

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y
COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES
DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO
– 2018”**

TESIS

PRESENTADA POR:

RONALD ARPASI TURPO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MEDICO CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**“RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y COMPORTAMIENTO
SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL
DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO - 2018”**

TESIS

PRESENTADO POR:

ARPASI TURPO RONALD

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:



PRESIDENTE:

M.C. ELIAS ALVARO AYCACHA MANZANEDA

PRIMER MIEMBRO:

M.C. LUIS DECIDERIO APAZA SULLCA

SEGUNDO MIEMBRO:

Dr. Cs. FELIX GOMEZ APAZA

DIRECTOR / ASESOR:

Mg. ARIEL SANTIAGO HUARACHI LOZA

**ÁREA : CIENCIAS MÉDICAS CLÍNICAS
TEMA: SEXUALIDAD**

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 06/08/2018

DEDICATORIA

Basto un aliento para que lo fue un sueño, se convirtiese en un hecho tangible. El presente trabajo lo dedico con beneplácito y apasionadamente a mis padres don Eliseo y dona Otilia, especialmente a mi querida esposa Elvia por su apoyo moral constante e incondicional.

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud a mi alma mater, la UNA-PUNO, a mis docentes de la facultad de Medicina Humana por haberme formado con su experiencia y sapiensa a lo largo de mi formación académica, por contribuir fundamentalmente en mi proyecto de vida, que será valiosa en el ejercicio de la profesión.

INDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	9
I. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2. HIPOTESIS	13
1.3. OBJETIVO GENERAL.....	13
1.4. OBJETIVO ESPECIFICO	13
II. REVISIÓN DE LITERATURA	15
2.1. ANTECEDENTES:	15
2.2. MARCO TEÓRICO:	20
2.2.1. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:	20
2.2.2. COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES	27
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	38
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:	38
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:	38
3.3. VARIABLES	41
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	43
3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	44
3.6. ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS.....	46
3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	47
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	48
4.1. RESULTADOS	48
4.2. DISCUSIÓN	61
V. CONCLUSIONES.....	69
VI. RECOMENDACIONES.....	71
VII. REFERENCIAS:.....	73
ANEXOS.....	81

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018.....	48
TABLA N° 02. CLASIFICACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018.....	50
TABLA N° 03. DIMENSIONES DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018.....	51
TABLA N° 04. ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018.....	52
TABLA N° 05. RELACIONES SEXUALES SEGÚN DISFUNCION FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018.....	53
TABLA N° 06. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES SEGÚN DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018.....	54
TABLA N° 07. PAREJAS SEXUALES SEGÚN DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018.....	55
TABLA N° 08. USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO SEGÚN DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018.....	56
TABLA N° 09. USO DE PRESERVATIVO EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL SEGÚN DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018.....	57
TABLA N° 10. DIAGNÓSTICO DE ITS EN ALGUNA OCASIÓN SEGÚN DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018.....	58
TABLA N° 11. EMBARAZO ACTUAL SEGÚN DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO- 2018.....	59
TABLA N° 12. EXPERIENCIA SEXUAL SEGÚN DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO- 2018.....	60

RESUMEN

TÍTULO: “RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO – 2018”

La adolescencia es una etapa del desarrollo de gran vitalidad; no obstante, es también un periodo donde el adolescente se expone a una serie de amenazas para su salud, entre ellas las relacionadas a la conducta sexual como embarazo precoz, enfermedad de transmisión sexual (ITS) entre otras. Además, la familia al ser el núcleo primario del ser humano donde incorpora las principales pautas de comportamiento adquiere un rol fundamental en esta etapa de vida. **Objetivo:** Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro, Puno - 2018. **Material y Métodos:** Estudio observacional y descriptivo. Se contó 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. El análisis se realizó en el software SPSS. **Resultados:** Si hubo relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes de 14 a 19 años de edad del distrito de Azángaro. 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.

Palabras clave: funcionalidad familiar, comportamiento sexual, adolescencia.

ABSTRACT

TITLE: RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY FUNCTIONALITY AND SEXUAL RISK BEHAVIOR IN ADOLESCENTS FROM 14 TO 19 YEARS OLD IN THE DISTRICT OF AZÁNGARO, PUNO - 2018"

Adolescence is a stage of development of great vitality; however, it is also a period in which the adolescent is exposed to a series of threats to their health, including those related to sexual behavior. In addition, the family being the primary core of the human being that incorporates the main patterns of behavior takes on a fundamental role in this stage of life.

Objective: Determine the relationship between family functionality and risky sexual behavior in adolescents between 14 and 19 years of age in the District of Azángaro, Puno – 2018. **Material and Methods:** Observational and descriptive study. There was a sample of 343 adolescents between 14 and 19 years old who were administered a questionnaire about sexual behaviors, sexual experiences and family functionality. The analysis will be carried out in the SPSS software. **Results:** If there was a relationship between family functionality and risky sexual behavior in adolescents from 14 to 19 years of age in the district of Azángaro. The average age of the adolescents was 16 years, of females (58.9%) and of the 5th grade of secondary education (51%). Familial dysfunction was present with a predominance of mild type (41.1%). Only 9.9% of the adolescents had sexual relations with predominance of the masculine gender, of which: the age of initiation of sexual relations was of 15 and 16 years belonging to dysfunctional families; condom use was seen sporadically (sometimes) (52.9%); they did not use a condom during their first sexual intercourse (64.7%); only 5.9% affirmed to contract STIs and 3 adolescents mentioned

being pregnant (8.8%) said adolescents are associated with dysfunctional families. With respect to the "sexual experience" the majority referred a minor sexual experience (Schofield 1,2 and 3) coming from dysfunctional families. **Conclusion:** If there is a relationship between family functionality and risky sexual behavior in adolescents from 14 to 19 years of age in the district of Azángaro, only 9.9% of adolescents who had sexual relations belonging to the majority of dysfunctional families of severe type were obtained.

Keywords: family functioning, sexual behavior, adolescence.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La adolescencia es la etapa de transición de la niñez a la edad adulta en la que pueden presentarse diversos problemas. Uno de los principales problemas es el embarazo en la adolescencia, que ha sido calificado como un problema de salud pública debido a los estragos que causa a nivel social y el estado de salud, que pueden generar en el adolescente sobre todo si carece de apoyo familiar para afrontar este suceso. Se han planteado distintos factores que están implicados en un inicio temprano de relaciones sexuales y que conlleven al embarazo adolescente, entre ellos la disfunción de la familia del adolescente. Una familia disfuncional no podrá servir de apoyo debido a la comunicación deficiente entre sus miembros. A nivel de comportamiento individual se evidencia el aumento de la actividad sexual reciente (en las últimas 4 semanas) en aquellos adolescentes de 15 a 19 años que ya iniciaron sexualmente, proporción que ha ido aumentando sostenidamente en los últimos 20 años. Lo mismo sucede en quienes registraron actividad sexual antes de los 15 años. A esta información habría que agregar, como probable explicación, los cambios registrados a nivel mundial en el descenso en la edad de la menarquía.⁽¹⁾

Nuevamente, la pobre calidad educativa no hace sino reforzar este circuito de exclusiones; además del embarazo, la deserción escolar también puede resultar de uniones formales tempranas, de la baja calidad de la educación que se ofrece y de expectativas igualmente bajas que tienen los adolescentes para sus propias vidas. Por lo tanto, las políticas que buscan reducir el embarazo adolescente tendrían que considerar mucho más que solo brindar información sobre los anticonceptivos y facilitar su acceso. Es decir, sin

educación sexual de calidad o el fortalecimiento de las capacidades de asertividad adolescente, es realmente poco lo que se pueda lograr. Globalmente, las crecientes brechas de oportunidades entre las adolescentes que, siendo pobres, resultan embarazadas sin haberlo planificado, son de tal magnitud que en conjunto pudieran contrarrestar la posibilidad de capitalizar la oportunidad derivada del cambio poblacional.

Si bien existen investigaciones afines al tema que se aborda, todas estas han sido realizadas fuera del contexto educativo donde se pretende realizar el estudio, por tanto existe un déficit de conocimientos que el presente estudio buscará mitigar. Asimismo, no podemos aceptar con total cabalidad que el comportamiento de la variable de interés sea de similar forma en la presente investigación, ya que cuantas más investigaciones apoyen una hipótesis, más credibilidad tendrá; y, por supuesto, será válida para el contexto (lugar, tiempo y participantes u objetos) en que se comprobó, ello sustente la necesidad de continuar realizando investigaciones de este tipo.

En tal sentido, el presente estudio representará un verdadero aporte al conocimiento científico propio del contexto donde se llevará a cabo. En este caso el distrito de Azángaro ubicado en el departamento de Puno, donde según reportes de las Redes Azángaro informan la presencia de gestantes adolescentes, y la presencia de deserción familiar motivo por el cual se realizó el presente trabajo de investigación.

Finalmente, el estudio favorecerá la formulación de nuevas investigaciones afines al tema en estudio.

1.2. HIPOTESIS

Existe relación entre funcionalidad familiar y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro, Puno –2018.

1.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro, Puno - 2018

1.4. OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar la frecuencia y severidad de la disfuncionalidad familiar en adolescentes de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro, Puno – 2018.
- Describir la funcionalidad familiar y la presencia de relaciones sexuales en adolescentes de 14 a 19 años de edad del distrito de Azángaro, Puno-2018.
- Describir la funcionalidad familiar y la edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro, Puno – 2018
- Describir la funcionalidad familiar y el número de parejas sexuales en adolescentes escolares de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro, Puno – 2018.
- Describir la funcionalidad familiar y el uso de métodos anticonceptivos en cada relación sexual en adolescentes de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro, Puno – 2018.
- Describir la funcionalidad familiar y la presentación de ITS en adolescentes de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro, Puno – 2018.

- Describir la funcionalidad familiar y el embarazo actual en adolescentes de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro, Puno – 2018.
- Describir la funcionalidad familiar y la experiencia sexual en adolescentes de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro, Puno – 2018.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES:

Santander R, Zubarew G, Santelices C, Argollo M, Cerda L, Bórquez P. (Chile-2008) realizaron un estudio en Chile donde encontraron que existe alta prevalencia de síntomas emocionales y percepción de disfunción familiar en adolescentes asociadas a un comportamiento de riesgo como consumo de alcohol, drogas y actividad sexual precoz. La prevalencia de relaciones sexuales alcanza casi 50% en varones, siendo significativamente mayor que en mujeres (40%). El riesgo de mantener relaciones sexuales es significativamente superior en hogares percibidos como disfuncionales, en los cuales la prevalencia para ambos sexos alcanza 50%.⁽²⁾

Hernández L., Cargill N., Gutiérrez G. (Mexico-2011) Realizaron un estudio observacional, transversal, descriptivo a 100 estudiantes de entre 15 y 19 años de edad, del Colegio de Bachilleres del Municipio de Jonuta, Tabasco, la información se obtuvo de dos cuestionarios auto administrados, indagando datos socio demográficos, la percepción de la funcionalidad familiar; así como el consumo de alcohol, tabaco, otras drogas y el inicio de vida sexual activa, encontrándose 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. ⁽³⁾

Gonzales J., De la Hoz F. (Colombia-2011) Realizaron un estudio observacional de corte transversal entre 12 302 adolescentes (10 a 19 años de edad), estudiantes de 12 colegios públicos de la localidad de Suba en el año 2006. Se aplicó una encuesta auto diligenciada donde se interrogó por comportamientos sexuales, adictivos, depresivos, violentos y de trastornos de conducta alimentaria. Se encontró una prevalencia de buena función familiar de 63 % y de disfunción familiar severa del 7 %. La disfunción severa aumentó la prevalencia de comportamientos violentos (OR de 4,1 con IC de 95 % 3,4-4,7), trastornos de conducta alimentaria (OR 2,3 con IC de 95 % de 1,9 - 2,8) y relaciones sexuales (OR de 2 con IC de 95 % de 1,7-2,4). Por el contrario, la composición de la familia (presencia o no de ambos padres) no mostró relación con comportamientos violentos. ⁽⁴⁾

