

UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTAS
SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DEL
COLEGIO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, SAN MIGUEL
DE ACO, CARHUAZ 2021”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Bach. CUEVA SIFUENTES, Deyse Vanesa

Bach. MEZA OSTOS, Susan

Asesora

Dra. GINA DOMINGA MENDOZA RAMIREZ

HUARAZ – ANCASH – PERÚ

2021



MIEMBROS DEL JURADO



Lic. Emilio Alejandro **GUILLERMO FELIPE**
PRESIDENTE



Q.F. Willy Edgardo **CORDOVA CASSIA**
SECRETARIO



Mag. Elsa Gabriela **GONZALES TAPIA**
VOCAL

ASESORA DE TESIS



Dra. Gina Domíngua MENDOZA RAMIREZ
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido lograr mis objetivos y por darme fortaleza para seguir adelante. A mi querida madre Valeria Ostos, a mi amado padre Moisés Meza, a mis hermanos y en especial a mi hermano Ronal, quienes pusieron en mí el deseo de seguir adelante, por estar siempre junto a mí apoyándome en este camino de mi formación profesional, por estar siempre en los momentos que más los he necesitado, por la motivación constante que día a día me brindaron, la cual debo mi existencia y todo lo que soy.

SUSAN

A Dios por darme la oportunidad de vivir y la fortaleza para seguir adelante y nunca desmayar ante la presencia de los problemas, sino más bien enseñándome a luchar con coraje, valor y dignidad por lo que me propuse en la vida. A mi padre Juan Cueva que siempre me guía con sus enseñanzas, a mi madre Julia Sifuentes por su amor incondicional, a mis hermanos Constantino, Yenny, Carlos y Miguel por su amor y su apoyo, por ser el motivo de mi superación y ser una gran profesional.

DEYSE

AGRADECIMIENTO

A mis jurados: Magister Elsa Gabriela Gonzales Tapia, Licenciado Emilio Alejandro Guillermo Felipe, Q.F. Willy Edgardo Córdova Cassia, por el apoyo y la motivación para culminar con éxito mis metas propuestas. Expreso un profundo agradecimiento y reconocimiento a mi alma mater, Universidad SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO, por permitir mi formación profesional al servicio de la humanidad.

SUSAN

Un profundo y sincero agradecimiento a mi asesora Magister Gina Mendoza Ramírez, por su profesionalismo, quien con su conocimiento supo guiarme en la realización y culminación de mi tesis. A los jurados: Magister Elsa Gabriela Gonzales Tapia, Licenciado Emilio Alejandro Guillermo Felipe, Q.F. Willy Edgardo Córdova Cassia. Por la dedicación, paciencia que nos brindaron en reiteradas oportunidades, brindándonos las recomendaciones necesarias y oportunas.

DEYSE

INDICE

	Pág.
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. HIPÓTESIS.....	14
3. BASES TEÓRICAS.....	18
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	48
5. RESULTADOS.....	54
6. DISCUSIÓN.....	65
7. CONCLUSIONES.....	67
8. RECOMENDACIONES.....	68
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

RESUMEN

La presente investigación tuvo como problema: Cuál es la relación entre la disfuncionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes del colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz 2021; cuyo objetivo general fue, determinar la relación entre la disfuncionalidad familiar y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz 2021; hipótesis: La disfuncionalidad familiar se relaciona significativamente con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes del colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz 2021. Investigación correlacional, descriptiva, cuantitativa, prospectivo, diseño no experimental, transversal; la población conformada por 48 adolescentes a quienes se aplicó un cuestionario; la información se procesó utilizando base de datos en el software estadístico SPSS, para la constatación de la hipótesis se realizó mediante la prueba estadística Chi cuadrado. Resultados: 47.9% de adolescentes participantes del estudio presentan una disfunción familiar moderada y 54.2% de adolescentes presentan conductas sexuales de mediano riesgo; Conclusión: Se comprobó la relación significativa entre la disfuncionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo con un valor de $p=0.00262$ ($p < 0.05$).

Palabras clave: disfuncionalidad familiar, conductas sexuales de riesgo, adolescentes.

