.0%(30)] son parte de una familia disfuncional, en tanto un [13.3%(10)] son de una familia severamente disfuncional y solo [24.0%(18)] de una familia funcional.

**Tabla 08. Descripción de la funcionalidad de la permeabilidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Funcionalidad de la permeabilidad familiar	N = 75	
	N°	%
Funcional	21	28.0
Moderadamente funcional	25	33.3
Disfuncional	13	17.3
Severamente disfuncional	16	21.3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Test FF-SIL de Funcionalidad familiar (anexo 04)



**Gráfico 08. Representación gráfica de la funcionalidad de la permeabilidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

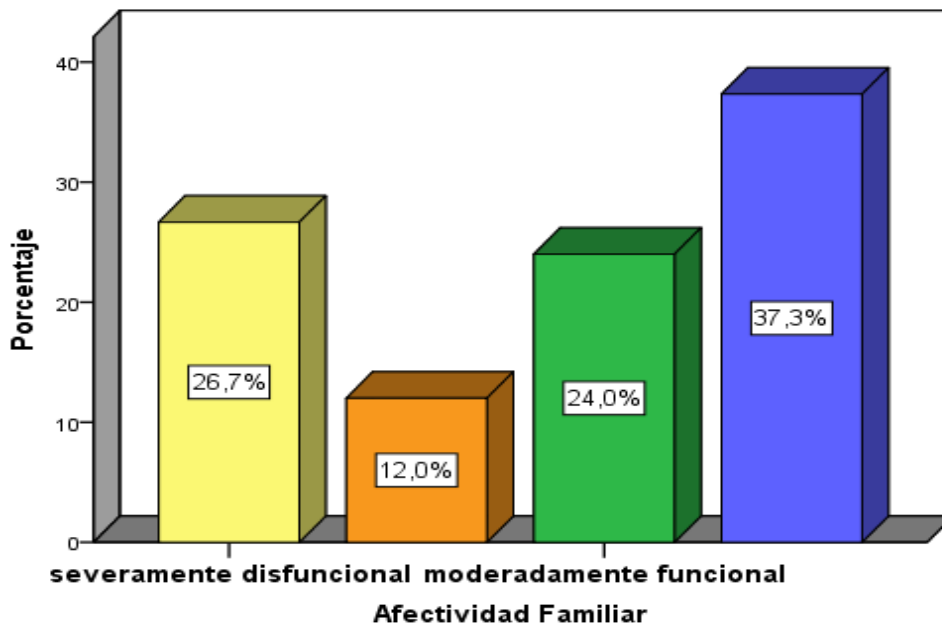
#### Interpretación:

El análisis descriptivo de la funcionalidad en lo concerniente a permeabilidad familiar de los adolescentes en estudio, identificados en la tabla y gráfico 8 muestran que en su mayoría siendo estos un [33.3%(25)] son parte de una familia moderadamente funcional, así también un [28.0%(21)] son de una familia funcional y un [17.3%(13)] de una familia disfuncional.

**Tabla 09. Descripción de la funcionalidad de la afectividad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Funcionalidad de la afectividad familiar	N = 75	
	N°	%
Funcional	28	37.3
Moderadamente funcional	18	24.0
Disfuncional	9	12.0
Severamente disfuncional	20	26.7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Test FF-SIL de Funcionalidad familiar (anexo 04)



**Gráfico 09. Representación gráfica de la funcionalidad de la afectividad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

#### Interpretación:

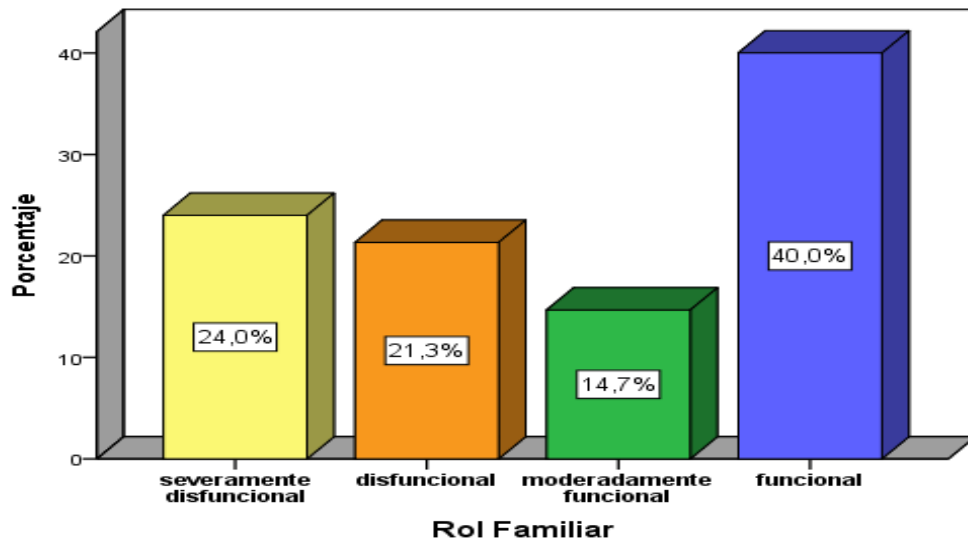
El análisis descriptivo de la funcionalidad de la afectividad familiar de los adolescentes en estudio, observados en la tabla y gráfico 9, muestran un [37.3%(28)] son parte de una familia funcional, en tanto un [26.7%(20)] son de una familia severamente disfuncional y un [12.0%(9)] de una familia disfuncional.



**Tabla 10. Descripción de la funcionalidad de los roles en la familia de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Funcionalidad de los roles en la familia	N = 75	
	N°	%
Funcional	30	40.0
Moderadamente funcional	11	14.7
Disfuncional	16	21.3
Severamente disfuncional	18	24.0
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Test FF-SIL de Funcionalidad familiar (anexo 04)



**Gráfico 10. Representación gráfica de la funcionalidad de los roles en la familia de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

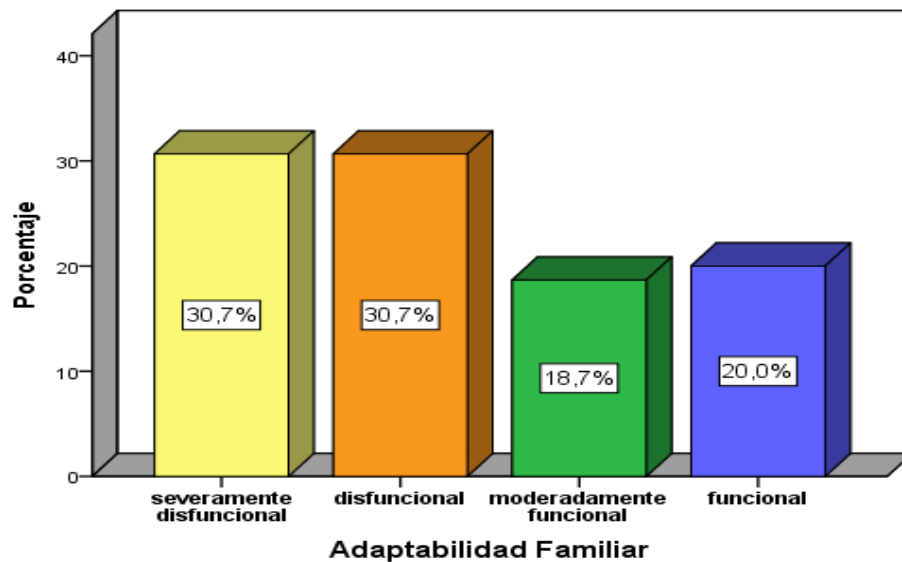
#### Interpretación:

El análisis descriptivo de la funcionalidad de los roles en la familia de los adolescentes en estudio, observados en la tabla y gráfico 10, se evidencia que en su mayoría son parte de una familia funcional siendo un [40.0%(30)] de adolescentes, en tanto un [24.0%(18)] son de una familia severamente disfuncional y un [14.7%(11)] de una familia moderadamente funcional.

**Tabla 11. Descripción de la funcionalidad de la adaptabilidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Funcionalidad de la adaptabilidad familiar	N = 75	
	N°	%
Funcional	15	20.0
Moderadamente funcional	14	18.7
Disfuncional	23	30.7
Severamente disfuncional	23	30.7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Test FF-SIL de Funcionalidad familiar (anexo 04)



**Gráfico 11. Representación gráfica de la funcionalidad de la adaptabilidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

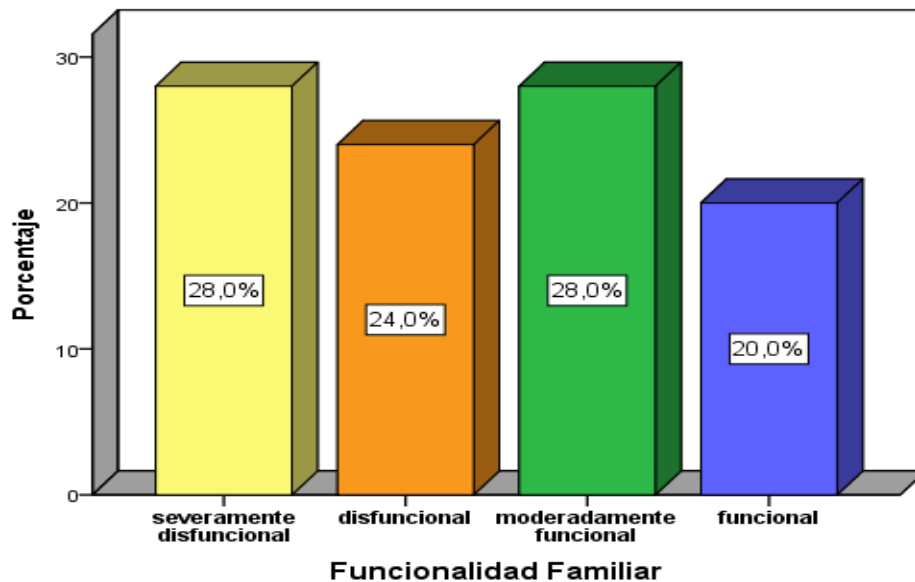
#### Interpretación:

El análisis descriptivo de la funcionalidad con respecto a la adaptabilidad familiar de los adolescentes en estudio, observados en la tabla y gráfico 11, muestran que un [30.7%(23)] de adolescentes son parte de una familia disfuncional, así también en igual cantidad son de una familia disfuncional, y solo un [18.7%(14)] moderadamente funcional.