Ponce V. (Ecuador-2015) Realizo un estudio Investigación sobre Psicología Clínica, específicamente Familia - Sexualidad. El objetivo fue determinar la relación existente entre el funcionamiento familiar y la conducta sexual de riesgo en adolescentes. La finalidad fue probar que el Funcionamiento familiar tiene relación directa con las conductas sexuales de riesgo en los 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. Es una investigación no experimental, de tipo 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. ⁽⁵⁾

Herrera C. (Ecuador 2016) el estudio tiene como objetivo conocer la relación de la funcionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes de bachillerato de la zona 7 del Ecuador en el año 2016, así como la caracterización de sus familias según condiciones sociodemográficas y organización familiar. Este estudio fue aplicado a una muestra aleatoria estratificada (n=960 estudiantes) el análisis se realizó en el software SPSS 16. 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 los 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 los efectos del alcohol y no usar preservativo que los que viven en familias funcionales. Por tanto los adolescentes de bachillerato 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. ⁽⁶⁾

Rafael M. (Lima 2016) realizo un estudio en el Instituto Materno Perinatal en 108 adolescentes a quienes se administró un cuestionario sobre conductas sexuales, experiencias sexuales y funcionamiento familiar; 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 en un 81.4% de adolescentes; se consideró que el número de 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 ETS ($P = 0.015$) Y una menor edad de inicio de relaciones sexuales ($p = 0.015$) si se asociaron con la disfuncionalidad familiar.⁽⁷⁾

Campaña K, Caruajulca J, Liduvina J. (Lima-2017) Realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el inicio de relaciones sexuales y el ambiente familiar en adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa Emblemática José Granda, San Martín de Porres, 2014. Este estudio es descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 204 adolescentes de 3°, 4° y 5° de secundaria. El instrumento utilizado fue un cuestionario de Andrade 2000, ambiente familiar y cuestionario de conducta sexual cuyos resultados obtenidos indican que, el 22,1% de estudiantes iniciaron su vida sexual, mientras que el 77,9% aún no iniciaron su vida sexual. Conclusiones: Sí existe relación entre el inicio de relaciones sexuales y ambiente familiar en relación al padre de los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa Emblemática José Granda.⁽⁸⁾

Rojas L. (Lima 2017) realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar las conductas de riesgo sexual en los adolescentes del 3° a 5° grado del nivel secundario de la institución educativa 2026 San Diego. SMP. Lima – Perú. 2017. La población de estudio estuvo conformada por 80 adolescentes del 3° al 5° grado de secundaria cuyo resultados fueron que el 36.3% de adolescentes inicio las relaciones sexuales a los 14 años de edad, siendo 10 años la edad más precoz; el 67.5% señaló ser su primera pareja sexual enamorado(a); el 55.4% de adolescentes revelaron haber tenido contacto sexual con 1 a 3 parejas; el 43.8% de adolescentes ha tenido contacto sexual de 1 a 2 veces por mes; por otro lado, el 93.5% tiene preferencia sexual por el sexo opuesto; el 37.7% de la muestra refirió tener relaciones sexuales con penetración vaginal y el 59% de adolescentes si usó el preservativo, en cuanto a la relación que existe entre el género y las variables inicio de las relaciones sexuales, motivo de inicio de las relaciones sexuales y número de parejas sexuales, se encontró que no existe una relación significativa ($p > \alpha$).⁽⁹⁾

Delgado R. (Arequipa-2014) El objetivo de la presente investigación fue conocer la relación entre la Cohesión y Adaptabilidad familiar con la iniciación sexual y el conocimiento de anticonceptivos en adolescentes varones, para lo cual se trabajó con 302 adolescentes varones de los cuales se identificó a 133 iniciados sexualmente y 169 no iniciados sexualmente. La muestra fue elegida por conveniencia. Los instrumentos utilizados fueron el FACES III y el CISEX, el primero evalúa las dimensiones y tipo de funcionamiento familiar, éste instrumento corresponde al Modelo Circumplejo de Olson, el cual se fundamenta en el enfoque sistémico y el segundo recoge información sobre el inicio sexual en el adolescente. Los resultados revelan que existe relación significativa entre la cohesión y adaptabilidad familiar con el inicio de relaciones sexuales.⁽¹⁰⁾

2.2. MARCO TEÓRICO:

2.2.1. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:

Antes de hablar sobre funcionamiento familiar, es necesario conocer el significado de familia, para tener una mejor comprensión del tema.

Definición de familia:

Es necesario realizar además de una conceptualización del tema para su mejor abordaje. Así, para la Real Academia de la Lengua (RAE) el término familia proviene del latín *familia* y hace referencia a un grupo de personas emparentadas entre sí y que viven juntas o conjunto de ascendientes, descendiente, colaterales y afines de un linaje. Por su parte, la OMS define familia como “miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”.⁽¹¹⁾ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) agrega que es una unidad básica y primer espacio de socialización del ser humano orientada al bienestar y desarrollo integral de sus integrantes,⁽¹¹⁾ siendo reconocida desde la Constitución Política del Perú de 1993 (art. 4°) como una “sociedad natural y una institución fundamental de la Nación”.

En suma, la familia constituye el núcleo fundamental y referente social para cada uno de sus miembros, más aun en el adolescente quien vive en permanente cambio y evolución, pues es una etapa crucial para su desarrollo.⁽¹²⁾

Probablemente, la distinción más conocida de tipos de familia es la que diferencia la familia extensa de la familia nuclear o conyugal. La primera referida a aquella familia

donde existe más de dos generaciones conviviendo en el hogar, esto es, por lo menos existe un padre de otra persona que es padre a su vez; la segunda referida a aquella familia conformada por dos adultos cónyuges que ejercen el rol de padres y viven con sus respectivos hijos, sean estos biológicos, incluyendo a la fertilización *in vitro* o adoptivos.

⁽¹³⁾ Entre otros tipos de familia aunque menos conocidos se encuentran: la familia nuclear ampliada, familia monoparental, familia binuclear, familia reconstituida, etc.

Bajo un concepto tradicionalista hasta hace poco era deseable que mayoría de familias típicamente se encuentren compuestas por un padre que trabaja, una madre que se ocupa de la casa y uno o más hijos, no obstante, existe una tendencia al cambio de esta estructura. ⁽¹⁴⁾ Estos cambios se iniciaron en los países desarrollados en las décadas de los años 70 y 80 donde se registró un notorio incremento en las familias monoparentales y los equivalentes familiares también llamados “hogares no familiares”, formados por personas que vivían solas, o que no tenían lazos de parentesco. ⁽¹⁵⁾

Según la OPS el principal cambio observado entre los años 1990 a 2010 fue una caída del porcentaje de hogares nucleares de 68,0% a 63,6% y un incremento en el porcentaje de hogares extensos que se mantiene actualmente alrededor del 20% y hogares no familiares. ⁽¹⁵⁾ El Perú no ha estado exento a estos cambios, pues según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) un 15% de niños viven solo con la madre; así como hay una considerable frecuencia de familias monoparentales (19,5%). En relación al porcentaje de diferentes composiciones familiares de hogares peruanos, el departamento de Lima concentra el 28,7% de los hogares nucleares, el 34,1% de los hogares extendidos y el 26,9% de los hogares unipersonales. El resto de departamentos concentra en proporciones

menores al 10% los diferentes tipos de estructura familiar; ⁽¹⁶⁾ esta profunda transformación en nuestro sistema social, confirma la importancia de una dinámica de relación familiar saludable, que influencia, sobre todo, el desarrollo del adolescente. ⁽¹²⁾

En la sociedad peruana predomina la familia patriarcal, caracterizada por depender económicamente del padre, quien tiene una actitud dominante en la toma de decisiones; además, se puede dar otro fenómeno, la ausencia física de uno o ambos progenitores, que implica falta de figuras necesarias en el desempeño complementario de acciones vitales para el grupo familiar. Al observar ambos fenómenos, de profunda transformación en nuestro sistema social, se confirma la importancia de una dinámica de relación familiar saludable, que influencia, sobre todo, el desarrollo del adolescente. ⁽¹²⁾

Funcionalidad familiar:

Funcionalidad familiar, según la literatura es un constructo de carácter sistémico, que aborda características relativamente estables, por medio de las que se relacionan internamente como grupo humano, los sujetos que la conforman. Asimismo, se ha dicho que es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. ⁽¹⁷⁾

La dinámica relacional conforma la calidad del ambiente y la atmosfera del hogar, le imprime al mismo un clima agradable, de satisfacción o un clima desagradable, de tensión y regula el desarrollo del grupo familiar como un todo. Los investigadores de la familia, que generalmente provienen del campo de la terapia familiar, debaten actualmente

la pertinencia de las dimensiones que deben conformar el concepto de funcionamiento familiar así como los indicadores para su evaluación.⁽¹⁷⁾

A pesar de esas limitaciones, las investigaciones para la evaluación del funcionamiento familiar han aportado métodos y teorías de indudable valor, aunque en la bibliografía consultada sobre el tema “funcionamiento familiar” hallamos una gran variedad de acepciones y descripciones del concepto, una de estas definiciones dice que la funcionalidad familiar no es solo el cumplimiento de las funciones familiares, sino el proceso resultante de las interacciones entre los convivientes en el seno de esta institución, es decir, que funcionalidad familiar es la síntesis de las relaciones intrafamiliares.⁽¹⁷⁾

La mayoría de autores coinciden en aceptar que, el funcionamiento familiar se concreta a partir de dos procesos esenciales, que operan a partir de la dinámica relacional sistémica en el seno de la familia, uno de los autores que coinciden con esta aseveración del Dr. Gabriel Smilkstein, quien define a la funcionalidad familiar como aquella familia que logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.⁽¹⁸⁾

De esta forma la funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen plenamente en una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares.⁽¹⁹⁾

Disfunción familiar:

Disfuncionalidad familiar es un término de uso común y es necesario explicar que la palabra disfuncional no se refiere a que la familia no funciona o no cumple las labores que le atribuye la sociedad. No obstante una familia que no satisface las necesidades emocionales de sus integrantes, no cumple con sus funciones, o sea es una familia disfuncional. Un aspecto de la disfuncionalidad, es la falta de comunicación, pues los miembros no pueden expresar libremente sus sentimientos, por ende la unión no es productiva.⁽²⁰⁾

La comunicación defectuosa que muchas veces define a la familia disfuncional, lleva a un deterioro en el relacionamiento de sus miembros, que provoca discusiones, frustraciones, hostilidades. También podemos encontrar como manifestación típica de estas familias, la confusión de roles dentro de la misma.⁽²⁰⁾

Rivadeneira G. y Trelles L.⁽²¹⁾ definen a la familia disfuncional como aquella donde los conflictos, la mala conducta y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse acciones. Otros conceptos⁽²²⁾ mencionan se refiere a una familia conflictiva o en la que suceden conflictos, que hacen no funcional. Por lo que a modo sucinto manifiestan que la disfuncionalidad familiar es el incumplimiento de las funciones básicas de la familia, por lo que no se promueve el desarrollo favorable a la salud de todos los integrantes de la familia.

Se le considera familia disfuncional también a una familia donde las relaciones están basadas en violencia. En este tipo de familias es muy probable que los hijos presenten algunas carencias o que repitan pautas de relación violentas. Debemos aclarar que no

necesariamente en familias donde falta el padre o madre existirán problemas, algunas personas adultas del entorno familiar pueden otorgarle el rol que “falta” a algún otro familiar cercano.

Respecto a la relación entre los conceptos de funcionalidad o disfuncionalidad familiar antes expuestos Pérez M. ⁽²⁰⁾ menciona que en realidad, toda familia tiene cierto grado de disfuncionalidad. La familia ideal o perfecta en realidad no existe. Los conceptos de funcionalidad y disfuncionalidad son solo dimensiones que sirven para clasificar y medir el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de una familia o persona, dentro de la sociedad.

Indicador para medir funcionamiento familiar:

Las herramientas para la valoración de la funcionalidad o disfuncionalidad, son innumerables han sido los esfuerzos para evaluar el funcionamiento familiar y de pareja desde los albores de la terapia familiar.