ABSTRACT

The research had as problem: What is the relationship between family dysfunction and risky sexual behaviors in adolescents of the Sacred Heart of Jesus school, San Miguel de Aco, Carhuaz 2021? Whose overall objective was to determine the relationship between family dysfunction and risky sexual behavior in adolescents of the Sacred Heart of Jesus School, San Miguel de Aco, Carhuaz 2021; Hypothesis: Family dysfunctionality is significantly related to risky sexual behaviors in adolescents of the Sacred Heart of Jesus School, San Miguel de Aco, Carhuaz 2021. Descriptive, quantitative, prospective, non-experimental, transversal research, population consisting of 48 adolescents to whom A questionnaire was applied, the information was processed using the SPSS statistical software database, for the hypothesis test was performed using the Chi-square statistical test. Results: 47.9% of adolescents participating in the study witness moderate family dysfunction and 54.2% of adolescents present medium-risk sexual behaviors. Conclusion: The significant relationship between family dysfunctionality and risky sexual behaviors with a value of $p = 0.00262$ ($p < 0.05$).

Keywords: family dysfunctionality, risky sexual behaviors, adolescents.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que los adolescentes (edades entre los 10 y los 19 años) representan aproximadamente una sexta parte de la población mundial (1200 millones de personas), tal es que uno de cada cinco personas en el mundo es adolescente y el 85% de viven en países en desarrollo ⁽¹⁾. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante ⁽²⁾.

La OMS dentro de los objetivos para el Desarrollo Sostenible (ODS) dentro de su política de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, incorporó la sexualidad y la salud sexual y reproductiva como factor determinante para el bienestar y desarrollo de las personas, parejas, familias, comunidades y naciones, incluyendo la salud materna, reducción de la mortalidad infantil y lucha contra el VIH/SIDA (virus de inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida) a fin de ayudar a planificar, aplicar, seguir y evaluar los programas de salud del adolescente y establecer directrices, recomendaciones y promover la toma de conciencia en salud a la población adolescente ⁽³⁾.

Sin embargo, a diario fallecen más de 3000 adolescentes y 1.2 millones de muertes anuales a nivel mundial, por causas que en su mayor parte podrían evitarse, como los accidentes de tránsito, infecciones de vías respiratorias bajas, suicidio, las relaciones sexuales sin protección y los embarazos precoces, asimismo, un tercio de la carga de morbilidad total de los adultos están relacionadas con condiciones o comportamientos que se inician en la juventud, incluidos el consumo de tabaco, la falta de actividad física, y las conductas sexuales de riesgo ⁽⁴⁾.

La OMS refiere que aproximadamente el 11% de todos los nacimientos a nivel mundial corresponden a hijos de madres adolescentes de 15 a 19 años y la mayor parte de esos nacimientos se registra en países de ingresos bajos y medianos, asimismo, más de dos millones de adolescentes viven con VIH (virus de inmunodeficiencia humana); al respecto, las estimaciones indican que las defunciones por VIH entre los adolescentes están creciendo, todo ello sumada las conductas sexuales inadecuados en este grupo etáreo ⁽¹⁾.

En España, los adolescentes mantienen su primera relación sexual a una media de 16 años, asimismo el uso de métodos anticonceptivos se sitúa en un 75% al inicio de sus relaciones sexuales, de tal modo que la Fundación Española de Contracepción (FEC) afirmó que 11% de mujeres adolescentes españolas están en riesgo de tener embarazos no planificados ⁽⁵⁾. Los distintos estudios han puesto de manifiesto diferencias en las conductas sexuales de los adolescentes españoles, teniendo en Cataluña la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual con un incremento en los últimos años de 5.8% en el 2008 a 8.5% en el 2015, con enfermedades como la *Chlamydia trichomatis*, *neisseria gonorrhoeae*, todo ello en principio por no haber usado el preservativo en su última relación sexual del adolescente (80%) ⁽⁶⁾.