**Tabla 12. Descripción de la funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Funcionalidad familiar	N = 75	
	N°	%
Funcional	15	20.0
Moderadamente funcional	21	28.0
Disfuncional	18	24.0
Severamente disfuncional	21	28.0
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Test FF-SIL de Funcionalidad familiar (anexo 04)



**Gráfico 12. Representación gráfica de la funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

#### Interpretación:

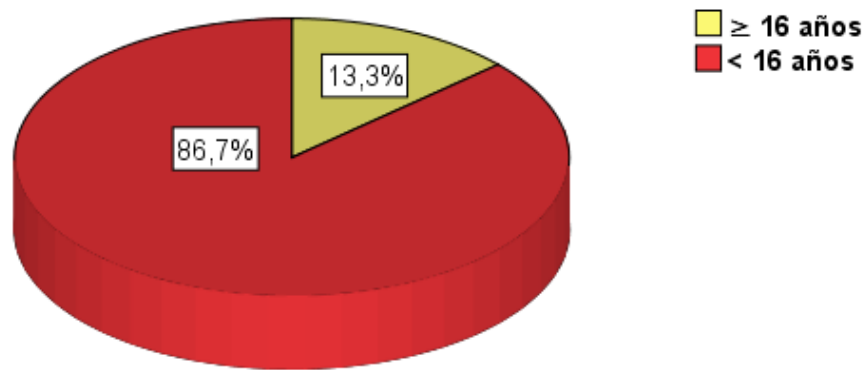
El análisis descriptivo de la funcionalidad familiar de los adolescentes en estudio, observados en la tabla y gráfico 12, muestran que un [28.0%(21)] de adolescentes son parte de una familia moderadamente disfuncional, en igual cantidad son de una familia severamente disfuncional, en tanto un [24.0%(18)] son de una familia disfuncional y [20.0%(15)] de una familia funcional.

**Tabla 13. Descripción del inicio de la vida sexual de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Edad del inicio de la vida sexual	N = 75	
	N°	%
≥ 16 años	10	13.3
< 16 años	65	86.7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Escala de conductas sexuales de riesgo de Ingledey y Ferguson (anexo 05)

### Edad de la primera relación sexual



**Gráfico 13. Representación gráfica del inicio de la vida sexual de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

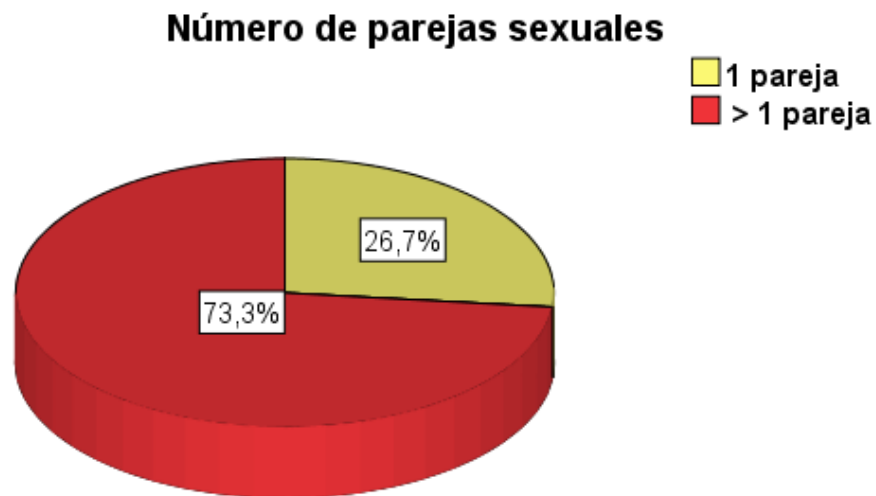
#### Interpretación:

El análisis descriptivo de la edad en que los adolescentes iniciaron su vida sexual, observados en la tabla y gráfico 13, muestran que un en su mayoría tuvieron un inicio temprano, dado que el [86.7%(65)] iniciaron antes de los 16 años y solo un [13.3%(10)] a partir de los 16 años.

**Tabla 14. Descripción del número de parejas sexuales de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Número de parejas sexuales	N = 75	
	N°	%
1 pareja	20	26.7
> 1 pareja	55	73.3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Escala de conductas sexuales de riesgo de Ingledew y Ferguson (anexo 05)



**Gráfico 14. Representación gráfica del número de parejas sexuales de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

**Interpretación:**

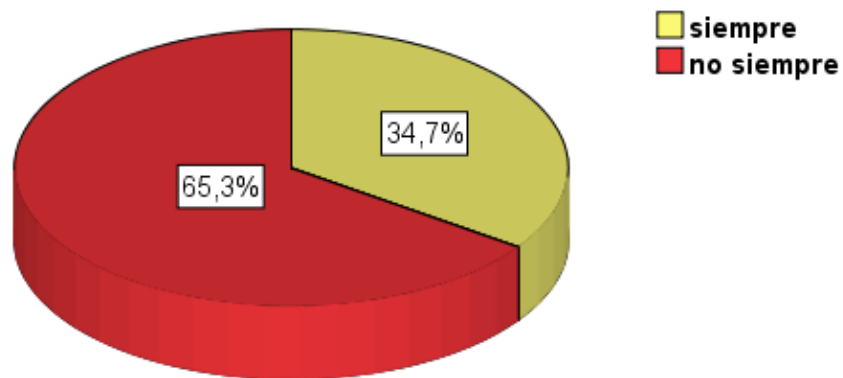
El análisis descriptivo del número de parejas sexuales de los adolescentes, observados en la tabla y gráfico 14, muestran que en su mayoría tuvieron varias parejas sexuales hasta el momento de la intervención, dado que el [73.3%(55)] manifestaron haber tenido más de una pareja y solo un [26.7%(20)] solo tuvieron una pareja.

**Tabla 15. Descripción de la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos de barrera por los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Uso de métodos anticonceptivos de barrera	N = 75	
	N°	%
Siempre	26	34.7
No siempre	49	65.3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Escala de conductas sexuales de riesgo de Ingledew y Ferguson (anexo 05)

### Uso de los metodos anticonseptivos de barrera



**Gráfico 15. Representación gráfica de la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos de barrera por los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

#### Interpretación:

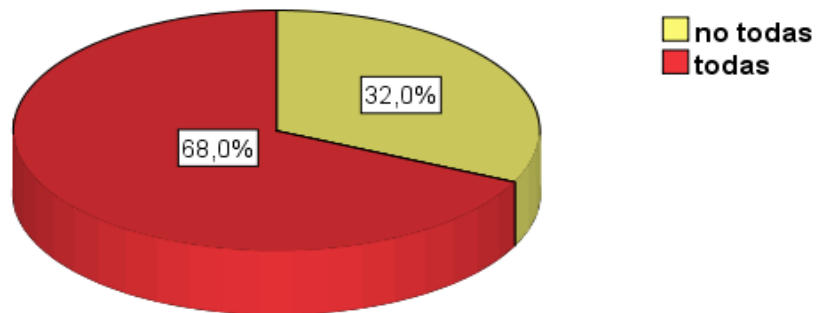
El análisis descriptivo de la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos de barrera, observados en la tabla y gráfico 15, muestra que la mayoría de adolescentes no siempre usan el preservativo, siendo estos un [65.3%(49)] y solo un [34.7%(26)] si lo hace siempre.

**Tabla 16. Descripción del número de parejas de los adolescentes con los que usó métodos anticonceptivos, atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Parejas con los que los adolescentes usaron métodos anticonceptivos	N = 75	
	N°	%
Todas	24	32.0
No todas	51	68.0
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Escala de conductas sexuales de riesgo de Ingledew y Ferguson (anexo 05)

### Numero de parejas con que uso metodos anticonseptivos



**Gráfico 16. Representación gráfica del número de parejas de los adolescentes con los que usó métodos anticonceptivos, atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

#### Interpretación:

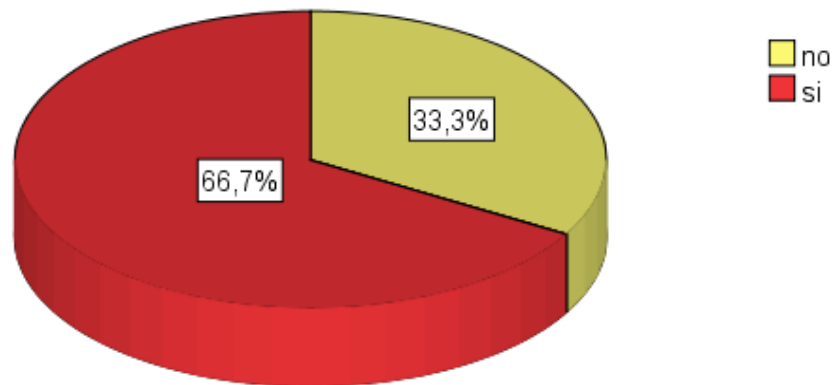
El análisis descriptivo del número de parejas de los adolescentes con los que usó métodos anticonceptivos, mostrados en la tabla y gráfico 16, indican que la mayoría de los adolescentes no usan métodos anticonceptivos, dado que un [68.0%(51)] menciona que no con todas las parejas uso métodos anticonceptivos y solo un [32.0%(24)] refirió haber usado con todas sus parejas.