Existen diversos modelos de terapia familiar y cada uno cuenta con su manera de ver la funcionalidad familiar, de evaluar la disfunción o los síntomas, establecer sus metas terapéuticas y grupos de profesionales que han contribuido a la construcción de los modelos, así como de los instrumentos que pueden aplicarse en cada uno. Se han descrito varios métodos e instrumentos para la evaluación familiar, además de una propuesta para su selección. ⁽²³⁾ Es esencial considerar aspectos psicométricos de los instrumentos; estos aspectos permitirán la toma de decisiones para su uso y aplicación tanto en el ámbito clínico como en la investigación; no obstante, el instrumento más empleado para la

valoración de la funcionalidad o disfuncionalidad familiar es el Apgar familiar basado en el modelo conceptual Smilkstein, el cual es una herramienta desarrollada en el año 1975 y desde ahí ha sido usado en numerosas investigaciones. Por lo tanto, existen varias versiones similares,⁽¹⁹⁾ Una de ellas la de Maddaleno M., et al.⁽²⁴⁾ quienes tradujeron esta escala al español y la adaptaron para su uso en adolescentes chilenos.

La escala contiene cinco preguntas que miden la percepción de satisfacción familiar de los adolescentes. La escala usa cinco criterios para medir el funcionamiento de la familia: adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución. La fiabilidad de este instrumento medida por el coeficiente alfa de Cronbach fluctuó entre 0.82 y 0.86.⁽²⁵⁾ Refiriéndose a adaptabilidad como la capacidad de usar recursos familiares comunitarios para resolver momentos de crisis, Participación como la capacidad de compartir y resolver problemas, Gradiente de Crecimiento como la capacidad de atravesar las diferentes etapas del ciclo familiar a la vez teniendo la individualización y separación de los miembros en forma madura, Afecto como la capacidad de demostrar cariño y preocupación por otros miembros de la familia, y Resolución como la capacidad de aplicar lo anterior mientras comparte tiempo y recursos con cada miembro de la familia.⁽²⁶⁾ Los puntajes de los ítems se suman; el puntaje de la escala total fluctúa entre 0 y 20 puntos. El médico de familia y comunidad peruana Lombardi Z.⁽²⁷⁾ Menciona que los puntajes altos indican mayor satisfacción o funcionalidad Familiar, clasificándose “Buena funcionalidad familiar” cuando se obtienen de 18 a 20 puntos; no obstante menciona que los diferentes grados de Funcionalidad son: “Disfunción familiar leve” si el puntaje se encuentre entre los 14 a 17 puntos, “disfunción familiar moderada” si el puntaje se encuentra entre los 10 a 13 puntos y “disfunción familiar severa” si el puntaje es de 9 o menos puntos.

Según autores como Garza T. y Gutiérrez R. ⁽²⁹⁾ es preferible el uso clínico del Apgar familiar para valorar la funcionalidad familiar por su sencillez.

Asimismo, agregan que cada pregunta puede plantearse al paciente y/o su familia durante la entrevista como método de detección de insatisfacciones de las dimensiones incluidas, de forma que al encontrar insatisfacción se pueda profundizar en el interrogatorio o referir si así lo considera el profesional de salud.

2.2.2. COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES

La adolescencia es la etapa de la vida en la que se inicia las relaciones sexuales, si bien físicamente los jóvenes son capaces de mantener relaciones completas, no siempre están preparados a nivel psicológico y en muchas ocasiones inician su actividad sexual sin ningún tipo de prevención. ⁽²⁹⁾

Adolescente:

Para la mejor comprensión de la Conducta Sexual de riesgo en adolescentes, se empezará por definir la adolescencia, “El periodo de la adolescencia constituye la edad de 10 a 19 años según la OMS. ⁽³⁰⁾

Al igual que varios conceptos, hay diferentes definiciones para este término, sin embargo una de las más aceptadas, y más globales es la siguiente, la cual la explica desde el siguiente punto de vista:

Biológico, “El individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual”.

Psicológico, “Los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño a los de un adulto”, y Social, “Se realiza una transición del estado de dependencia socio-económica total a una relativa independencia”.⁽³¹⁾

La adolescencia es una etapa de cambios importantes, necesarios para llegar a la vida adulta, en todas sus áreas: biológica, psicológica y social. Y depende de cómo el individuo transcurre esta etapa, adaptándose y desarrollando hábitos y estilos de vida en la consecución de sus logros a futuro.⁽³¹⁾

De esta manera la Adolescencia se divide en tres grupos.

- **Adolescencia Temprana**

Es la etapa de los cambios biológicos lo que deriva en un mayor interés por la apariencia física, de los grupos del mismo sexo como resultado la relación con los padres pasa a segundo plano. Esta primera etapa va desde los 10 a 12 años de edad y se la conoce como periodo peri-puberal.⁽³¹⁾

- **Adolescencia Media**

Conocido como el periodo adolescente propiamente dicho, la maduración corporal ya está casi completa, la relación con los padres se define fortaleciéndose o debilitándose, de la misma manera que la moda en apariencia física, y gustos varios para asegurar la

permanencia en un grupo determinado. Esta etapa comprende de los 13 a 15 años. “Según Issler 2001 con frecuencia es dentro de estas edades en donde se inician las relaciones sexuales y también ciertas conductas que incluyen riesgos físicos y psicológicos tanto para la persona como para sus pares, incluidos dentro de su grupo de relaciones sociales.”⁽³¹⁾

- **Adolescencia Tardía**

Aquí los cambios corporales ya no son tan notorios, empieza a darse una mayor estabilidad hacia el comportamiento, gustos, preferencias, decisiones a mediano y largo plazo de acuerdo a sus condiciones de vida, ya que se espera que el adolescente empiece a asumir conductas propias de un adulto.⁽³¹⁾

Sexualidad en la adolescencia

Según la Real Academia de la Lengua Española “La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas, psicológicas y afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo”.⁽¹¹⁾

Existen dos hormonas que tiene una concentración distinta para los diferentes sexos, andrógenos y estrógenos, están siempre presentes en el individuo y la etapa de la adolescencia su producción es más elevada.

Así para el varón la testosterona es un andrógeno importante para el desarrollo de los cambios puberales masculinos, en el cambio de voz, aumento de estatura, caracteres sexuales; y en la mujer cumple esa función un estrógeno llamado estradiol, y en ellas se puede diferenciar el crecimiento de los senos, el útero y funcionamiento.⁽¹¹⁾

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud definen a la sexualidad de la siguiente manera: “Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencias o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”⁽³²⁾

El adolescente al vivir en una etapa de cambio permanente necesita un referente social, es de ahí que depende de cómo se desarrolla la dinámica familiar para establecer una buena interacción de sus miembros y desarrollo en el medio que se desenvuelven y favorecer o afectar las conductas apropiadas o conductas de riesgo.⁽³²⁾

Comportamiento de riesgo

El comportamiento sexual en la adolescencia muchas veces se caracteriza por una sexualidad de iniciación, estructuralmente promiscua, débilmente premeditada, condicionada en muchos casos desde reglas marcadas por su grupo de amigos y bastante poco permeable al control y supervisión de adultos.⁽³⁶⁾

No es de extrañar que la adolescencia en sí sea considerada una etapa de riesgos, ya que la lista de riesgos incluye comportamientos y fenómenos típicos de la adolescencia

como la correlación entre los cambios físicos, psíquicos y sociales.⁽³⁶⁾ De esta manera se conoce como conductas de riesgo a:

- *El consumo de sustancias adictivas:* como el alcohol, tabaco, marihuana. Al buscar pertenecer a un grupo, o experimentar su independencia, generando un riesgo de adicción con sus consecuencias respectivas.
- *El uso de la violencia para resolver conflictos:* llegando a generar daño físico, propio o a los demás, y en términos mayores llegar a conductas antisociales y delictivas.
- *Los patrones comportamentales en la alimentación:* para seguir un modelo de “persona perfecta” continuando con la moda muchos se inducen el vómito o dejan de comer, desencadenando desnutrición y mal manejo de la frustración.
- *El riesgo de suicidio:* ya sea por mal manejo de la frustración, por miedo a un castigo “peor” o por moda en el grupo en que el adolescente se encuentra.
- *“Las relaciones sexuales sin protección:* actuando sin responsabilidad, generando el riesgo de aparición de enfermedades de transmisión sexual o embarazo no deseado.”⁽³³⁾

Comportamiento sexual de riesgo:

Dentro de las conductas de riesgo está la conducta sexual, que se desencadena en diferentes maneras de expresarla, para poder comprender de mejor manera esta conducta de riesgo, empezaremos definiéndola.

Comportamiento sexual:

“La conducta sexual, es una expresión de la sexualidad y se refiere lo relacionado con la atracción sexual y el coito, tiene participación el sistema nervioso central, ya que es el encargado de controlar los impulsos sexuales y el proceso de estimulación que lleva a la actividad sexual. La respuesta sexual es, en verdad, una experiencia psicofisiológica y los factores hormonales tienen un rol protagónico, además es diversa y está determinada por una compleja interacción de factores. Está afectada por las relaciones interpersonales de cada individuo, por las circunstancias vitales y por la cultura en la que se vive”⁽³¹⁾

“Esta conducta depende de los cambios hormonales antes mencionados lo que produce el aumento del impulso sexual que conlleva una mejor conciencia de su sexualidad según el medio social en el que están, cada uno enseña imparte la educación sexual de acuerdo a sus normas sociales; en algunas estas expresiones son evitadas, mientras que en otras son más permisivas y pueden existir programas eficientes de educación sexual.”⁽³³⁾

Como expresión de la sexualidad se encuentra esta conducta, viéndola a través de la atracción sexual, relaciones sexuales, búsqueda de placer y conocimiento propio. Siendo una conducta normal gracias a factores de índice biológico, funcionamiento y cambios internos del cuerpo en la adolescencia, y a factores de índole social y cultural también.⁽³²⁾

Es así que en la sociedad, a causa de la cultura en la que el adolescente se desenvuelve, existe mayor impulso en los varones en cuanto a la expresión de conductas sexuales en forma explícita donde es normal hablar dentro de su grupo de pares temas con relación al sexo; sin embargo en las mujeres esta conducta denota de manera implícita

como las caricias, besos, o conductas seductoras, dentro de su grupo de pares no es tan común el hacer referencia al sexo sino al romanticismo en sí, la relación afectiva.⁽³²⁾

Podemos distinguir dos tipos de comportamiento sexual: el comportamiento sexual sin penetración y comportamiento sexual con penetración. El primero, incluiría la masturbación y el “petting”. La práctica de este comportamiento entraña un riesgo nulo de embarazo o de contagio con una infección de transmisión sexual (ITS). El segundo tipo, entendemos toda práctica sexual en las que se produce introducción del pene en la vagina, boca o ano y por lo tanto, si no se utilizan medidas preventivas, existe riesgo de infección del VIH u otras ITS así como riesgo de embarazo.⁽³⁴⁾ Estas expresiones son las siguientes:

- *Masturbación*, Toda estimulación deliberada y enderezada a provocar estimulación erótica, que descarga energía y consigue placer. Es una de las principales maneras que tiene el adolescente para descubrir su sexualidad, tanto hombres como mujeres recurren a la alternativa de masturbarse con el fin de conocerse, sentirse, de estimular y provocar satisfacción mediante el acto sexual lo que resulta en sentir la satisfacción buscada o generar sentimientos de culpa e insatisfacción. “Constituye una práctica sexual segura, ya que reduce la posibilidad de una enfermedad por transmisión sexual y hace nula la posibilidad de embarazos no deseados.”⁽³³⁾
- *Besos*, “El beso boca contra boca, raras vez aparece en las demás especies animales”⁽³⁵⁾ A diferencia de la masturbación los besos son más frecuentes en mujeres que en los varones y de la misma manera ellas inician con esta conducta sexual a más temprana edad a comparación de ellos.