**Tabla 17. Descripción de adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas, atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas	N = 75	
	N°	%
No	25	33.3
Si	50	66.7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Escala de conductas sexuales de riesgo de Ingledey y Ferguson (anexo 05)

### **Practica de relaciones sexuales bajo efectos de alcohol o drogas**



**Gráfico 17. Representación gráfica de adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas, atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

#### **Interpretación:**

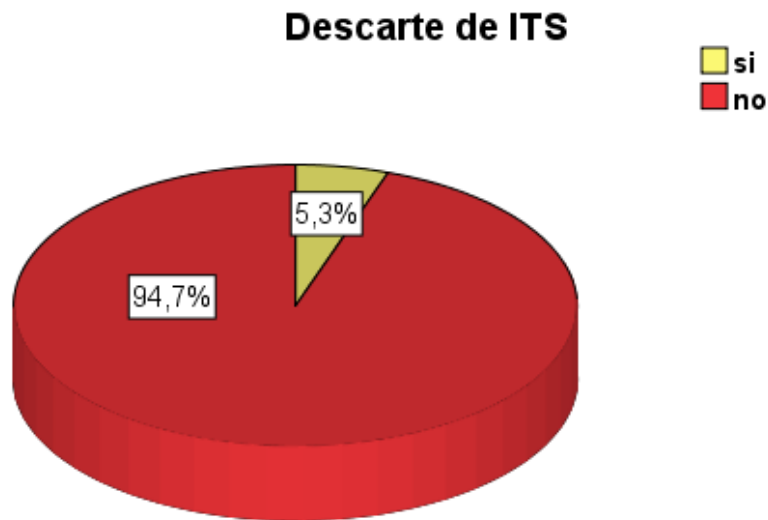
El análisis descriptivo de adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales bajo efectos del alcohol, mostrados en la tabla y gráfico 17, indicaron que un gran número de adolescentes mencionaron si haberlo hecho, siendo estos un [66.7%(50)] y solo un [33.3%(25)] mencionaron que no tuvieron relaciones en estado de ebriedad.



**Tabla 18. Descripción de los adolescentes que realizaron el descarte de Infección de transmisión sexual, atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Adolescentes que realizaron el descarte de Infección de transmisión sexual	N = 75	
	N°	%
Si	4	5.3
No	71	94.7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Escala de conductas sexuales de riesgo de Ingledey y Ferguson (anexo 05)



**Grafico 18. Representación gráfica de los adolescentes que realizaron el descarte de Infección de transmisión sexual, atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

**Interpretación:**

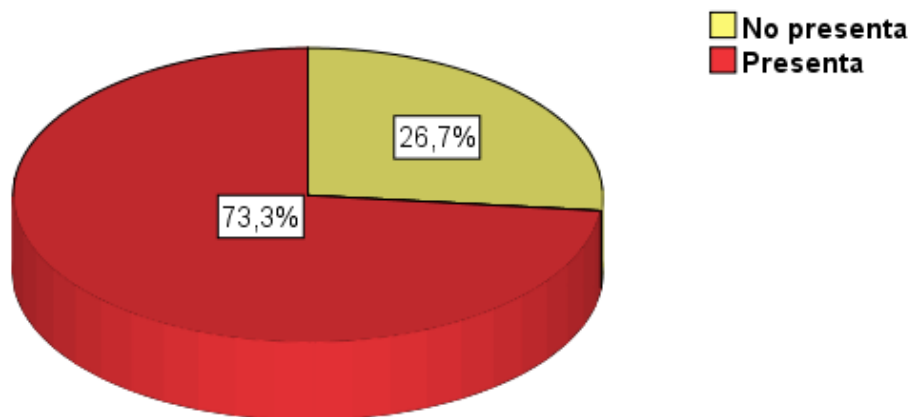
El análisis descriptivo de adolescentes que realizaron el descarte de Infección de transmisión sexual, mostrados en la tabla y grafico 18, indicaron que casi la totalidad de los adolescentes no se han realizado un descarte de ITS, dado que el [94.7%(71)] mencionaron que no y solo un [5.3%(4)] si lo hicieron.

**Tabla 19. Descripción de las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Conductas sexuales de riesgo	N = 75	
	N°	%
No presenta	20	26.7
Presenta	55	73.3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Escala de conductas sexuales de riesgo de Ingledew y Ferguson (anexo 05)

### Conductas Sexuales de Riesgo



**Gráfico 19. Representación gráfica de las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

#### Interpretación:

El análisis descriptivo de las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes, mostrados en la tabla y gráfico 19, indicaron que en su mayoría presentan conductas sexuales de riesgo, siendo estos un [73.3%(55)] y el [26.7%(20)] no presentan dichas conductas.

## 4.2 Análisis Inferencial y/o Contrastación de Hipótesis

**Tabla 20. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov en las variables funcionalidad familiar y conductas sexuales de riesgo en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Estadísticas	Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov	
	Funcionalidad familiar	Conductas sexuales de riesgo
Muestra	75	75
Media	40.49	3.17
Desviación Estándar	16.095	1.245
kolmogorov smirnov	0.103	0.245
Significancia K-S	0.043	0.000

Fuente: Estadístico SPSS v20

### Análisis.

En la presenta tabla 20, se trabajó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con las variables; funcionalidad familiar y conductas sexuales de riesgo, obteniéndose con la variable de funcionalidad familiar, un valor de K-S 0.103, con una significancia de 0.043 estando por debajo de 0.05, lo que nos indica que la distribución de la variable analizada, no es igual a la distribución normal. En tanto en la variable conductas sexuales se obtuvo un valor de K-S 0.245, con una significancia de 0.000 estando por debajo de 0.05, indica que la distribución de la variable analizada, no es igual a la distribución normal; además, teniendo en cuenta que las variables son de tipo categóricas, se opta por utilizar, la prueba no paramétrica del Coeficiente de Correlación de Spearman.

**Tabla 21. Relación entre la funcionalidad familiar con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Funcionalidad familiar	Conductas sexuales de riesgo					
	No presenta		Presenta		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Funcional	13	17.3	2	2.7	15	20.0
Moderadamente funcional	5	6.7	16	21.3	21	28.0
Disfuncional	2	2.7	16	21.3	18	24.0
Severamente disfuncional	0	0	21	28.0	21	28.0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>26.7</b>	<b>55</b>	<b>73.3</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Test FF-SIL de Funcionalidad familiar y Escala de conductas sexuales de riesgo de Ingledew y Ferguson (Anexos 04 y 05)

### **Interpretación:**

Al describir las dos variables de análisis: funcionalidad familiar con las conductas sexuales de riesgo, se observa que en su mayoría los adolescentes son parte de una familia severamente disfuncional, siendo estos un [28.0%(21)] y a su vez los mismos, presentan conductas sexuales de riesgo; en tanto un [17.3%(13)] pertenecen a una familia funcional y no presentan conductas sexuales de riesgo; por otro lado, solo un [2.7%(2)] de adolescentes son parte de una familia funcional y a pesar de ello, presentan conductas de riesgo.

**Tabla 22. Prueba de Correlación de Spearman de la funcionalidad familiar con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Variables de correlación	Valor Rho	Significancia
Funcionalidad familiar	0.770	0.000
Conductas sexuales de riesgo		

Fuente. Base de datos (Elaboración propia)

### **Análisis.**

En la tabla 22, se puede analizar la relación entre la funcionalidad familiar con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018. El valor calculado de Rho es de 0.770 con un nivel de significancia de 0.000 ( $p > 0.05$ ); con una probabilidad de error de 0.0% la funcionalidad familiar presenta una **relación directamente proporcional** debido a que cuanto más el adolescente se desarrolla en un ambiente disfuncional, mayor serán las conductas sexuales de riesgo. Por lo cual; **se concluye rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis de investigación: “La funcionalidad familiar se relaciona significativamente con la conducta sexual de riesgo en adolescentes** atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.”, así mismo, con el valor **Rho de 0.77 se interpreta según el coeficiente de Correlación de Spearman, existe un grado de correlación positiva alta.**

**Tabla 23. Relación entre la funcionalidad familiar con la edad de la primera relación sexual adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Funcionalidad familiar	Edad de la primera relación sexual					
	≥ 16 años		< 16 años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Funcional	8	10.7	7	9.3	15	20.0
Moderadamente funcional	2	2.7	19	25.3	21	28.0
Disfuncional	0	0.0	18	24.0	18	24.0
Severamente disfuncional	0	0.0	21	28.0	21	28.0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>13.3</b>	<b>65</b>	<b>86.7</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Test FF-SIL de Funcionalidad familiar y Escala de conductas sexuales de riesgo de Ingledew y Ferguson. (Anexos 04, 05)

### **Análisis.**

Al describir las dos variables de análisis: funcionalidad familiar con la edad de la primera relación sexual de los adolescentes, se aprecia que la mayor cantidad de adolescentes son parte de una familia severamente disfuncional, siendo estos un [28.0%(21)] y a su vez mencionaron que su primera relación sexual fue antes de los 16 años, así también un [24.0%(18)] pertenecen a una familia disfuncional y tuvieron su primera relación sexual antes de los 16 años; por otro lado, un [10.7%(8)] adolescentes son parte de una familia funcional y tuvieron su primera relación sexual después de los 16 años.

**Tabla 24. Prueba de correlación de Spearman de la funcionalidad familiar con la edad de la primera relación sexual de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Variables de correlación	Valor Rho	Significancia
Funcionalidad familiar	0.717	0.000
Edad de la primera relación sexual		

Fuente. Base de datos (Elaboración propia)

### **Análisis.**

En la tabla 24, se analiza la relación entre la funcionalidad familiar con la edad de la primera relación sexual de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018. El valor calculado de Rho es de 0.717 con un nivel de significancia de 0.000 ( $p > 0.05$ ); por lo que, con una probabilidad de error de 0.0% la funcionalidad familiar está relacionado a la edad de la primera relación sexual. **Se concluye rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis de investigación** “La edad de inicio de relaciones sexuales se relaciona significativamente con la funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.”, así mismo con el valor Rho de 0.71 se interpreta según el coeficiente de Correlación de Spearman existe un grado de correlación positiva alta.

**Tabla 25. Relación entre la funcionalidad familiar con el número de parejas sexuales de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Funcionalidad familiar	Número de parejas sexuales					
	1 pareja		> 1 pareja		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Funcional	11	14.7	4	5.3	15	20.0
Moderadamente funcional	7	9.3	14	18.7	21	28.0
Disfuncional	2	2.7	16	21.3	18	24.0
Severamente disfuncional	0	0.0	21	28.0	21	28.0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>26.7</b>	<b>55</b>	<b>73.3</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Test FF-SIL de Funcionalidad familiar y Escala de conductas sexuales de riesgo de Ingledew y Ferguson. (Anexos 04, 05)

### **Análisis.**

Al describir las dos variables de análisis: funcionalidad familiar con el número de parejas sexuales de los adolescentes, se aprecia que la mayor cantidad de adolescentes son parte de una familia severamente disfuncional, siendo estos un [28.0%(21)] y a su vez tuvieron más de una pareja sexual, así también un [21.3%(16)] pertenecen a una familia disfuncional y tuvieron más de una pareja sexual; por otro lado, un [14.7%(11)] adolescentes son parte de una familia funcional y tuvieron solo una pareja sexual, cabe resaltar la existencia de adolescentes que son parte de familias moderadamente funcionales y funcionales que tuvieron más de una pareja sexual siendo estos un [18.7%(14)] y [5.3%(4)] respectivamente, así como también [2.7%(2)] son de familias disfuncionales y tuvieron solo una pareja sexual.



**Tabla N<sup>o</sup> 26. Prueba de correlación de Spearman de la funcionalidad familiar con el número de parejas sexuales de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Variables de correlación	Valor Rho	Significancia
Funcionalidad familiar	0.654	0.000
Número de parejas sexuales		

Fuente. Base de datos (Elaboración propia)

### **Análisis.**

En la tabla 26, se analiza la relación entre la funcionalidad familiar con el número de parejas sexuales de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018. El valor calculado de Rho resultó ser de 0.654 con un nivel de significancia de 0.000 ( $p > 0.05$ ); por lo que, con una probabilidad de error de 0.0% la funcionalidad familiar está relacionado al número de parejas sexuales. **Se concluye rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis de investigación** “El número de parejas sexuales se relaciona directa y significativamente con la funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018”. Así mismo; con el valor **Rho de 0.65 se interpreta según el Coeficiente de Correlación de Spearman, existe un grado de correlación positiva moderada.**

**Tabla 27. Relación entre la funcionalidad familiar con la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos de barrera por adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Funcionalidad familiar	Uso de métodos anticonceptivos de barrera					
	Siempre		No Siempre		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Funcional	12	16.0	3	4.0	15	20.0
Moderadamente funcional	7	9.3	14	18.7	21	28.0
Disfuncional	4	5.3	14	18.7	18	24.0
Severamente disfuncional	3	4.0	18	24.0	21	28.0
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>34.7</b>	<b>49</b>	<b>65.3</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Test FF-SIL de Funcionalidad familiar y Escala de conductas sexuales de riesgo de Ingledew y Ferguson. (Anexos 04, 05)

### **Análisis.**

Al describir las dos variables de análisis: funcionalidad familiar con el uso de métodos anticonceptivos de barrera por adolescentes, se observa que la mayor cantidad de adolescentes son parte de una familia severamente disfuncional y no siempre usan métodos anticonceptivos de barrera, siendo estos un [24.0%(21)]; por otro lado, un [16.0%(12)] de adolescentes son parte de una familia funcional y siempre usan métodos anticonceptivos de barrera; cabe destacar la existencia de adolescentes que son parte de familias moderadamente funcionales y funcionales que no siempre usan métodos anticonceptivos de barrera, siendo un [18.7%(14)] y [4.0%(3)] respectivamente, así como también un [5.3%(4)] y [4.0%(3)] son de familias disfuncional y severamente funcional que siempre usan métodos anticonceptivos de barrera.

**Tabla 28. Prueba de Correlación de Spearman de la funcionalidad familiar con la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos de barrera por adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Variables de correlación	Valor Rho	Significancia
Funcionalidad familiar	0.450	0.000
Uso de métodos anticonceptivos de barrera		

Fuente. Base de datos (Elaboración propia)

### **Análisis.**

En la tabla 28, se analiza la relación entre la funcionalidad familiar con el uso de métodos anticonceptivos de barrera por adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018. El valor calculado de Rho es de 0.450 con un nivel de significancia de 0.000 ( $p > 0.05$ ); por lo que con una probabilidad de error de 0.0% la funcionalidad familiar está relacionado uso de métodos anticonceptivos de barrera. **Se concluye rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis de investigación** “El uso de métodos anticonceptivos de barrera se relaciona significativamente con la funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018”. Así mismo, **con el valor Rho de 0.45 se interpreta según el Coeficiente de Correlación de Spearman, existe un grado de correlación positiva moderada.**

**Tabla 29. Relación entre la funcionalidad familiar con adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas, atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Funcionalidad familiar	Adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas					
	No		Si		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Funcional	10	13.3	5	5.7	15	20.0
Moderadamente funcional	6	8.0	15	20.0	21	28.0
Disfuncional	5	5.7	13	17.3	18	24.0
Severamente disfuncional	4	5.3	17	22.7	21	28.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>33.5</b>	<b>50</b>	<b>66.7</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Test FF-SIL de Funcionalidad familiar y Escala de conductas sexuales de riesgo de Ingledew y Ferguson. (Anexos 0, 05)

### **Análisis.**

Al describir las dos variables de análisis: funcionalidad familiar con relaciones sexuales bajo efectos de alcohol o drogas por adolescentes, se halló la predominancia de adolescentes que son parte de una familia severamente disfuncional y que mantuvieron relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas, siendo estos un [22.7%(21)]; por otro lado, un [13.3%(12)] adolescentes son parte de una familia funcional y no mantuvieron relaciones sexuales con efectos de alcohol o drogas, cabe mencionar la existencia de adolescentes que son parte de familias moderadamente funcionales y funcionales mantuvieron relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas siendo un [20.0%(15)] y [5.7%(5)] respectivamente, así como también un [5.7%(5)] y [5.3%(4)] son de familias disfuncional y severamente disfuncional que no mantuvieron relaciones sexuales bajo efecto del alcohol o drogas.

**Tabla N<sup>o</sup> 30. Prueba de correlación de Spearman de la funcionalidad familiar con adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas, atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Variables de correlación	Valor Rho	Significancia
Funcionalidad familiar		
Relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas	0.363	0.001

Fuente. Base de datos (Elaboración propia)

### **Análisis.**

En la tabla 30, se analiza la relación entre la funcionalidad familiar con las relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas por adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018. El valor calculado de Rho es de 0.363 con un nivel de significancia de 0.001 ( $p > 0.05$ ); por lo que, con una probabilidad de error de 0.1% la funcionalidad familiar está relacionado al uso de métodos anticonceptivos de barrera. **Se concluye rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis de investigación** “Las relaciones sexuales bajo efectos de alcohol o drogas se relacionan significativamente con la funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.”. Así mismo, **con el valor Rho de 0.36 se interpreta según el coeficiente de correlación de Spearman existe un grado de correlación positiva baja.**

**Tabla 31. Relación entre la funcionalidad familiar con los adolescentes que se realizaron el descarte de Infecciones de transmisión sexual, atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Funcionalidad familiar	Descarte de Infecciones de transmisión sexual					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Funcional	2	2.7	13	17.3	15	20.0
Moderadamente funcional	1	1.3	20	26.7	21	28.0
Disfuncional	0	0.0	18	24.0	18	24.0
Severamente disfuncional	1	1.3	17	26.7	21	28.0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>5.3</b>	<b>71</b>	<b>94.7</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Test FF-SIL de Funcionalidad familiar y Escala de conductas sexuales de riesgo de Ingledew y Ferguson. (Anexos 0, 05)

### **Análisis.**

Al describir las dos variables de análisis: funcionalidad familiar con descarte de Infecciones de transmisión sexual por adolescentes, se halló la predominancia de adolescentes que son parte de una familia moderadamente funcional y a su vez no se realizaron el descarte de una ITS siendo estos un [26.7%(20)]; en tanto, un [24.0%(18)] adolescentes son parte de una disfuncional y no se realizaron un descarte de una ITS; cabe señalar que solo un [1.3%(1)] adolescente pertenece a una familia moderadamente funcional y en igual proporción severamente disfuncional que si se hicieron el descarte de una ITS.

**Tabla N° 32. Prueba de correlación de Spearman de la funcionalidad familiar con los adolescentes que se realizaron el descarte de Infecciones de transmisión sexual, atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.**

Variables de correlación	Valor Rho	Significancia
Funcionalidad familiar		
Descarte de Infecciones de transmisión sexual	0.111	0.344

Fuente. Base de datos (Elaboración propia)

### **Análisis.**

En la tabla 32, se analiza la relación entre la funcionalidad familiar con el descarte de Infecciones de transmisión sexual de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018. El valor calculado de Rho es de 0.111 con un nivel de significancia de 0.344 ( $p < 0.05$ ); por lo que, se interpreta que la funcionalidad familiar no está relacionado al descarte de Infecciones de transmisión sexual. Debido a que en este indicador se hallaron como respuesta, que ningún encuestado adolescente, se realizó el descarte de una ITS. Por lo que, **se concluye rechazando la hipótesis de investigación y aceptando la hipótesis nula** “El descarte de una ITS no se relaciona con la funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018”. Así mismo, **con el valor Rho de 0.111 se interpreta según el coeficiente de correlación de Spearman existe un grado de correlación positiva baja.**

### **4.3. Discusión de resultados**

Antes de iniciar la discusión, del presente trabajo de investigación, es importante remarcar que los niveles de fiabilidad por consistencia interna y validez de constructo de los instrumentos utilizados han sido óptimos. Esta información nos da garantía para poder dimensionar los resultados a grupos con similares características de estudio.