- *Toques de Pecho*, El tocar el pecho o dejárselo tocar, es una conducta más erótica y es algo común en los adolescentes entre 14 a 16 años, los contactos de pecho por encima de la ropa son más frecuentes, que sin ella, y las edades de inicio tanto en varones como mujeres coinciden.
- *Contacto Mano- genital*, puede decirse que es la forma más difundida de estimulación antes del coito, el tocar con las manos y la boca los órganos sexuales de la pareja, se da con mayor frecuencia en varones que en mujeres. Esta es una actividad decididamente erótica su inicio es tardío en los varones a la edad de 15 años y las mujeres a los 16 años.
- *Coito*, es el punto cumbre de esta conducta y a nivel latinoamericano la iniciación sexual está entre los 12 a 14 años, las mujeres inician después que los varones, la motivación de ambos es diferente, por lo general las mujeres buscan “un amor”, mientras que los varones “experiencia”.

“Estos patrones de conducta referidos al sexo son característicos de la adolescencia ya que es en este momento donde aumenta el interés por el sexo y es probable que inicie su vida sexual. Hay que tomar en cuenta la cultura en la que se desenvuelve el adolescente ya que juega un papel fundamental en el desarrollo de la conducta sexual como el cortejo, tomarse de las manos, las caricias y el interés por la intimidad física dependen de las costumbres sociales y los valores que se enseñan en familia y en la comunidad.”⁽³³⁾

Comportamiento sexual de riesgo:

El comportamiento sexual de riesgo vendría a ser 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 contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado.⁽³⁵⁾ 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, dado de forma concomitante a estas prácticas.

El comportamiento sexual de riesgo ha despertado gran interés debido a que hacen más probable la incidencia de situaciones nocivas para el sujeto. Tener relaciones sexuales sin condón o habiendo consumido licor o la promiscuidad, hacen vulnerables a las personas frente a las amenazas referidas.⁽³⁷⁾

- *Relaciones sexuales con parejas ocasionales y/o prostitutas*, en diversas situaciones interpersonales, sin dar importancia al respeto o el conocimiento previo de la pareja.
- *Relaciones sexuales sin preservativo*, mal uso del mismo, o la ausencia de algún anticonceptivo con el riesgo de contagio de una ETS, o un embarazo no deseado.
- *Falta de comunicación con la pareja*, no conocimiento de sus costumbres o hábitos, o cualquier otra conducta de riesgo que ella presente.
- *Promiscuidad, Infidelidad, Falta de comunicación con los padres*, la existencia de varias parejas sexuales, o distintos compromisos relacionales, es de gran riesgo, y la poca o nula comunicación con los padres sobre el tema sexual o relacional produce desinformación, o información inadecuada.⁽³⁸⁾

Desde tiempos inmemorables la prevención del comportamiento sexual de riesgo en nuestro país, se ha orientado hacia la anticoncepción y en segundo plano a evitar las enfermedades de transmisión sexual. Esto se debió a las eficaces terapias farmacológicas. Los jóvenes están expuestos a una alta vulnerabilidad en el ejercicio de su sexualidad, hecho que se vincula con la búsqueda social de autoafirmación y aceptación, fenómenos que frecuentemente involucran la necesidad de establecer relaciones de pareja y experimentar contactos sexuales pasajeros. ⁽³⁹⁾

Roche J. ⁽⁴⁰⁾ detallo los diversos comportamientos sexuales como tomarse de manos, besos, abrazos, beso y abrazo prolongado, caricias sobre la ropa, sentir los órganos femeninos directamente, sentir el pene directamente, sexo oral, masturbación mutua y relación coital, coito o copula, de esto se deduce que unos más que otros podrían constituir un factor de riesgo para el adolescente.

Los adolescentes y jóvenes están expuestos a factores y un comportamiento de riesgo que son respectivamente los elementos que aumentan la probabilidad de aparición, o de asociarse al desencadenamiento de algún hecho indeseable, enfermar o morir; y las actuaciones repetidas fuera de determinados límites, pueden desviar o comprometer su desarrollo psicosocial normal, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura.

⁽⁴¹⁾

El nivel de conocimiento e información adquirida disminuyen las conductas sexuales de riesgo y por ende disminuyen sus consecuencias, de ahí la importancia en la enseñanza adecuada de este tema a los pequeños del hogar, de acuerdo sus edades y etapas que estén atravesando, actúa de forma indirecta sobre la toma de decisiones aunque no es la única manera de prevención secundaria de esta conducta de riesgo. Aun así incrementar los conocimientos es más efectivo y sencillo que desechar mitos o ideas erróneas.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio es observacional, también conocido como estudio “no experimental” ya que en este tipo de estudio quien investigo no manipulo las variables de estudio, solo se limitó a medir su comportamiento. Asimismo, según el alcance del estudio es descriptivo y según el número de mediciones de las variables de estudio es transversal.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La localización donde se llevará a cabo el estudio corresponde al Distrito de Azángaro que fue "descubierto" por el Capitán toledano don Manuel Ortiz Aguilar (en noviembre de 1535) el padre (sacerdote) Crisóstomo de Rodrigo, veedor de la Doctrina de bautizo de los indios del Collao en 1535, es el primero que informa sobre la existencia de Azángaro, el que se ubicaba en el lugar llamado Macaya y donde se adoraba un ídolo posiblemente un gato y cuyos ojos eran de piedras preciosas; para el adoctrinamiento cristiano de este lugar, se fundó la Doctrina de "NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO", pequeña iglesia edificada con dirección del Padre Domínico.⁽⁴²⁾

Población a estudiar: adolescentes de 14 a 19 años de edad que habitan en el Distrito de Azángaro, Puno – 2018. Siendo un total de 3200 adolescentes.

Unidad de análisis: Adolescente de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro, Puno - 2018

Tamaño de la muestra: Según información de la Unidad de Estadística de las REDES Azángaro se estimó una población de 3200 adolescentes entre las edades comprendidas de 14 a 19 años de edad. Así se procedió al cálculo de tamaño de la muestra empleada la fórmula para poblaciones finitas:

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

El tamaño de muestra se calculó para los siguientes valores:

- Tamaño de Población: N=3200 adolescentes
- Nivel de Confianza (95%): $Z\alpha=1.96$
- Proporción a favor: $p=0.5$
- Proporción en contra: $q=0.5$
- Error de precisión: $E=0.05$

Reemplazando los valores se obtiene un total:

$$n = 343 \text{ adolescentes}$$

Tipo y técnica de muestreo: el tipo de muestreo fue probabilístico y la técnica de muestreo aleatorio simple

La recolección de la información se realizó durante los meses de febrero, marzo, abril y mayo del 2018, es decir se planificó 4 meses hábiles para encuestar a un total de 343 adolescentes Para ello se coordinó con el jefe de la oficina de gerencia de desarrollo social de la municipalidad del Distrito de Azángaro en coordinación con el coordinador del Centro de Emergencia Mujer (CEM), con el coordinador de la Academia pre universitaria Pitágoras del distrito de Azángaro, con el director de la Institución Educativa Secundaria Glorioso y Emblemático INA 21 del distrito de Azángaro, con el director de la Institución Educativa Secundaria José Reyes Lujan del distrito de Azángaro y con el jefe del Establecimiento de Salud Alianza del distrito de Azángaro.

Criterios de inclusión:

- Adolescente de ambos sexos.
- Adolescente de 14 a 19 años de edad.
- Adolescentes mayores de 18 años de edad que firmen el asentimiento informado.
- Adolescente cuyos padres o apoderados firmen el consentimiento respecto a la participación de sus hijos.

Criterios de exclusión:

- Adolescente menor de 14 años
- Adolescentes mayores de 18 años que no firmen el asentimiento informado.
- Adolescente cuyos padres o apoderados no firmen el consentimiento respecto a la participación de sus hijos.

3.3. VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIÓN	DEFICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Funcionalidad familiar	Adaptación	Valoración del adolescente mediante escala Likert respecto a la utilización de recursos para resolver problemas familiares	Cualitativa	Ordinal	Buena funcionalidad familiar	Apgar familiar
	Participación	Valoración del adolescente mediante escala likert respecto a su participación en la toma de decisiones y responsabilidades	Cualitativa	Ordinal	Disfunción Familiar Leve	
	Crecimiento	Valoración del adolescente mediante escala de likert respecto a la posibilidad de maduración emocional, física y de autorrealización	Cualitativa	Ordinal	Disfunción familiar moderado	
	Afecto	Valoración del adolescente mediante escala de likert respecto a la realización de amor y atención que existe entre los miembros de la familia	Cualitativa	Ordinal	Disfunción familiar severa	
	Recursos	Valoración del adolescente mediante escala de likert respecto al compromiso o determinación de dedicar tiempo a los miembros de familia	Cualitativa	Ordinal		
	Inicio de actividad sexual	Respuesta expresada por el adolescente sobre si tuvo o no relaciones coitales	cualitativa	Nominal	Si, no	

Comportamiento sexual de riesgo	Edad de inicio de las relaciones sexuales	Edad manifestada por el adolescente respecto al momento en que inicio relaciones coitales	cuantitativa	Razón	En años	Cuestionario
	Número de parejas sexuales	Total de compañeros con quienes tuvo relaciones coitales	Cuantitativa	Razón	En números	
	Uso de métodos de anticonceptivos	Respuesta expresada por el adolescente sobre la utilización del condón	Cualitativa	Nominal	Siempre, a veces Nunca	
	Dx. De ITS	Presencia de Infecciones de transmisión sexual	cualitativa	Nominal	Si, No	
	Embarazo actual	Período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto	cualitativa	Nominal	Si, No	
	Nivel de experiencia sexual	Grado de experiencia sexual medido a través de la escala de likert	cualitativa	Ordinal	Nivel: 1,2,3,4 y 5	Escala de schofield

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica de recolección de datos fue la encuesta, es decir la información fue obtenida de una fuente de información primaria (los adolescentes); asimismo la encuesta se caracterizó por: 1). Ser totalmente confidencial, ya que no se solicitó nombres ni apellidos a las unidades informantes, 2). Fue auto administrada, ya que el propio adolescente fue quien llenó las encuestas, y 3). Tuvo una duración aproximada de 10 minutos. Los instrumentos de recolección de datos fueron dos, a saber:

Para la evaluación de la variable funcionalidad familiar se empleó el cuestionario Apgar Familiar de Smilkstein, creado en 1978. Este instrumento ha sido sometido posterior a su creación a un proceso continuo de validación y adaptación en diversas investigaciones, demostrando un buen nivel de validez y confiabilidad. ^(43, 44,45) Es importante mencionar que Castilla H., et al. ⁽⁴³⁾ han validado también este cuestionario para el Perú en el 2014, encontrando que la Escala APGAR familiar aplicada en adolescentes peruanos cuenta con adecuadas propiedades psicométricas, que permiten considerarla como una medida válida y confiable para ser empleada en investigaciones futuras. Este instrumento consta de cinco ítems o preguntas relacionadas a adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos, cuyas opciones de respuesta se presentan en escala de Likert: siempre=4, casi siempre=3, algunas veces=2, casi nunca=1 y nunca=0. La clasificación de funcionalidad familiar se efectuó de la siguiente manera:

- Buena funcionalidad familiar: de 18 a 20 puntos.
- Disfunción familiar leve: de 14 a 17 puntos.
- Disfunción familiar moderada: de 10 a 13 puntos.
- Disfunción familiar severa: de 9 o menos puntos.

Si bien existen diferentes formas de categorizar los resultados del Apgar familiar, los puntajes antes expuestos en el presente estudio tuvieron como referente las sugerencias de Lombardi Z. ⁽²⁷⁾, quien es médico de familia y comunidad peruana especialista en el tema.

Para la evaluación del comportamiento sexual de riesgo se elaboró un cuestionario donde se incluyeron aquellos comportamientos de adolescentes que incrementan las probabilidades de contraer una ITS o embarazo. Este cuestionario se desarrolló tomando como referente variables indicadas en la “Guía para Medir Comportamientos de Riesgo en Jóvenes” del Banco Interamericano de Desarrollo, ⁽⁴⁶⁾ así como otras fuentes bibliográficas relacionadas al tema. Las variables que formaron parte del comportamiento sexual de riesgo del adolescente fueron: inicio de actividad sexual, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso de métodos de barrera y mayor experiencia sexual.