La presente investigación tuvo como propósito, determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará; cuyos resultados se tuvieron en cuenta el p valor ( $\leq 0.05$ ), mediante ello, nos permitió determinar las hipótesis. En la actualidad se considera un grupo vulnerable a los adolescentes, debido a los cambios propios de la etapa, quienes por propia naturaleza de desarrollo y crecimiento están expuestos a incurrir en prácticas sexuales de riesgo, ocasionando daño a su salud y a la salud de otras personas.

Por lo tanto, el comportamiento sexual en los adolescentes, es considerado como un problema de la salud pública a nivel mundial, debido a las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales que ocasionan sus cambios que de no recibir orientación adecuada y oportuna pueden ocasionar mayores cuadros de incidencia en enfermedades de transmisión sexual, abortos, embarazos no deseados, bebés prematuros, suicidios, violencia contra la mujer, orfandad, abandono y pobreza; influyendo negativamente al Índice de Desarrollo Humano del país.

Una sexualidad saludable implica maduración psicosocial y cognoscitiva (37). Y es en la etapa de la adolescencia donde se desarrolla el área cognitiva, ocurriendo una evolución del pensamiento concreto al abstracto y la capacidad para utilizar el conocimiento alcanza su máxima eficiencia. Como resultado de este desarrollo, el adolescente aprenderá a tener una perspectiva del tiempo, es decir tener un pasado, un presente y un futuro; pudiendo hacer planes de vida, ver las consecuencias de sus actos y aprovechar sus experiencias y conocimientos (38).



Según Slovic, (1992) menciona que el “riesgo” solo es riesgo, en la medida en que se percibe. Pero esta percepción implica un compromiso activo con el objeto, la persona o una situación en la que nos enfrentamos. La contingencia surge de la aceptación de la incertidumbre y la aceptación de la posibilidad del daño, o que se asuma la vulnerabilidad por la alta energía sexual. El conocimiento sobre el riesgo implica la consideración de la información objetiva (conocimiento científico) y la información subjetiva (intuición). Aspecto que no podemos esperar del adolescente, debido a que aún se encuentra en desarrollo de madurez cognitiva y no cuenta con la capacidad de percibir o reconocer la contingencia del daño. Y más aún si no cuenta con un entorno que le proporcione información y constante cuidado para evitar la contingencia del riesgo a todo nivel. (39).

Muchas teorías consideran que el componente afectivo suele prevalecer sobre el componente racional en la motivación de comportamiento y la toma de decisiones (Barrett y Salovey, 2002; Zajonc, 1980). En la vida cotidiana de los adolescentes muchos de ellos se encuentran en situaciones de abandono, incomunicación con los padres, falta de afecto y menor oportunidad de desarrollo, lo que hace que a la hora de juzgar y decidir sobre riesgo, suelen guiarse más por los sentimientos intuitivos y automáticos (miedo, ira, ansiedad, asco, descubrir lo desconocido, etc.) que por los criterios analíticos y racionales, aunque la vida esté en juego en un mundo incierto y a veces peligroso que les impide medir todas las razones a favor o en contra (40).

Guerrero Alcedo (41) indica que, por mucho tiempo las investigaciones en torno a este problema de salud, han sido abordados bajo un enfoque de riesgo, dirigidos a prevenir enfermedades, relegando a un segundo plano el fortalecimiento de las potencialidades y habilidades propias de las personas como un mecanismo para promocionar salud. Tal es así, que Guerrero promociona sus estudios como la creación de un movimiento en psicología denominado Psicología Positiva donde intenta rescatar el otro extremo olvidado del adolescente, es decir; el aumento de las potencialidades y cualidades con las que cuentan las personas como algo inherente a cada uno de ellos; así también como recursos, bienestar, y aspectos positivos, y sobre todo la capacidad de algunos seres humanos de reponerse frente a las

adversidades, que hasta hoy son pocos estudiados desde un enfoque de riesgo.

En este sentido; encontramos un porcentaje elevado de adolescentes (73.3%) con número de diferentes parejas sexuales, quienes iniciaron su vida sexual en temprana edad (<16 años 86.7%), y no siempre utilizaron métodos anticonceptivos de barrera (68%), bajo efectos de alcohol o drogas (66.7%) y como algo alarmante no se realizaron el descarte de Infecciones de transmisión sexual (94.7%).

Considerando el aporte de Guerrero, sabemos, que existen muchos factores de protección que ayudan a los adolescentes a llevar a cabo comportamientos sexuales de protección como la resiliencia sexual, estilos de afrontamiento, comunicación familiar, autoeficacia, autoestima y apoyo social.

### **Estudios que concuerdan**

Los resultados del estudio concuerdan con la investigación de Lavallo Sotomayor (17) donde determino que; la comunicación, la calidez y la cercanía de la familia en el adolescente, desempeñan un papel muy importante como protectores de las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes. Debido a que el inicio temprano de la vida sexual fue más frecuente en los adolescentes con familias en las que la expresión del afecto fue disfuncional, con una estructura monoparental y nuclear. También la falta de uso del condón y tener más de tres parejas se relacionó con deficiente expresión del afecto y comunicación dentro de la familia más el grado de satisfacción del adolescente con su familia. Y finalmente halló en su estudio que los embarazos no planeados y las enfermedades de transmisión sexual fueron más frecuentes en los adolescentes pertenecientes a familias extensas que tenían una expresión disfuncional del afecto.

Así también se coincide con el estudio realizado por Verónica P., (19) cuyos resultados obtenidos evidencian que, el 24.5% de los adolescentes no tienen una buena comunicación referente a temas de sexualidad, ya sea por los padres o personal de salud.

En la misma línea se concuerda con los estudios de Rafael Ch, (22) donde en sus resultados determino con un ( $p < 0.05$ ) que la funcionalidad familiar está asociada a las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes.

Del mismo modo, Arguello y Apupalo (42) llega a la conclusión que familias extensas y ampliadas con una dinámica familiar disfuncional y moderadamente funcional, provocan mayor frecuencia de conductas sexuales de riesgo. El nivel de comunicación, calidez y unión desempeñan un papel muy importante como protectores de estas conductas.

En tanto, Apolo Aguilar (43), concluye afirmando que los adolescentes al presentar familias funcionales (56,9%) también las poblaciones estudiadas presentaron conductas de riesgo en un (51,3%) y la gran mayoría presentó con predominancia familias tipo nuclear en un (51,8%).

En esta misma línea, Arpasi Turpo (44) concluye en su investigación indicando que, si existe relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes de 14 a 19 años de edad del distrito de Azángaro, obteniéndose solo un 9.9% de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales pertenecientes la mayoría a familias disfuncionales de tipo severo.

Las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes constituyen determinantes de su salud; las que son determinadas por factores internos y externos que pueden favorecer una disminución del control de la situación y mayor desprotección al virus de la inmunodeficiencia humana, otras infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados. Por lo tanto; es vital realizar prevención temprana de conductas sexuales de riesgo en adolescentes a través de programas de intervención con énfasis en el fortalecimiento de la Educación Integral de la Sexualidad a partir de la promoción de conductas sexuales saludables. (45)

Maras (46) asevera que es la familia el que presenta una influencia significativa, aunque indirecta sobre la ideación suicida en adolescentes. La ideación suicida se relaciona principalmente con las características individuales de los adolescentes, que son de hecho muy influidas por la funcionalidad familiar. Estos hallazgos confirman una vez más la importancia

de una familia funcional como base de apoyo en el desarrollo y madurez emocional del adolescente.

La adolescencia hurga un cambio en el ciclo vital familiar que, aunque sea normal, puede propiciar una mutabilidad en el sistema familiar hasta que se consiga la adaptación a este cambio, y el origen tiene que ver con las labores de desarrollo del adolescente. De tal manera, las relaciones entre los diferentes subsistemas familiares adquieren una gran complejidad provocada por la búsqueda de mayor facultad y soberanía por parte del adolescente, así como del inicio de su socialización mediante el grupo de amigos. Los adolescentes son imprescindibles muchos de ellos pueden haber tenido una buena formación inicial dentro de sus hogares, sin embargo, pueden presentar trastornos de conducta que lo conducen a expresarlos optando conductas inapropiadas o de riesgo a enfermar.

Por lo tanto, el análisis de la relación entre la funcionalidad familiar con la edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales, uso de métodos anticonceptivos de barrera, relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará durante el 2018; se obtuvieron valores significativos ( $p < 0.05$ ) en las cuatro dimensiones con una relación estadísticamente significativa ( $Rho= 0.717$ ,  $Rho= 0.654$ ,  $Rho= 0.450$  y  $Rho= 0.363$ ) respectivamente. A excepción de la funcionalidad familiar con el descarte de Infecciones de transmisión sexual de los adolescentes en estudio, se determinó que no existe relación dado a que el valor P es de 0,344.

Con respecto a las hipótesis específicas se concuerda con Rafael Ch. dado que en su investigación encontró que el uso de métodos anticonceptivos de barrera, fue con un p valor de 0,007, el haber presentado alguna ITS un p valor de 0,015 y una menor edad de inicio de relaciones con un p valor de 0,015 motivo por el cual; las conductas sexuales de riesgo estudiadas, si se asociaron con la disfuncionalidad familiar.