3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La realización del presente trabajo de investigación serán las siguientes:

- En primer término se presentó el proyecto de investigación al área de investigación de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Altiplano y luego se subsanaron observaciones
- Aprobado el proyecto se solicitó la autorización de diversas instituciones como: el jefe de la oficina de gerencia de desarrollo social de la municipalidad del Distrito de Azángaro, el coordinador de la Academia pre universitaria Pitágoras del distrito de Azángaro, el director de la Institución Educativa Secundaria Glorioso y Emblemático INA 21 del distrito de Azángaro, el director de la Institución

Educativa Secundaria José Reyes Lujan del distrito de Azángaro y el jefe del Establecimiento de Salud Alianza del distrito de Azángaro para la ejecución del estudio en el periodo de febrero a mayo del 2018.

- Las garantías que permitieron desarrollar la presente investigación en el distrito de Azángaro además de la disposición del investigador, fueron: 1) la fácil accesibilidad que se tuvo a los adolescentes de las diversas instituciones del distrito de Azángaro. 2) la buena concurrencia de adolescentes del distrito de Azángaro, 3) el respaldo administrativo por parte del personal de las instituciones mencionadas.
- Para la recolección de datos se elaboró un listado de los días e instituciones que participarían: en el mes de febrero y marzo se acudió a la Academia Pre-Universitaria Pitágoras y la Academia de Deportes del Municipio Distrital de Azángaro; durante los meses de abril y mayo se recolecto datos de la Institución Educativa Secundaria Emblemático Agropecuario N° 21 del distrito de Azángaro y la Institución Educativa Secundaria José Reyes Lujan del distrito de Azángaro; así como del establecimiento de Salud Alianza del distrito Azángaro; también se realizó encuestas a los adolescentes que transitaban por diversos barrios del distrito de Azángaro.
- Se explicó a los adolescentes de las diversas instituciones que participaron, así como a los adolescentes que se encuestó en las diversas zonas del distrito de Azángaro sobre el tema de investigación
- El día de la encuesta, se solicitó a los adolescentes la firma del asentimiento informado previa autorización de los padres y/o apoderados, mediante el consentimiento informado.

- Es importante mencionar que el investigador fue quien realizó la recolección de la información con el fin de garantizar la veracidad de todo dato obtenido.
- Una vez recolectada la información, se procedió a la tabulación de estos datos para su posterior evaluación y análisis en el programa estadístico.

3.6. ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

Se usó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) en su versión número 22.

- **Análisis descriptivo**

Para el análisis descriptivo de variables cuantitativas como, se emplearon medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar); mientras que para el análisis descriptivo de variables cualitativas, se emplearon frecuencias absolutas y relativas (porcentaje).

- **Análisis inferencial**

Para el análisis inferencial, es decir establecer existencia de la relación entre las variables de interés, la variable funcionalidad familiar se categorizo en: “Buena funcionalidad”, “disfunción familiar leve”, disfuncionalidad familiar moderada” y ”disfuncionalidad familiar severa”; el comportamiento sexual de riesgo fue también dicotomizado: tenencia de alguna vez en la vida relaciones sexuales (“si” y “no”), edad de inicio de relaciones sexuales: menor e igual de 15 años y mayor de 15 años; mayor número de parejas sexuales: una pareja sexual y dos o más parejas sexuales; uso del preservativo en cada relación sexual: nunca, a veces y siempre; promiscuidad: mantener relaciones sexuales con distintas personas: con la misma persona y con distinta persona ; tenencia en alguna ocasión ITS y embarazo actual (“si” y “no”) y nivel de experiencia sexual: experiencia

sexual menor (Schofield 1,2,3) y experiencia sexual mayor (Schofield 4,5). Dado que ambas variables de interés eran cualitativas dicotómicas, para determinar la relación entre las variables se usó la Prueba Chi cuadrado con un nivel de confianza (IC) del 95% considerándose un valor de $p \leq 0.05$ como “significativo” y un valor de $p < 0,01$ como muy significativo.

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio siguió en todo momento los lineamientos éticos para la investigación en salud de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, donde se instó a investigadores a “velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente”, pues es deber de quien investiga proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación, los cuales se garantizaron en el presente estudio. Asimismo, se dio cumplimiento a los lineamientos establecidos en el capítulo 6 referente a la investigación del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú donde se menciona lo siguiente: ⁽⁴⁷⁾ *“toda investigación en seres humanos debe necesariamente contar con el consentimiento informado de los sujetos competentes, el consentimiento sustituto en caso de incompetencia o incapacidad, y el asentimiento en caso de niños y adolescentes de 08 a 18 años”*. Ello justificara claramente proceder referentes al consentimiento y asentimiento informado explicado en líneas previas.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

TABLA 01

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADOLESCENTES DE 14
A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018**

<i>Edad</i>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
14	56	16,3	16,3
15	97	28,3	44,6
16	98	28,6	73,2
17	58	16,9	90,1
18	25	7,3	97,4
19	9	2,6	100,0
Total	343	100,0	

<i>Genero</i>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	202	58,9	58,9
Masculino	141	41,1	100,0
Total	343	100,0	

<i>Grado de estudios</i>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
3ro	19	5,6	5,6
4to	128	37,3	42,9
5to	175	51,0	93,9
Superior	21	6,1	100,0
Total	343	100,0	

FUENTE: Ficha de recolección de datos elaborado por el investigador

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con la tabla N° 1, el 28.6% de adolescentes de 14 a 19 años de edad del distrito de Azángaro tuvieron la edad de 16 años y el 9.9% tuvieron edades de 18 a más. El 58.9% pertenecieron al sexo femenino y el 41.1% pertenecieron al sexo masculino. El 51.0% tuvieron un grado de estudios de 5to de secundaria y el 6,1%, correspondió al nivel superior.

TABLA 02

**CLASIFICACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES
DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018**

<i>Funcionalidad Familiar</i>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Buena funcionalidad familiar	82	23,9	23,9
Disfunción familiar leve	141	41,1	65,0
Disfunción familiar moderada	79	23,0	88,0
Disfunción familiar severa	41	12,0	100,0
Total	343	100,0	

FUENTE: Ficha de recolección de datos elaborado por el investigador

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con la tabla 02, los adolescentes de 14 a 19 años de edad del distrito de Azángaro presentan en la gran parte de casos disfunción familiar (76.1%), siendo la tipo leve la más frecuente (41.1%), seguido de la disfunción familiar moderada (23,0%) y disfunción familiar severa (12%). La buena funcionalidad familiar estuvo conservada en el 23.9% de los adolescentes.

TABLA 03

**DIMENSIONES DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS
ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO,
PUNO-2018**

	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ADAPTACIÓN	12	3%	16	5%	71	21%	115	34%	129	38%	343
PARTICIPACIÓN	10	3%	24	7%	74	22%	120	35%	115	34%	343
CRECIMIENTO	13	4%	15	4%	51	15%	104	30%	160	47%	343
AFECTO	21	6%	40	12%	92	27%	107	31%	83	24%	343
RESOLUCIÓN	15	4%	24	7%	63	18%	89	26%	152	44%	343

FUENTE: Ficha de recolección de datos elaborado por el investigador

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con la tabla N° 03, el 38% de adolescentes refirió “siempre” sentirse satisfecho con la ayuda recibida por su familia frente a problemas (adaptabilidad). El 35% de adolescentes refirió “casi siempre” sentirse satisfecho con la participación que su familia le permite (participación). El 47% de adolescentes refirió sentirse solo “siempre” satisfecho con el apoyo recibido por su familia en sus deseos de emprender nuevas actividades (crecimiento). El 31% de adolescentes refirió “casi siempre” satisfecho con el afecto recibido por su familia (afecto). El 44% de adolescentes refirió “siempre” sentirse satisfecho con el tiempo familiar compartido y el uso de espacios y dinero (resolución).

TABLA 04

**ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON RELACIONES
SEXUALES DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018**

Tuvo relaciones sexuales*Genero de los adolescentes tabulación cruzada

		Genero de los adolescentes			
		Masculino	Femenino	Total	
Tuvo relaciones sexuales	No	Recuento	122	187	309
		% del total	35,6%	54,5%	90,1%
	Si	Recuento	19	15	34
		% del total	5,5%	4,4%	9,9%
Total		Recuento	141	202	343
		% del total	41,1%	58,9%	100,0%

FUENTE: Ficha de recolección de datos elaborado por el investigador

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con la tabla N° 04, el 90.1% de adolescentes de 14 a 19 años de edad del distrito de Azángaro no tuvieron relaciones sexuales y el 9.9% de los adolescentes tuvieron relaciones sexuales predominando en el género masculino con 5.5%.

TABLA 05

**RELACIONES SEXUALES SEGÚN DISFUNCION FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO,
PUNO-2018**

	FUNCIONALIDAD FAMILIAR					
	Buena funcionalidad familiar		Disfunción familiar		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
NO	79	23.0%	230	67.1%	309	90.1%
SI	3	0.9%	31	9.0%	34	9.9%
total	82	23.9%	261	76.1	343	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos elaborado por el investigador

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con la tabla N° 05, el 67.1% de los adolescentes que provienen de familias disfuncionales no tuvieron relaciones sexuales y el 9.0% si lo tuvieron. El 23.0% de adolescentes que provienen de buena funcionalidad familiar no tuvieron relaciones sexuales y el 0.9% si lo tuvieron.

TABLA N° 06

**EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES SEGÚN DISFUNCIÓN
FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL
DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018**

Edad de la primera relación sexual	funcionalidad familiar				total	
	Buena funcionalidad familiar		disfunción familiar		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%
Menor e igual de 15 años	1	2.9%	16	47.1%	17	50%
mayor de 15 años	2	5.9%	15	44.1%	17	50%
total	3	8.8%	31	91.2	34	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos elaborado por el investigador

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con la tabla N° 06, el 47.1% de los adolescentes que provienen de familias disfuncionales iniciaron su actividad sexual con edad menor e igual de 15 años y el 44.1% tuvieron con edad mayor a los 15 años. El 2.9% de adolescentes que provienen de familias funcionales iniciaron su actividad sexual menor e igual de 15 años y el 5.9% inicio con edad mayor a 15 años. Es de interés que un adolescente de género femenino inicio su actividad sexual a los 12 años de edad proveniente de una familia disfuncional de tipo severa.

TABLA N° 07

**PAREJAS SEXUALES SEGÚN DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS
ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO,
PUNO-2018**

NUMERO DE PAREAS SEXUALES	FUNCIONALIDAD FAMILIAR					
	Buena funcionalidad familiar		disfunción familiar		total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Una pareja sexual	2	5.9%	23	67.6%	25	73.5%
Dos o más parejas sexuales	1	2.9%	8	23.6%	9	26.5%
total	3	8.8%	31	91.2	34	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos elaborado por el investigador

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con la tabla N° 07, el 67.6% de adolescentes procedentes de familias disfuncionales tuvieron de una pareja sexual y el 23.6% refirió tener con dos o más parejas sexuales. El 5.9% de adolescentes procedentes de familias funcionales tuvieron solo una pareja sexual y el 2.9% solo tuvo dos o más parejas sexuales.

TABLA N° 08

**USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO SEGÚN DISFUNCIÓN FAMILIAR EN
LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE
AZÁNGARO, PUNO-2018**

USO DE METODO ANTICONCEPTIVO	FUNCIONALIDAD FAMILIAR					
	Buena Funcionalidad familiar		Disfunción familiar		total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Nunca	0	0.0%	8	23.6%	8	23.6%
A veces	1	2.9%	17	49.9%	18	52.8%
Siempre	2	5.9%	6	17.7%	8	23.6%
total	3	8.8%	31	91.2	34	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos elaborado por el investigador

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con la tabla N° 08, el 49.9% de adolescentes provenientes de familias disfuncionales refirieron hacer uso “a veces” de los métodos anticonceptivos de barrera (preservativo) en cada relación sexual; el 23.6% de adolescentes refirieron “nunca” emplearlos y el 17.7% lo utilizaron “siempre”. El 5.9% de adolescentes provenientes de familias funcionales refirieron hacer uso “siempre” de métodos anticonceptivos de barrera en cada relación sexual y el 2.9% refirió usarlos “a veces”.

TABLA N° 09

**USO DE PRESERVATIVO EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL SEGÚN
DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE
EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018**

USO DE PRESERVATIVO EN LA 1ra R.S.	FUNCIONALIDAD FAMILIAR					
	Buena funcionalidad familiar		Disfunción familiar		total	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	2	5.9%	10	29.4%	12	35.3%
NO	1	2.9%	21	61.8%	22	64.7%
total	3	8.8%	31	91.2	34	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos elaborado por el investigador

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con la tabla N° 09, el 61.8% de adolescentes provenientes de familias disfuncionales no hicieron uso del preservativo en su primera relación sexual, el 29.4% si lo uso. El 5.9%de adolescentes que provienen de familias funcionales si hicieron uso del preservativo del preservativo en su primera relación sexual y el 2.9% no refirió usarlos.

TABLA N° 10

**DIAGNÓSTICO DE ITS EN ALGUNA OCASIÓN SEGÚN DISFUNCIÓN
FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL
DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018**

ITS	FUNCIONALIDAD FAMILIAR					
	Buena funcionalidad familiar		Disfunción familiar		total	
	N°	%	N°	%	N°	%
NO	3	8.8%	29	85.3%	32	94.1%
SI	0	0.0%	2	5.9%	2	5.9%
total	3	8.8%	31	91.2	34	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos elaborado por el investigador

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con la tabla N° 10, el 5.9% de adolescentes procedentes de familias disfuncionales refirió haber tenido una ITS y el 85.3% manifestó no haberlos tenido en alguna ocasión. No se encontró adolescentes procedentes de familias funcionales con ITS.

TABLA N° 11

**EMBARAZO ACTUAL SEGÚN DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS
ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO,
PUNO-2018**

EMBARAZO	FUNCIONALIDAD FAMILIAR				total	
	Buena funcionalidad familiar		Disfunción familiar			
ACTUAL	N°	%	N°	%	N°	%
NO	3	8.8%	28	82.4%	31	91.2%
SI	0	0.0%	3	8.8%	3	8.8%
total	3	8.8%	31	91.2%	34	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos elaborado por el investigador

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con la tabla N° 11, el 8.8% de adolescentes procedentes de familias disfuncionales presentaron un embarazo en curso y el 82.4% no tenían embarazo en curso.

No se encontró embarazo un curso en adolescentes de buena funcionalidad.

TABLA N° 12

**EXPERIENCIA SEXUAL SEGÚN DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS
ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO,
PUNO-2018**

	FUNCIONALIDAD FAMILIAR					
	Buena funcionalidad familiar		Disfunción familiar		total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Experiencia sexual menor (Schofield 1,2 y 3)	81	23.6%	235	68.6%	316	92.2%
Experiencia sexual mayor (Schofield 4,5)	1	0.6%	26	7.5%	27	7.8%
total	82	23.9%	261	72.1	343	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos elaborado por el investigador

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con la tabla N° 12, una “experiencia sexual mayor” se definió como un nivel 4 o 5 en la escala de Schofield que equivalió a tener experiencias íntimas que incluyeron el coito; mientras que una “experiencia sexual menor” fue tener nivel 1, 2 o 3 en la escala de Schofield que equivalió a tener experiencias íntimas sin llegar al coito. A partir de estas aclaraciones se encontró que el 68.6% adolescentes procedentes de familias disfuncionales tuvieron una experiencia sexual menor (Schofield 1,2 y 3) y 7.5% tuvieron una experiencia sexual mayor (Schofield 4 y 5). El 23.6% de adolescentes procedentes de familias de buena funcionalidad tuvieron una experiencia sexual menor (Schofield 1,2 y 3) y 0.3% tuvo una experiencia sexual mayor.

4.2. DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó con la finalidad de elaborar un trabajo enfocado en la familia del adolescente y el comportamiento sexual de riesgo que este puede presentar.

La familia es el núcleo básico de la sociedad y a la vez el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad. Constituye la esencia más primaria del ser humano, en ella el hombre inscribe sus primeros sentimientos, sus primeras vivencias, incorpora las principales pautas de comportamiento y le da un sentido a la vida.

Partiendo de esta base consideramos que el comportamiento de los adolescentes puede estar determinado en gran medida por el tipo de relación que han establecido con el resto de los componentes de su núcleo familiar, pues es allí donde ellos desarrollan conocimientos, habilidades y capacidades necesarias vinculadas con su desarrollo físico y espiritual; en la medida que estos sean más amplios el resultado será un individuo integral, portador de juicios y valores que le permitan desempeñar sanamente el rol que le corresponde en la vida.

En primera instancia se describe el perfil socio demográfico del adolescente de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro. Se encontró que los adolescentes tuvieron una edad promedio de 16 años, es decir en promedio y según la clasificación de la OMS los adolescentes se encontraron en la adolescencia intermedia. Este es un dato muy importante según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ⁽⁴⁸⁾ este es un periodo

del desarrollo donde el adolescente se caracteriza en el aspecto sexual por la exploración, búsqueda, descarga de impulsos sexuales e incluso el inicio de la vida sexual, particularidades que las distinguen de otras etapas de la adolescencia y favorece el comportamiento sexual de riesgo.

En esta investigación los adolescentes pertenecieron principalmente al sexo femenino (58.9%), hallazgo que era de esperarse pues según datos estadísticos de las REDES Azángaro se cuenta con un mayor número de adolescentes del género femenino. De otro lado, los adolescentes tuvieron en la mayor parte de casos un grado de instrucción de secundaria específicamente el 5to grado (51%); el nivel educativo resulta una variables importante en la medida que aquellas personas con mayor nivel de instrucción incorporan mejores prácticas de protección sexual.⁽⁴⁹⁾

Al hablar de funcionalidad familiar dentro de la investigación encontramos que el mayor número de adolescentes provienen de familias disfuncionales (76.2%) con predominio del tipo leve (41.1%), seguido de buena funcionalidad familiar (23.9%); Rafael M.⁽¹⁰⁾ que realizó un estudio en Lima-Perú donde presentaron una gran parte disfunción familiar (81.4%) siendo la de tipo leve la más frecuente (37.3%) y con buena funcionalidad familiar (18.3%) de los adolescentes; Hernández C., Cargill N. y Gutiérrez G.⁽⁴⁾ encontraron disfunción familiar moderado (48%) y buena funcionalidad familiar (21%). Ponce V.⁽⁶⁾ en Quito Ecuador encontró mayor porcentaje en el funcionamiento familiar de tipo rango medio (39.62%), y Gonzales J., De La Hoz F.⁽⁵⁾ encontraron una mayor prevalencia de buena función familiar (63%) en Bogotá-Colombia.

Para la determinación de funcionalidad familiar se utilizó como instrumento el cuestionario Apgar Familiar con dimensiones como adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución; el 38% de adolescentes refirió “siempre” sentirse satisfecho con la ayuda recibida por su familia frente a problemas (adaptabilidad) coincidiendo con Rafael M. ⁽¹⁰⁾ que también encontró el 38.1% de adolescentes refiriendo “siempre” sentirse satisfecho con la ayuda recibida por su familia frente a problemas (adaptabilidad)

En el trabajo de investigación se encontró que los adolescentes de 14 a 19 años de edad del distrito de Azángaro tuvieron relaciones sexuales (9.9%) con predominio del género masculino con 5.5% provenientes de familias disfuncionales de tipo severo; Hernández C., Cargill N. y Gutiérrez G. ⁽⁴⁾ encontraron adolescente con actividad sexual (41%) con predominio de familias disfuncionales de tipo moderado y Gonzales J., De La Hoz F. encontró (17%) con predominio del género masculino provenientes la mayoría de familias disfuncionales de tipo severa y Delgado R. ⁽¹⁰⁾ reportó 44% de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales; al igual que Rojas L. ⁽⁹⁾ que reportó 55.4%.

Hubo una mayor frecuencia de iniciación sexual con edades menor e igual de 15 años en adolescentes de familias disfuncionales con predominio de la severa en comparación a aquellos procedentes de familias funcionales (47.1% vs 2.9%) respectivamente, este hallazgo es congruente con el predominio de disfunción familiar y no congruente con respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales con lo reportado por Arias C., et al. ⁽⁵⁰⁾ quienes manifestaron que los adolescentes con familias disfuncionales tienden a iniciar la vida sexual antes que adolescentes con familias funcionales 15,4 años y 14,2 años, con diferencias significativas ($p=0,005$); Rafael M. con edad igual o menor a 15

años en adolescentes de familias disfuncionales en comparación a aquellos procedentes de familias funcionales (60,4% vs 31,8%, respectivamente); Hernández C., Cargill N. y Gutiérrez G.⁽⁴⁾ reportó el inicio de la actividad sexual a los 15 años y Gonzales J., De La Hoz F.⁽⁵⁾ encontró a los 13.7 años, en ambos estudios la mayoría de adolescentes provenían de familias disfuncionales; Delgado R.⁽¹⁰⁾ reportó la edad de inicio de las relaciones sexuales a los 15.3 años; Rojas L.⁽⁹⁾ por su parte reportó a los 14 años. La variable edad de inicio de relaciones sexuales es gran importancia, pues según Flórez C. y Soto C.⁽⁵¹⁾ el inicio temprano tiene mucha relevancia principalmente para las adolescentes porque se convierte en un riesgo potencial para embarazos no deseados, abortos y contagio de enfermedades de transmisión sexual. Este es un hallazgo alarmante, ya que los adolescentes con edad menor o igual a 15 años aun han completado el proceso de conformación de su identidad personal, no están psicológicamente maduros aun para establecer una relación de pareja estable y no están capacitados para afrontar las consecuencias de su actividad sexual temprana, como el embarazo, las infecciones de transmisión sexual y las consecuencias emocionales. Por lo tanto, la familia sigue siendo una de las variables más relevantes en el origen y mantenimiento este comportamiento sexual de riesgo.

La vivencia de una sexualidad propiamente dicha se inicia en la adolescencia intermedia, ya se acrecienta el interés por la experimentación sexual, logrando en la etapa tardía priorizar las relaciones íntimas. Si bien Luengo X.⁽⁵⁴⁾ menciona que en este periodo muchos adolescentes buscan establecer relaciones con personas de su edad como una preparación para una relación de pareja estable, es probable que no con todas se llegue a la plena experimentación sexual, pues en el presente estudio se encontró un mayor número de

adolescentes (73.5%) provienen tanto de familias disfuncionales (67.6%) y familias de buena funcionalidad familiar (5.9%) tuvieron una sola pareja sexual, Rafael M. ⁽¹⁰⁾ reporto de igual manera reportando mayor cantidad de adolescentes (78.9%) provenientes de familias disfuncionales (64.1%) y familias de buena funcionalidad familiar (14.8%), en ambos estudios mencionados tener dos o más parejas sexuales se asocia a familias disfuncionales en comparación a los que provienen de familias funcionales; este hallazgo guarda relación con los reportado por Lavielle P, et al. ⁽²⁹⁾ quienes, en lugar de emplear el Apgar familiar de Smilkstein para evaluar la funcionalidad familiar usaron un cuestionario, concluyeron que: “tener más de tres parejas estuvo relacionado con la no expresión del afecto y el grado de no satisfacción del adolescente con su familia”. ⁽²⁹⁾ La relevancia de este dato radica en que a mayor número de parejas, aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual. ⁽⁵²⁾ El noviazgo en la adolescencia no marca la unión consensual, es por ello que quizás los adolescentes pudieran haber tenido relaciones de corta duración estando inmersas en lo que podría considerarse una “monogamia secuencial”, de forma que si los adolescentes han tenido relaciones sexuales exclusivas con cada una de sus parejas podría considerarse que ha sido fiel, sin embargo esta situación que es teóricamente cierta no evita constituirse como comportamiento sexual de riesgo. ⁽⁵³⁾ Existe el mito de que si se proporciona información y servicios sobre sexualidad, anticoncepción y prevención de ITS/VIH-Sida, a los adolescentes se estaría contribuyendo a que dejen de mantener relaciones estables; sin embargo, las evidencias sugieren lo contrario: a mayor información, tendrían mayor responsabilidad en su comportamiento ⁽⁵⁶⁾ y probablemente limitarían el número de parejas sexuales.