## Estudios que difieren

Por el contrario, se difiere con los estudios realizados por Edith Ch (23) debido a que en su investigación encontró que la edad de inicio sexual no se asocia con el funcionamiento familiar ( $\chi^2=2,78$ ;  $p=0.249$ ), de la misma manera con las dimensiones de cohesión: ( $\chi^2=3,52$ ;  $p=0.317$ ) y adaptabilidad ( $\chi^2=2.60$ ;  $p=0.457$ ) no se halló asociación. Por lo tanto; se concluyó que cualquiera sea el nivel de funcionamiento familiar, es probable que el adolescente tenga un inicio sexual precoz.

### 4.4. Aporte de la Investigación

- Se logró observar que, a la luz de los conocimientos actuales, los adolescentes requieren de una mayor atención tanto de los padres como de los profesionales a todo nivel y por qué no decirlo, de la sociedad en general, tanto político, económico y social. Sus prioridades deben estar insertadas dentro de la agenda política para lograr en ellos el desarrollo de sus cualidades y virtudes que muchas veces se encuentran sin oportunidades de ser demostradas y poder crecer.
- Existe un consenso de la necesidad de trabajar con las familias por ser el núcleo de formación de las futuras generaciones; determinar en ellos que el rol de ser padre de familia no es una casualidad, sino una tarea intensa de ser ejemplo y modelos de sus hijos para reproducir en su vida futura el eco de lo que pudo aprender durante la niñez.
- Asimismo, conocer que, a pesar de proveer de familias disfuncionales, algunos adolescentes se manejan con madurez emocional y psicológica; con ello se demuestra que cuanto menor sea la percepción del riesgo, la probabilidad de una conducta sexual riesgosa, será mayor o viceversa (Bachman, Johnston, O'Malley, y Humphrey, 1988).
- El presente trabajo propicia la necesidad de continuar con estudios de investigación sobre temas inherentes a los adolescentes, motivo por el

cual se requieren de investigaciones con diseño experimental para determinar mejores herramientas metodológicas y/o estrategias de atención y confrontación a problemas de salud en los adolescentes.

## CONCLUSIONES

**PRIMERO:** La muestra estuvo conformada en su mayoría por adolescentes del sexo femenino siendo un 53.3% (40) un poco más de la mitad de la población estudiada, así también un 22.7%(17) tienen la edad de 16 años. En tanto, casi la totalidad de los adolescentes 93.3%(70) proceden de las zonas rurales y casi la mitad 48.0%(36), viven con ambos padres; siendo esto un equivalente a suponer mayor ventaja en algunos adolescentes comparados con los que viven con otras personas.

**SEGUNDO:** Se observó en cuanto a la funcionalidad de la cohesión familiar con un 30.7% (23), la armonía familiar un 29.3%(22) y la permeabilidad familiar 33.3%(25) son parte de una familia moderadamente funcional.

En torno a la comunicación familiar, en la mayoría de la muestra 40.0%(30), son parte de una familia disfuncional, así como también en la adaptabilidad familiar con un 30.7%(23).

En tanto, en lo que respecta a la funcionalidad de los roles en la familia y la afectividad familiar se observó que un 40.0%(30) y 37.3%(28) respectivamente, son parte de una familia funcional.

**TERCERO:** Respecto a las conductas sexuales de riesgo, los adolescentes manifestaron un 86.7%(65) haber iniciado su actividad sexual antes de los 16 años, 73.3%(55) tuvieron más de una pareja sexual, 65.3%(49) no siempre usan métodos anticonceptivos de barrera, 68.0%(51) no con todas las parejas con quien tuvo relaciones sexuales usaron métodos anticonceptivos, 66.7% (50) algunos adolescentes manifestaron haber tenido relaciones

sexuales bajo efectos del alcohol o drogas y un 94.7%(71) no se realizó un descarte de infección de transmisión sexual.

Por ello; el 73.3%(55) de la muestra en estudio, presentaron conductas sexuales de riesgo.

**CUARTA:** Así mismo, se halló la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov en las variables; funcionalidad familiar y conductas sexuales de riesgo, donde la variable de funcionalidad familiar, obtuvo una significancia de 0.043, en tanto en la variable conductas sexuales una significancia de 0.000 estando por debajo de 0.05, lo cual indica que la distribución de la variable analizada, no es igual a la distribución normal, además teniendo en cuenta que las variables son de tipo categóricas, se opta por utilizar, la prueba no paramétrica del Coeficiente de Correlación de Spearman.

**QUINTO:** Se determinó la existencia entre la funcionalidad familiar con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018. Contrastado mediante la prueba de hipótesis Rho de Spearman= 0.770 y significancia 0.000 ( $p < 0.05$ ) dando a conocer que, cuanto más disfuncional sea la familia mayores serán las probabilidades de que el adolescente presenten conductas sexuales de riesgo.

**SEXTO:** En cuanto a la relación entre la funcionalidad familiar con la edad de la primera relación sexual de los adolescentes en estudio; se ha determinado la existencia de relación contrastado mediante la prueba de hipótesis Rho de Spearman= 0.717 y significancia 0.000 ( $p < 0.05$ ), dando a conocer que cuanto más disfuncional sea la familia mayores serán las probabilidades de que el adolescente inicie precozmente su actividad sexual.

**SÉPTIMO:** Al determinar relación entre la funcionalidad familiar con el número de parejas sexuales de los adolescentes en estudio; se

halló relación moderada, contrastado mediante la prueba de hipótesis Rho de Spearman= 0.654 y significancia 0.000 ( $p < 0.05$ ), dando a conocer que cuanto más disfuncional sea la familia hay más probabilidades de que el adolescente tenga mayor número de parejas sexuales.

**OCTAVO:** Se ha determinado relación entre la funcionalidad familiar con el uso de métodos anticonceptivos de barrera por adolescentes en estudio; se halló una relación moderada, contrastado mediante la prueba de hipótesis Rho de Spearman= 0.450 y significancia 0.000 ( $p < 0.05$ ), dando a conocer que cuanto más disfuncional sea la familia hay probabilidades de que el adolescente no siempre utilice métodos anticonceptivos.

**NOVENO:** En tanto al determinar la relación entre la funcionalidad familiar con las relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas por adolescentes en estudio, se halló baja relación, contrastado mediante la prueba de hipótesis Rho de Spearman= 0.363 y significancia 0.001 ( $p < 0.05$ ), dando a conocer que cuando la familia es disfuncional, existe pocas probabilidades de que el adolescente tenga relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas.

**DECIMO:** Por otro lado, al determinar la relación entre la funcionalidad familiar con el descarte de Infecciones de transmisión sexual de los adolescentes en estudio, no se encontró relación debido a que el valor calculado de Rho de Spearman es de 0.111 con un nivel de significancia de 0.344 ( $p < 0.05$ ), dando a conocer que cualquiera sea el nivel de funcionamiento familiar es probable que el adolescente no realice ninguna prueba de infección de transmisión sexual.



## **RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS**

### **A las Organizaciones responsables del cuidado de la Salud**

- Redefinir políticas de atención a la salud, priorizando mayor tiempo de trabajo con las familias, sin tener que esta atención de los profesionales de la salud sea menguada por un tiempo mínimo para las comunidades.
- Fomentar acciones dirigidas a mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes

### **Al personal de salud**

- Expresamente al profesional en Obstetricia y Licenciados en Enfermería que trabajan en los programas de Etapa de Vida del Adolescente; reforzar a los adolescentes y padres de familia con temas de salud sexual y reproductiva, aperturando un clima de mayor independencia y responsabilidad entre ellos.
- Sensibilizar a los padres acerca de las ventajas y beneficios de una comunicación temprana y escucha activa y oportuna con sus hijos sobre la sexualidad.
- Orientar a los padres sobre habilidades psicoemocionales para que estos puedan entablar diálogos con sus hijos para la mejora de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- Enfatizar mayor promoción y educación en el uso de métodos anticonceptivos de barrera (preservativos) en adolescentes, más aún en aquellos adolescentes que proceden de familias disfuncionales.
- Apoyado en la Psicología Positiva propuesta por Guerrero (41); debemos de identificar y promocionar todas las cualidades y aspectos positivos con las que cuentan los adolescentes, por considerarse una oportunidad de promover comportamientos sexuales saludables entre los adolescentes e implementar programas educativos que se orienten a fortalecer prácticas sexuales con mayor responsabilidad.

**A Ministerio de educación**

- Realizar convenio Ministerio de Educación - UGEL, para que las Instituciones Educativas se imparta una hora como mínimo en educación sexual, por un profesional capacitado.
- Realizar escuela para padres, rompiendo el tabú de la sexualidad y como debería ser impartida por ella en el hogar, evitando así información inadecuada en sexualidad.

**A la comunidad científica**

- Realizar más estudios relacionados a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes a fin de evitar múltiples problemas, sociales, familiares y personales en el adolescente.
- Realizar estudios donde se amplíe el tamaño de muestra y en otros ámbitos, para poder disminuir la variabilidad natural y lograr una mayor precisión de los resultados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Güemes Hidalgo, M.J., Ceñal Gonzales Fierro e Hidalgo Vicario, M.I. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. Volumen XXI, N°4, 2017.
2. Alfaro Paredes, D., Velarde del Carpio, C. y Zuñiga Herrera, E. Informe Nacional de las Juventudes en el Perú, 2016, 2017. 2da. Edición, Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2018-1051. P57. Disponible en: <https://juventud.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/INFORME-NACIONAL-DE-LAS-JUVENTUDES-2016-2017.pdf>
3. Born, D., Minujín A. y Lombardía, M.L. Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en américa latina y el caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente. UNICEF, p 23-30. Disponible en: [https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-04/UNICEF Situacion de Adolescentes y Jovenes en LAC junio2105.pdf](https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-04/UNICEF_Situacion_de_Adolescentes_y_Jovenes_en_LAC_junio2105.pdf)
4. Fondo Poblacional de las Naciones Unidas. UNFRA. [Online].; 2015 [cited 2018 julio 26. Disponible en: <https://www.insp.mx/noticias/salud-poblacional/1773-salud-reproductiva-un-campo-de-investigacion-fundamental.html>
5. Romero M.I., Maddaleno M., Silber TJ, Munist M. Salud reproductiva. Citado por Mendoza, L.A., Arias, M., Pedroza, M., Micolta, P., Ramírez, A., Cáceres, C., López, D., Núñez, A. y Acuña, M. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*. Unidad Central del Valle, Tuluá, Colombia, 2012, 77(4): 271 – 279.
6. Ministerio de Salud. Documento Técnico. Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. Lima, 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>, p86.

7. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES. [Online].; 2014  
Disponible en:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html)
8. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES I. INEI.GOG. [Online].; 2016.  
Disponible en:  
<http://iinei.inei.gob.pe/iinei/srienaho/Descarga/DocumentosMetodologicos/2011-5/ManualAntropometrista.pdf>
9. Ministerio de Salud. Documento Técnico. Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. Lima, 2017. Disponible en:  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>, p86.
10. MINSA, MIDIS, y Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud, INPPARES, PROMSEX, Equidad, CARE Perú, La Unión TB, Plan Internacional, Colegio de Obstetras del Perú, TIPACOM, FORO SALUD, Save The Children, PRISMA, Colegio de Enfermeros del Perú y Voces Ciudadanas. Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó “Un Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades para las Mujeres y de Desarrollo para el País”. Sub Grupo de Prevención del Embarazo en Adolescentes. 2018. p4. Disponible en:  
[https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta\\_embarazo\\_en\\_adolescentes\\_aumento\\_junio\\_2018.pdf](https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta_embarazo_en_adolescentes_aumento_junio_2018.pdf)
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. [Online].; 2013.  
Disponible en:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1199/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1199/libro.pdf).
12. López Sánchez, F. Sexualidad en la adolescencia ¿Y qué podemos hacer con los adolescentes los diferentes agentes educativos? Universidad de Salamanca, 2014, p3

13. Organización Mundial De La Salud. OMS. [Online].; 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66489/WHO\\_FCH\\_CAH\\_00.7\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66489/WHO_FCH_CAH_00.7_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1).
14. Schilling S, Samuels-Kalow M, Gerber JS, Scribano PV, French B, Wood JN. Citado por Polo, R., Palacios, R., Barberá M.J. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Grupo de expertos de grupo SIDA de la SEMIEC, Plan Nacional sobre el SIDA y Grupo de estudio de la SEMIEC-GEITS., 2017.
15. Polo, R., Palacios, R., Barberá M.J. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Grupo de expertos de grupo SIDA de la SEMIEC, Plan Nacional sobre el SIDA y Grupo de estudio de la SEMIEC-GEITS., 2017.P84
16. Horno Goicoechea, P. El amor y el desamor en la adolescencia. XII Conferencia "Blas Taracena del Piñal". Palma de Mallorca. ADOLESCERE • Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. volumen VI, Nº 2, 2018.
17. Carlos Lavallo Montalvo,C.,Lavielle-Sotomayor, P. y Rozen-Fuller Lavallo Sotomayor, E. Impacto de las familias en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. Tesis doctoral. Mexico:, Instituto Mexicano del seguro; 2014.p23.
18. Hernández-Castillo, L., Cargill-Foster, N. R., Gutiérrez-Hernández, G. Salud en Tabasco, vol. 18, núm. 1, enero-abril, 2012, pp. 14-24 Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa, México.p12.
19. Prado, V. Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de 12-18 años. Tesis maestría. Ecuador: Universidad Central de Ecuador; 2014.

20. Herrera, C.A. Funcionalidad familiar y su relación con conductas sexuales de riesgo en adolescentes de bachillerato zona 7 Ecuador. 2016. Tesis. Loja: Univerdidad Nacional de Loja, Salud Humana; 2016.p8.
21. Apupalo Chisag, M.M. Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu, 2015-2016. Tesis. Ambato: Universidad Técnica de ambato, Ciencias de la Salud; 2016.
22. Rafael Chávez, M. H. Funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del instituto materno perinatal. Tesis. Lima: [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. , Obstetricia; 2016.p5.
23. Choque Sucapuca, E.M. Edad de inicio de relaciones sexuales y funcionalidad familiar en estudiantes de 3º a 5º de educación secundaria en una institución pública. Tesis. Lima: Universidad Peruana Unión.; 2015.p3.
24. Arpasi Turpo. Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de 14 a 19 años de edad del distrito de Azángaro. Universidad Nacional del Altiplano. Repositorio Institucional., 2018.
25. Estupiñán-Aporte, Amaya-Estupiñán y Rojas-Jiménez (2012) citado por Rubén Jorge Burgos Jiménez. El consumo de drogas y la sexualidad de riesgo en el ocio nocturno juvenil de Granada. Universidad de Granada. Tesis, 2017.
26. Martín, J.C.; Martínez, J.M.; Rojas, D. Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. Investigación Original. Universidad Autónoma de Madrid. Revista Panamericana de Salud Pública. SciELO - Scientific Electronic Library Online.
27. Moscovici Serge. Psicología Social. Disponible en: [https://www.academia.edu/32687495/Serge\\_Moscovici\\_Psicolog%C3%A9a\\_Social](https://www.academia.edu/32687495/Serge_Moscovici_Psicolog%C3%A9a_Social)

28. Pineda L. (2014) citado por Luis Alfredo Fernández Roja. Salud sexual y reproductiva y comportamiento sexual en la educación de estudiantes de V Ciclo de una Universidad privada de Lima Norte. Universidad Cesar Vallejo,
29. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2014 citado por Calero Yera, E., Rodríguez Roura, S., Trumbull Jorlen, A. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. Humanidades Médicas 2017; 17(3): 577-592.
30. Ortiz Laguado & García Jaramillo, 2013, citado por Carlos Eri Iñiguez Ordoñez. Funcionalidad familiar y su relación con las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de bachillerato. Zona 7, Ecuador. 2017.p8.
31. Moratto Vásquez, S. Zapata Posada, N.; Messenger, Tatiana Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. Revista CES Psicología, vol. 8, núm. 2, pp. 103-121 Universidad CES Medellín, Colombia, 2015.
32. Zumba Tello, D.M. Disfuncionalidad familiar como factor determinante de las habilidades sociales en adolescentes de la fundación proyecto Don Bosco. Universidad Católica del Ecuador. Ambato, 2017.
33. Rosabal García, E., Romero Muñoz, N., Gaquín Ramírez, K.Hernández Mérida, R. Conductas de riesgo en los adolescentes. Revista Cubana de Medicina Militar. 2015;44(2):218-229.
34. De la Cruz Martín-Romo, C. y Fernández-Cuesta Valcarce, M.A. La sexualidad en adolescentes y jóvenes. Disponible en: <http://cursosaeapap.exlibrisediciones.com/files/49-215-fichero/La%20sexualidad%20en%20adolescentes.pdf>
35. Cinta Folch, Álvarez, J.L. Casabona, J., Castellsagué, X. y Grupo Jóvenes e Internet. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. Rev. Esp. Salud Pública 2015;89: 471-485.

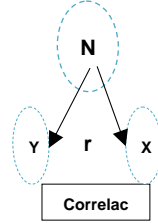
36. Pineda E.B. y De Alvarado, E.L. Metodología de la Investigación. Organización Panamericana de la Salud. IBSN 978-92-75-32913-9.p80-82.
37. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Paraguay. Adolescencia. Manual Clínico [en línea]. Paraguay, 2012. Citado por García Macías, C.A., Remón Ramírez, L., Miranda Vázquez, J.M., Defaz Taipe, S.R. Conocimientos sobre sexualidad y su influencia en el embarazo en adolescentes. Artículo original. Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión-Vol. 2 No 2, 2017.
38. Monroy A. Salud y Sexualidad en la Adolescencia y Juventud. Primera Edición. México. Citado por García Macías, C.A., Remón Ramírez, L., Miranda Vázquez, J.M., Defaz Taipe, S.R. Conocimientos sobre sexualidad y su influencia en el embarazo en adolescentes. Artículo original. Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión-Vol. 2 No 2, 2017.
39. Restrepo, J.E. El concepto de riesgo: avances hacia un modelo de percepción de riesgo en salud. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas "Psicoespacios" ISSN 2145-2776. Vol. 10- N 16, 2016.p13.
40. Stanojlovic, M. Percepción social de riesgo: una mirada general y aplicación a la comunicación de salud. Revista de Comunicación y Salud, Vol. 5, pp. 96-107, ISSN: 2174-5323, 2015. P4
41. Guerrero Alcedo, J.M. Comportamiento sexual de protección en adolescentes: Un enfoque desde la Psicología Positiva. Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado, 2013. P6.
42. Arguello Navarro, H.E. y Apupalo Chisag, M.M. Funcionamiento Familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu, 2015-2016. Edit. Universidad Técnica de Ambato. Repositorio digital



43. Apolo Aguilar, G.L. Funcionalidad familiar y su relación con conductas de riesgo en los estudiantes del Colegio Ciudad de Portovelo. Universidad Nacional de Loja. Tesis para optar a medicina humana, 2017.
44. Arpasi Turpo, R. Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de 14 a 19 años de edad del distrito de Azángaro, Puno. Tesis para optar el grado de médico cirujano. Universidad Nacional del Altiplano, 2018.
45. Alfonso Figueroa, L., Figueroa Pérez, L. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río; vol. 21(2)193-301, 2017.
46. Maras, JS; Dukic, O; Markovic, J; Biro, M. Family and Individual Factors of Suicidal Ideation in Adolescents. *Psychologija* 2011; 44(3)245-260.