En este periodo de vida ocurren comportamientos poco responsables como tener relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos, el cual puede tener efectos negativos en el ámbito social, económico y de salud porque derivan en embarazos no deseados y/o enfermedades de transmisión sexual. El preservativo es desde lejos el método anticonceptivo de mayor disponibilidad y acceso por su bajo costo, razón por la cual investigadores como García E., et al. ⁽⁵²⁾ encuentran que el método anticonceptivo usado habitualmente en las relaciones coitales de adolescentes es el preservativo en un 68,5% de casos, esto supone algo ventajoso pues este método de barrera no solo previene un embarazo no deseado sino la transmisión de posibles ITS. El hallazgo del investigador antes mencionado es corroborado en el presente estudio donde se encontró el uso de métodos anticonceptivos de barrera como el preservativo de forma esporádica “a veces” (52.8%) y “siempre” (23.6%), e incluso se asoció con la disfuncionalidad familiar sobre todo la severa. Lavielle P., et al. ⁽²⁹⁾ encontró que: “La falta de uso de condón se relacionó con deficiente expresión del afecto y comunicación dentro de la familia”, si bien este investigador empleo un cuestionario de familiar en lugar del Apgar familiar, su hallazgo es evidencia irrefutable de papel que cumple la familia como moderadora de las prácticas sexuales relacionadas al uso de métodos anticonceptivos, especialmente el preservativo.

Las infecciones de transmisión sexual representan uno de los problemas de salud pública de mayor riesgo que ha tenido que afrontar el mundo en los últimos años. ⁽⁵⁷⁾ Según el Ministerio de Salud (MINSA) en el Perú 1 de cada 20 adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, se ve afectado por infecciones de transmisión sexual (ITS), en nuestro estudio 2 de 34 adolescentes contrajo ITS.

En lo que respecta a las ITS y su relación con la disfuncionalidad familiar, se encontró que haber padecido una ITS como expresión del comportamiento sexual se asocia a la disfuncionalidad familiar severa; la poca cantidad de casos pone en tela de juicio este resultado pero a pesar de esta limitación, este hallazgo constituye un indicio del rol que cumple la familia. El Ministerio de Educación, al ser conciencia de la magnitud de ITS en adolescentes, considera a las instituciones educativas escenarios significativos para la formación integral de las y los estudiantes, constituyendo, por excelencia, el espacio para desarrollar acciones relacionadas con la prevención de las ITS, VIH y SIDA. ⁽⁵⁸⁾

Se encontró 3 embarazos en las adolescentes que provienen de funcionalidad familiar de tipo severa, Rafael M. ⁽¹⁰⁾ que realizó un estudio en adolescentes que acudieron por consulta externa al Instituto Nacional Materno Perinatal encontró (64%) de embarazos que provenían la mayoría de familias disfuncionales sobre todo de tipo severa, existiendo clara diferencia con el estudio realizado en la cantidad de los adolescentes mas no así en el tipo de familia proveniente.

Con respecto a la experiencia sexual del total de la muestra (343 adolescentes) se encontró una asociación de la funcionalidad familiar y la experiencia sexual de riesgo encontrando un 92.2% de adolescentes con experiencia sexual menor (shofield 1, 2,3) con un alto porcentaje de adolescentes que mencionan no tener una experiencia sexual; Rafael M. ⁽¹⁰⁾ encontró datos inversos con el 94.5% de adolescentes que tuvieron una experiencia sexual mayor (shofield 4,5). Tanto en el embarazo actual y el nivel de experiencia sexual son resultados que corresponden a una determinada área geográfica con características

socio demográfico propio y con un determinado aprendizaje social de aquello que constituye un comportamiento sexual de riesgo.

Dado que la gran parte de adolescentes del distrito de Azángaro presentan disfuncionalidad familiar (76.1%), y haber encontrado relación con el comportamiento sexual de riesgo, hay necesidad de una acción más amplia por parte de las instancias gubernamentales, especialmente junto a las familias ya que muchas veces reproducen los valores sociales vigentes, que pueden causar daños por la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o por riesgo de embarazo. Por último, no es suficiente la Información que reciben los adolescentes en el centro de salud o colegio, sino también el aspecto emocional y sobre todo la libertad para descubrir y desarrollar la confianza entre los adolescentes y sus padres.

V. CONCLUSIONES

- Existe relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro.
- Los adolescentes de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro se caracterizaron por tener una edad media de 16 años, pertenecieron al sexo femenino y tuvieron un grado de estudios de 5to de secundaria.
- La gran parte de adolescentes de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro, presentaron disfuncionalidad familiar (76.1%) siendo principalmente de tipo leve (41.1%), seguido de la buena funcionalidad familiar (23.9%).
- Solo el 9.9% de los adolescentes de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro tuvieron relaciones sexuales con predominio del género masculino con 5.5% asociándose la mayoría a familias disfuncionales.
- De los adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue 16 años pertenecientes a familias disfuncionales.
- De los adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, hubo mayor predominio de adolescentes que tuvieron una sola pareja sexual, pertenecientes en la mayoría a familias disfuncionales de tipo severo.

- De los adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, la mayoría usa “a veces” el preservativo como método anticonceptivo pertenecientes a familias disfuncionales de tipo severo.
- De los adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, la mayoría refiere que no hizo uso del preservativo en sus primeras relaciones sexuales pertenecientes a familias disfuncionales con predominio del tipo severo.
- Se encontró 2 casos de adolescentes con ITS provenientes de familias disfuncionales de tipo severo.
- Se encontró 3 casos de adolescentes con embarazo actual provenientes de familias disfuncionales de tipo severo.
- Con respecto a la experiencia sexual la mayoría refirió una experiencia sexual menor (Schofield 1,2 y 3) provenientes de familias disfuncionales.

VI. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios donde se amplié el tamaño muestral a fin de reducir el error aleatorio, disminuir la variabilidad natural y lograr una mayor precisión de los resultados; el presente trabajo fue realizado en la zona Quechua del departamento de Puno, es necesario realizar estudios similares en la población Aimara para contrastar los resultados obtenidos.
- A los estudiantes de medicina, futuros colegas, realizar estudios sobre la magnitud de las familias disfuncionales, sus consecuencias y medidas preventivas y las conductas de riesgo, con el fin de aportar nuevos conocimientos e instrumentos, para poder desarrollar modelos de prevención o intervención adecuados. Así como realizar estudios sobre el nivel de conocimiento de sexualidad y comportamiento sexual de riesgo en estudiantes universitarios de las Universidades del departamento de Puno.
- A las familias, mejorar los vínculos existentes y quitar tabúes pre-establecidos sobre conductas sexuales, para que de esta manera junto a sus adolescentes puedan generar habilidades de control, buena autoestima, estabilidad en su autoconfianza y así disminuir la aparición de conductas sexuales de riesgo.
- A los adolescentes, se recomienda manejar adecuadamente el uso de información sobre las problemáticas causantes y desencadenantes de la conducta sexual de

riesgo y su relación con otras conductas de riesgo y su cumplimiento adecuado de su rol dentro de la familia.

- A los directores, docentes y auxiliares de educación de las Instituciones Educativas primaria y secundaria concientizar mediante capacitaciones sobre temas de sexualidad y conductas sexuales de riesgo, abordando dichos temas en su programación curricular.
- Adicionar intervenciones basadas en la familia a los esfuerzos que actualmente viene desplegando el MINSA para prevenir algún comportamiento sexual de riesgo, así evitar en lo posible las complicaciones que pudiera presentar las adolescentes gestantes en su periodo de gestación, parto y puerperio y en especial las complicaciones en sala de operaciones.

VII. REFERENCIAS:

1. Mujica J, Cavagnoud R. Mecanismos de explotación sexual de niñas y adolescentes en los alrededores del puerto fluvial de Pucallpa. *Antropológica*. 2011; 29(29): 91-110.
2. Santander R, Zubarew G, Santelices C, Argollo M, Cerda L, Borquez P. Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Rev. Med. Chile*. 2008; 136: 317-324.
3. Hernández, L., Cargill, N. & Gutiérrez, G. (2012). *Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/487/48724427004.pdf>
4. Gonzales J., De la Hoz F., Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2010; 13(1) 67-68.
5. Ponce V. Funcionamiento Familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de 12 a 18 años de edad. [Tesis de para optar título de Psicóloga Clínica] Quito (Ecuador): Universidad Central del Ecuador 2015.
6. Herrera C. Funcionalidad familiar y su relación con conductas sexuales de riesgo en adolescentes de bachillerato zona 7 Ecuador. 2016 [Tesis de para optar título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Universidad Nacional de Loja. Ecuador. 2016
7. Rafael M. Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo de febrero de 2016.

- [Tesis de para optar título de Médico Cirujano]. Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2016.
8. Campaña k, Caruajulca j, Lidubina. Inicio de relaciones sexuales y ambiente familiar en adolescentes del nivel secundario de la institución Educativa Emblemático José Granada, San Martín de Porras- 2014 [Tesis de para optar título de Licenciada en Enfermería]. Lima (Perú): Universidad de Ciencias Y Humanidades. 2017.
 9. Rojas L. Conductas de riesgo sexual en adolescentes del 3° a 5° grado de nivel secundario I.E 2026 San Diego. SMP. LIMA -PERÚ 2017 [Tesis de para optar título de Licenciada en Enfermería]. Lima (Perú): Universidad Cesar Vallejo. 2017.
 10. Delgado R. Factores psicosociales familiares relacionados con el inicio de relaciones sexuales y conocimiento del uso de anticonceptivos en adolescentes varones de la academia Alexander Fleming de la Ciudad de Arequipa – 2014 [Tesis de para optar título de Médico Cirujano]. Arequipa (Perú): Universidad Nacional San Agustín. 2014.
 11. Organización Mundial de la Salud. Notas de Prensa No 543: La Familia y Salud. Washington D.C. (USA): Oficina Regional para las Américas. 2006.
 12. Zegarra L, Camacho I. Trastornos de conducta y Funcionamiento Familiar en adolescentes. Revista Umbrales de Investigación. Rev. Psicología UNFV. 2004; 1(1): 55-66.
 13. Estévez E, Jiménez T, Musitu G. Relaciones entre padres e hijos adolescentes. 2ª ed. España: Editorial Nau. Libres. 2007.
 14. Mc Daniel S, Campbell T. Orientación Familiar en Atención Primaria: Manual para Médicos de Familia y otros profesionales. 1998; 5(9): 26-32.

15. Ullmann H, Maldonado C, Nieves M. La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. Unicef, CEPAL. 2011.
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima (Perú): INEI. 2010.
17. Castellón S. Ledesma A. El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una Comunidad Suburbana de Sancti Spiritus. Cuba: Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2012.
18. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Fam. Pract.* 1978; 6(6): 1231-1239.
19. . Good M, Smilkstein G, Good J, Shaffer T, Aarons T. The family APGAR index: A study of construct validity. *J Fam Pract.* 1979; 8: 577–582.
20. Pérez M. Familias disfuncionales. México: Universidad Veracruzana. 2009.
21. Rivadeneira G, Trelles L. Incidencia de las familias disfuncionales en el proceso de la formación integral en los niños del sexto año de Educación Básica de la Unidad Educativa República del Educador, Cantón Huamboya, provincia de Morona Santiago. Cuenca (Ecuador): Universidad Politécnica Salesiana. 2013. p.14.
22. Espinoza Y. Estudio sobre la disfuncionalidad familiar y su incidencia en el aprendizaje de los niños y niñas de primero y segundo año de educación primaria de la Escuela Sagrado Corazón de Jesús de Tulcan. 2015.p.15.
23. Gómez F, Irigoyen A, Ponce E. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch. Med. Fam* 1999; 1(2): 45-57.

24. Maddaleno M, Horwitz N, Jara C, Florenzano R, Salazar D. Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. *Rev. Chil. Pediatr.* 1987;58:246-9.
25. Goodman S, Hoven C, Narrow W, Cohen P, Fielding B, Alegria M, et al. Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiologic community survey: The National Institute of Mental Health Method for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 1998; 33(4): 162-173.
26. Organización Mundial de la Salud. Familias Latinas y jóvenes: Un Compendio de Herramientas de Evaluación. Washington, DC: OPS, 2013.
27. . Lombardi Z. Instrumentos de atención integral a la familia. [diapositivas de PowerPoint]. Recuperado de: <https://sancosmecentro de salud.files.wordpress.com/2010/08/exposicion-apgar-familiar.pdf>
28. Garza T, Gutiérrez R. Trabajo con familias: Abordaje medico e integral. 3a ed. México D.F.: Editorial el Manual Moderno. 2015.
29. Lavielle P, Jiménez F, Vásquez A, Aguirre M, Castillo M, Coronado F, et al. Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Rev. Med. Inst. Mex Seguro Soc.* 2014; 52(1): 38-43.
30. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Suiza (Ginebra): Centro de Prensa de la OMS. 2016.
31. Flores, M. J. (2014). Niveles de Autoestima y su relación con la Auto-eficacia en la Prevención de Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes de 16-18 años.
32. Saturno Herrera, L. A. (12 de Julio de 2012). Sexo y edad en las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de 13 a 18 años. Obtenido de

- <http://bibhumartes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/repositorio/TEGBF7243S4S382012.pdf>
33. González-Quiñones, J. C., & De la Hoz-Restrepo, F. (13 de Junio de 2011). Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá. Obtenido de <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v13n1/v13n1a06.pdf>
34. Cunill M. Comportamientos de riesgo durante la adolescencia: paralelismo en el uso de casco y uso de preservativo. [Tesis para optar el grado de doctora], Universidad de Girona. 2008.
35. Palacios Delgado, J. R., & Palos, P. A. (11 de Agosto de 2011). *Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes*. Obtenido de <http://adolescenciaantisocial.blogspot.com/2011/08/desempeno-academico-y-conductas-de.html>
36. Espada J, Quiles M, Méndez J. Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del psicólogo*. 2003. pp.1-12.
37. Fina A. Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH. *Anales de Psicología*. 2009; 25(2): 32-37.
38. Bonilla, R. A. & Fernández, M. H. (2011). Conductas sexuales de riesgo en pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de VIH/sida.
39. Ospina J, Manrique F. Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. *Rev. Av. Enfermería*. 2007; 25(2):101-111.
40. Roche J. Premarital sex: Attitudes and behavior by dating stage. *Adolescence*1986; 31(81): 107-121.

41. Magana M. Salud en la escuela y adolescencia. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. 2005.
42. Azángaro Puno-Perú 2017 diciembre [Citado 20 de noviembre 2017].
<http://www.librosperuanos.com/libros/detalle/16257/Monografia-sintetica-de-Azangaro>
43. Castilla H, Caycho T, Ventura J, Palomino M, De la Cruz M. Análisis factorial confirmatorio de la escala de percepción de funcionamiento familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos. *Salud y Sociedad*. 2015; 6(2): 140-153.
44. Suarez M, Alcala M. Apgar familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Med. La Paz*. 2014; 20(1): 53-57.
45. Lima J, Lima M, Jiménez N, Domínguez I. Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la auto percepción del estado de salud familiar. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2012; 86(5): 509-521.
46. Banco Interamericano de Desarrollo. Guía para Medir Comportamientos de Riesgo en Jóvenes. Columbia (Estados Unidos): División de Protección Social y Salud. 2013.
47. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima (Perú): Comisión de Alto Nivel de Asesoría Técnica. 2007.p.17.
48. Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia. Oportunidades en tiempos de crisis: Evitar el VIH desde la adolescencia hasta el comienzo de la edad adulta. New York (EE.UU): División of Comunicación UNICEF. 2011.

49. Ministerio de Salud. Perú: Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos. Lima (Perú): MINSA/UNFPA. 2009.
50. Arias A, Cogollo Z, Díaz C. Comportamientos de riesgo para la salud en adolescentes estudiantes: prevalencia y factores asociados. *Revista Científica Salud Uninorte*. 2011; 24(2): 101-107.
51. Flórez C, Soto V. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Colombia: Universidad de los Andes. 2013.
52. García E, Menéndez E, Fernández P, Cuesta M. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*. 2012; 5(1): 79-87.
53. Lugo C, Márquez M. Asociación entre funcionalidad familiar y conductas sexuales de riesgo en adolescentes escolarizados de los colegios Pablo VI y CEIS del municipio de Sopo-Cundinamarca. [Tesis de especialización en Medicina de Familia y Salud de la Población]. Colombia. Universidad de Cundinamarca. 2011.
54. Luengo X. Características de la adolescencia normal. En: Molina R, Sandoval J y González E. editores. *Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia*. Santiago. 2003. Editorial Mediterráneo. 16-23.
55. Alarcon-Argota IR; Coello-Larrea J; Cabrera-García J; Monier-Despeine G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Rev. Cubana Enfermer*. 2009; 25:1-14.
56. Cannoni G, Gonzales M, Conejero C, Merino P, Schulin C. Sexuality in adolescent: Counseling. *Rev. Med. Clin Condes*. 2015; 26(1): 81-87.

57. Orcasita, L.T. & Uribe, A. F. La importancia del Apoyo Social en el Bienestar de los Adolescentes. *Psychologia, Avances de la disciplina*. 2010; 4(2): 69-82.
58. Ministerio de Educación. Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida. Lima (Perú): Dirección de Tutoría y Orientación Educativa. 2008.

ANEXOS**ANEXO A:**

**RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y COMPORTAMIENTO
SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL
DISTRITO DE AZANGARO, PUNO - 2018**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su menor hija(o) ha sido seleccionada para participar en una investigación titulada
“**RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y COMPORTAMIENTO
SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL
DISTRITO DE AZANGARO, PUNO - 2018**”

Esta investigación será realizada por Ronald ARPASI TURPO, alumno de la Facultad
Medicina

Humana de la UNA Puno. Las cuales desean la presentación de este trabajo de investigación.
Su hija(o) fue seleccionada para participar en esta investigación por cumplir con ciertas
características requeridas en nuestro estudio. Si acepta que ella participe en este estudio, se
le hará un cuestionario, las respuestas serán confidenciales y anónimas. A ella se le
informará en una forma clara y sencilla sobre todo lo que respecta a la investigación para
pedirle su asentimiento antes de empezar la investigación.

Riesgos y Beneficios: No existen riesgos en el estudio de sufrir ningún tipo de daño físico,
psicológico u otro. El primer beneficio es que la información nos permitirá mejorar las
atenciones de salud en este grupo poblacional.

Confidencialidad: La identidad de la participante será protegida, pues la información que
se recolecte será de forma anónima. Toda información o datos que pueda identificar al
participante serán manejados confidencialmente. Los datos se utilizarán únicamente para
efectos de investigación, es decir, cualquier otro uso que no sea el que se indica, tendrá que
realizarse previo consentimiento suyo y de la menor.

Derechos: Si ha leído este documento y ha aceptado que su hija participe, entiende que la
participación es completamente voluntaria y que ella tiene derecho a abstenerse de
participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También
tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Su firma en este documento significa que usted ha decidido que la menor participe, después
de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Padre

Nombre: _____ Firma _____ Edad _____ Fecha: _____

Adolescente:

Nombre: _____ Firma _____ Edad: _____ Fecha: _____ -

ANEXO B:**RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE AZÁNGARO, PUNO-2018****Parte I: Información****Introducción**

Nuestro trabajo consiste en investigar “La Funcionalidad familiar y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes”, el propósito de la investigación es ayudar a tomar medidas electivas de prevención y búsqueda de la posible solución a este problema.

Hemos consultado con tus padres/apoderado para la participación en esta investigación y ellos saben que te estamos preguntando. Te invito a tomar parte de este estudio de investigación. Puedes elegir si participas o no.

Queremos determinar el grado de funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo existente en adolescentes de 14 a 19 años de edad del distrito de Azángaro, mediante la aplicación del Test APGAR familiar modificado y un cuestionario de comportamiento sexual de riesgo. Si aceptas participar en esta investigación, se le solicitará llenar una encuesta y le tomará un tiempo aproximadamente de 5-10 minutos. Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado o preocupado por ellas. Por favor, puedes pedirme en cualquier momento que se te explique y me tomaré tiempo para hacerlo.

Riesgos y beneficios

No existen riesgos en el estudio de sufrir ningún tipo de daño físico, psicológico u otro. Los beneficios serán múltiples, ya que nuestros resultados incentivarán la realización de investigaciones de los cuales se desarrollan acciones preventivas promocionales para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Confidencialidad:

No diremos a otras personas que estas en ésta investigación y no compartiremos información sobre tú a nadie que no trabaje en el estudio de investigación. La información recogida será retirada y nadie sino los investigadores podrán verla.

Parte 2: Formulario de Asentimiento

Entiendo que con la investigación se quiere encontrar “la funcionalidad familiar y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de 14 a 19 años de edad del Distrito de Azángaro, Puno-2018”. Para lo cual se me hará una encuesta, que consta de una serie de preguntas, esta tendrá una duración promedio de 5-10 minutos. Y que mis respuestas serán confidenciales.

Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. Se me ha leído la información y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer más preguntas después si las tengo. Acepto participar en la investigación.

Nombre del participante: _____ Edad: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO C:

**RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y COMPORTAMIENTO
SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO
DE AZÁNGARO, PUNO-2018**

Numero de encuesta: _____ **Fecha de aplicación:** _____

PRESENTACIÓN: En esta oportunidad existe interés en saber cuál es la funcionalidad familiar de los adolescentes y su relación con el comportamiento sexual de riesgo, razón por la cual se solicita tu colaboración para responder este cuestionario. Te hago saber que es anónimo y confidencial. Se espera que tus respuestas sean veraces y de antemano agradezco tu colaboración.

I. Datos generales

1. Edad: _____
2. Sexo: _____
3. Año de estudios: _____

II. Comportamiento sexual de riesgo

4. ¿Ha tenido alguna vez en su vida relaciones sexuales? () Si () No
 En caso que la respuesta fuera sí, continúe:
5. ¿Qué edad tenía usted aproximadamente cuando tuvo su PRIMERA relación sexual coital?
 _____ años
6. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales coitales, aunque fuera una sola vez?
 () 1 pareja () 2 o mas
7. Cuando mantienes relaciones sexuales coitales, ¿utilizas el condón como método anticonceptivo?
 () Siempre () A veces () Nunca
8. ¿Usaste preservativo en esta primera relación sexual?
 () Si () No
9. ¿Alguna vez en la vida le ha diagnosticado un médico una infección de transmisión sexual (ITS)?
 () Si () No
10. ¿Estás embarazada?
 () Si () No

11. Nivel de experiencia sexual:

A continuación se describe cinco niveles de experiencia sexual. Lee atentamente cada uno de ellos y pon un círculo en el nivel que tú te encuentres. Al margen de tus relaciones sexuales actuales indica la experiencia máxima que has tenido a lo largo de tu vida. (Marca solo una respuesta).

- () No he tenido ninguna experiencia sexual.
- () He besado en los labios y he abrazado a una chica/o con caricias en las manos o por encima de la ropa.
- () He tenido intimidades sexuales, próximas al coito pero sin llegar a él. Esto incluye haber acariciado directamente en cualquier parte del cuerpo, incluido los genitales con o sin orgasmos.
- () He tenido experiencia de haber llegado al coito, es decir a la introducción del pene dentro de la vagina, con una sola persona a lo largo de mi vida.
- () He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida

III. Funcionalidad familiar

A continuación se te harán unas preguntas sobre tu familia y se te pide la mayor sinceridad posible a la hora de responder marcando con un X en los recuadros

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
¿Te satisface la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes algún problema o necesidad?					
¿Te satisface la participación que tu familia te brinda y te permite?					
¿Te satisface como tu familia acepta y apoya tus deseos de emprender nuevas actividades?					
¿Te satisface como tu familia expresa afectos y responde a tus emociones como rabia, tristeza, amor?					
¿Te satisface como comparten en tu familia el tiempo que están juntos, los espacios en tu casa y el dinero?					

Gracias por tu participación.....

ANEXO D:**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	98,578 ^a	12	,000
Razón de verosimilitud	82,729	12	,000
N de casos válidos	343		

a. 8 casillas (40,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,96.

LOS RESULTADOS INDICAN QUE EXISTE RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES EN ESTUDIO.