# **ANEXOS**

## MATRIZ DE CONSISTENCIA (ANEXO 01)

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACION
<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Qué relación existirá entre la funcionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes atendidos en el CLAS Pucara, 2018?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar con la edad de inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018?</li> <li>¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar con el número de parejas sexuales en los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018?</li> <li>¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar con el uso de métodos de barrera en cada relación sexual en los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018?</li> <li>¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar con las relaciones sexuales bajo efectos del alcohol y drogas en los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018?</li> <li>¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar con la presentación de una ITS en los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018?</li> </ul>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018</li> <li>Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el número de parejas sexuales en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018</li> <li>Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el uso de métodos anticonceptivos de barrera en cada relación sexual en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018</li> <li>Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol y drogas en adolescentes en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018</li> <li>Determinar la relación entre la funcionalidad familiar ante la presentación</li> </ul>	<p><b>Hipótesis general</b> <b>H<sub>0</sub>:</b> La funcionalidad familiar no se relaciona significativamente con la conducta sexual de riesgo en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018. <b>H<sub>1</sub>:</b> La funcionalidad familiar se relaciona significativamente con la conducta sexual de riesgo en adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018</p> <p><b>Hipótesis específicas:</b> <b>H<sub>01, 2, 3, 4, 5, 6, 7</sub>:</b> La edad de inicio de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el uso de métodos anticonceptivos de barrera, las relaciones sexuales bajo efecto de alcohol y drogas, y la presentación de una ITS, no se relacionan con la funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018 <b>H<sub>11</sub>:</b> La edad de inicio de relaciones sexuales se relaciona inversa y significativamente con la funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018. <b>H<sub>12</sub>:</b> El número de parejas sexuales se relaciona directa y significativamente con la funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018. <b>H<sub>13</sub>:</b> El uso de métodos anticonceptivos de barrera se relaciona inversa y significativamente con la funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud</p>	<p><b>Variable independiente</b> Funcionalidad familiar</p> <p><b>Variable dependiente</b> conducta sexual de riesgo</p>	<p>El diseño a utilizarse en la presente investigación será el correlacional, por el mismo hecho de contar con dos variables en estudio, en el cual se buscará la relación de ambos tal como se muestra a continuación:</p>  <p><b>Dónde:</b> <b>N</b> = adolescentes <b>X</b> = funcionalidad familiar <b>Y</b> = conducta sexual de riesgo <b>r</b> = Relación de las variables en estudio</p>	<p>La población estará constituida por 346 adolescentes que se atienden en el CLAS - PUCARA Estrategia Sanitaria Etapa de Vida Adolescente (EVA- J).</p>

	<p>de una ITS en los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018</p>	<p>en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.</p> <p><b>H<sub>04</sub>:</b> Las relaciones sexuales con consumo de drogas y alcohol se relacionan inversa y significativamente con la funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.</p> <p><b>H<sub>a5</sub>:</b> La presentación de una ITS se relaciona directa y significativamente con la funcionalidad familiar de los adolescentes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente del CLAS Pucará, 2018.</p>			
--	---	---	--	--	--

**ANEXO 02**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título del estudio. Funcionalidad Familiar y las Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes atendidos en el CLAS Pucara, 2018.**

Yo.....Fecha: ...

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con Obst. Dennis Kettlin Güere Ruty

Comprendo que mi participación es voluntaria y que no recibiré pago alguno.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados/tratamientos sanitarios.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha ----/----/-----

Firma del participante

-----

**ANEXO 03**  
**GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE LA CARACTERIZACIÓN**  
**SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA EN ESTUDIO.**

Código:

Fecha: .....

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.** Funcionalidad Familiar y las Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes atendidos en el CLAS Pucara-2018.

**INSTRUCCIONES.** A continuación, se presentan situaciones que pueden ocurrir en su vida personal. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

**Gracias por su colaboración**

**Caracterización sociodemográfica de la muestra**

1. ¿Cuántos años tiene a la fecha?

2. ¿Cuál es su género

a) Masculino

b) Femenino

3. ¿Cuál es su procedencia?

a) urbano

b) Rural.....

4. Condición de vivencia

a) Padres

b) Hermanos

b) Hospedaje

## ANEXO 04

## TEST FF-SIL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Código:

Fecha: .....

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.** Funcionalidad Familiar y las Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes atendidos en el CLAS Pucara-2018.

**INSTRUCCIONES.** A continuación, se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

**Gracias por su colaboración**

	SITUACIÓN	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Las decisiones importantes se toman en familia.					
2	En mi familia predomina la armonía					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas familiares de manera que nadie esté recargado.					
10	Las costumbres de nuestra familia pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor en familia.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada uno son respetados por toda la familia.					
14	En nuestra familia nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

## ANEXO 05

Código:

Fecha: .....

**ESCALA DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO  
EN ADOLESCENTES POR INGLEDEW Y FERGUSON.**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.** Funcionalidad Familiar y las Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes atendidos en el CLAS Pucara-2018.

**INSTRUCCIONES.** A continuación, se presentan situaciones que pueden ocurrir en su vida personal. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

**Gracias por su colaboración**

Reactivos		Respuestas			
1	¿Has iniciado tu actividad sexual?	Si	No		
		Si la respuesta es negativa, culminar la encuesta.			
2	¿A qué edad inició tus relaciones sexuales?	_____			
3	¿Cuántas parejas sexuales tuviste hasta ahora?	_____			
4	¿Con que frecuencia usas los métodos anticonceptivos de barrera (preservativo)?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
5	¿Con cuantas parejas sexuales usaste métodos anticonceptivos?	_____			
6	¿Has tenido relaciones sexuales bajo efectos del alcohol, drogas u otros?	siempre	Casi siempre	Algunas veces	nunca
7	¿Alguna vez te has realizado una prueba de infección de transmisión sexual?	No	Si	Si te diagnosticaron cual fue la infección:	
				_____	



## NOTA BIOGRÁFICA

DENNIS K. GÜERE RUTTY. Nace en la ciudad de Huancayo un 25 de febrero de 1985, allí vive y desarrolla sus estudios primaria y secundaria en la institución Educativa “Gelicich”, realizando sus estudios superiores en la “Universidad Peruana los Andes”, obteniendo el grado de Obstetra; realizando su SERUMS en el Centro Poblado de Casacancha a 45 minutos de camino del distrito de Ingenio, laboro durante 1 año en el P.S. Triboline En la ciudad de Ayacucho perteneciente al VRAEN, así mismo incursionó en promoción de la salud integrando el proyecto del Gobierno Regional De Junín denominado “Escenarios Saludables”, recorriendo cada lugar alejado del Distrito de Pucará en beneficio de las familias, instituciones y lograr una comunidad saludable, se logró el premio de Institución educativa saludable a la institución “Andrés Abelino Cáceres”, posteriormente en laboró en el CLAS Pucará durante tres años. Posteriormente realizo estudios en Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación temprana lo cual la llevo a formar su propio Centro de Estimulación con el nombre de “los Arrullos”, además de laborar en esta institución ya durante 5 años, contribuye a formar buenos padres que, por consiguiente, buenos hijos, niños con un buen desempeño en cada una de las instituciones educativas a las que acuden. Durante esta etapa decide proseguir sus estudios y actualmente se encuentra culminando una Maestría en Salud Publica en la Universidad “Hermilio Valdizán de Huánuco”.





**ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO**

En el Aula 202 de la Escuela de Posgrado, siendo las **11:00h**, del día sábado **04 DE ENERO DE 2020** ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dra. Justina Isabel PRADO JUSCAMAITA  
Dra. Nancy VERAMENDI VILLAVICENCIOS  
Mg. Teresa GUERRA CARHUAPOMA

Presidenta  
Secretaria  
Vocal

**Asesora de tesis:** Dra. Irene DEZA Y FALCON (Resolución N° 02626-2018-UNHEVAL/EPG-D)

**La aspirante al Grado de Maestro en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Doña, Dennis Kettlin GÜERE RUTTY.**

**Procedió al acto de Defensa:**

Con la exposición de la Tesis titulado: **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CLAS PUCARA - 2018”.**

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante al Grado de Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal.
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y recomendaciones.
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- d) Dicción y dominio de escenario.

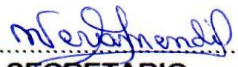
Así mismo, el Jurado plantea a la tesis **las observaciones** siguientes:

.....

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de Diecisiete (17)  
Equivalente a Muy Bueno, por lo que se declara Aprobado  
**(Aprobado o desaprobado)**

Los miembros del Jurado firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las 12.00 horas de 04 de enero de 2020.

  
.....  
**PRESIDENTE**  
DNI N° 22575024

  
.....  
**SECRETARIO**  
DNI N° 22421418

  
.....  
**VOCAL**  
DNI N° 22487758

**Leyenda:**  
19 a 20: Excelente  
17 a 18: Muy Bueno  
14 a 16: Bueno

(Resolución N° 01585-2019-UNHEVAL/EPG)

# AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICA DE POSGRADO

## 1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Apellidos y Nombres: GUERE RUTY DENNIS KETLIN

DNI: 42895122

Correo electrónico: dennisguere25@gmail.com

Teléfono de casa: 064-25-40-99 Celular: 964468877 Oficina: —

## 2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

<b>POSGRADO</b>
<b>Maestría:</b> Salud Pública y Gestión Sanitaria.
<b>Mención:</b>

Grado Académico obtenido:

MAESTRO EN SALUD PÚBLICA Y  
GESTIÓN SANITARIA

Título de la tesis:

<< FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LAS CONDUCTAS  
SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EL  
TIPO DE ACCESO QUE AUTORIZA EL AUTOR: CLAS PUCARA 2018 >>

Marcar "X"	Categoría de acceso	Descripción de acceso
<input checked="" type="checkbox"/>	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
<input type="checkbox"/>	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

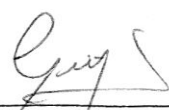
En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

( ) 1 año ( ) 2 años ( ) 3 años ( ) 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 11/02/2020

  
\_\_\_\_\_