En Alemania, 12% de las mujeres y 10% de varones han tenido relaciones sexuales antes de los 14 años; el Centro Federal para la Concientización Sanitaria informa que 71% de las mujeres y el 66% de los varones usan el preservativo la primera vez, comparativamente con el 20% que en 1980 no tomaba estas medidas preventivas, hoy en día se ha pasado a únicamente el 9%; asimismo, la píldora anticonceptiva queda en un segundo plano y sólo la tercera parte de las adolescentes lo emplean ⁽⁷⁾.

En América los adolescentes representan el 24.5% de la población, los adolescentes

inician con las conductas sexuales de riesgo en esta etapa; al respecto, 90% de los jóvenes en América Latina y el Caribe reportan conocer al menos un método anticonceptivo, pero de 48% a 53% de los adolescentes sexualmente activos nunca usaron anticonceptivos, y entre aquellos que sí lo utilizaron, aproximadamente 40% de ellos no lo hacía regularmente, asimismo, las infecciones de transmisión sexual (ITS) afectan a uno de cada 20 adolescentes cada año y las causas más frecuentes son: clamidia, gonorrea, sífilis y tricomonas. Sin tratamiento a largo plazo las ITS podrían aumentar el riesgo de cáncer y de padecer infecciones por VIH, y pueden ser responsables de la mitad de los casos de infertilidad. En el Caribe, el SIDA ya aparece entre las primeras cinco causas de muerte en la población joven ^(8,9).

Un informe de la Secretaría de Salud indica que Honduras registra la tasa de fecundidad más alta de América Central y la segunda más alta de América Latina con 22% de mujeres entre 15 y 19 años de edad que alguna vez estuvieron embarazadas, teniendo como edad promedio de inicio de relaciones sexuales los 14.7 años, asimismo estudios recientes demuestran que 48% de adolescentes actualmente mantienen relaciones sexuales desprotegidos ^(10,11).

En México, investigaciones previas han mostrado un incremento paulatino en las conductas sexuales de riesgo y sobre todo en la edad de inicio sexual en las mujeres y una tendencia errática en los hombres, de los más de 22 millones de adolescentes mexicanos, 50% inician su vida sexual a los 14 años en caso de los varones, y a los 15 años en mujeres; además, se estima que 797 mil adolescentes que alguna vez han tenido relaciones sexuales no utilizó algún método anticonceptivo, de los cuales 48.9% son mujeres y 51.1% varones; la incidencia anual de las ITS y SIDA en el grupo de 16 a 24 años, presenta casos superiores a lo registrado ^(12,13).

En Colombia, 12% de varones y 6% de mujeres adolescentes tienen su primera relación sexual antes de los 14 años y el problema se presenta en todas las regiones de dicho país, el efecto del embarazo en la adolescencia es inquietante si se tiene en cuenta que muchos jóvenes interrumpen sus estudios porque quedaron embarazadas o están esperando su primer hijo, siendo así que las mujeres adolescentes tienen, en la mayoría de casos, relaciones sexuales con hombres mayores de edad; 54% de los hombres y el 46% de las mujeres encuestadas utilizó condón o preservativo en la primera relación sexual, se evidenció que una proporción importante de los jóvenes con actividad sexual tiene comportamientos de riesgo, ya que más del 40% tuvo por lo menos una relación no protegida⁽¹⁴⁾.

En Ecuador, las mujeres adolescentes inician su vida sexual a los 15 años y los varones entre 13 a 14 años, lo que trae consigo el aumento de casos de embarazo no deseado; 82 partos se dan en edades de 10 a 14 años y 238,6 partos por cada 10000 adolescentes de edades 15 a 19 años; al respecto, la falta de comunicación entre padres e hijos en relación a la salud sexual y reproductiva no es asertiva⁽¹⁵⁾.

En nuestro país, según ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) 2016, refiere que 2.8% de las adolescentes de 15 años han estado alguna vez embarazadas, en las edades de 16, 17, 18 y 19 años, tuvieron porcentajes de 5.8%, 10.3%, 20.4% y 26% respectivamente, siendo las regiones con mayores cifras Loreto, Ucayali, San Martín y Amazonas con porcentajes de 30.6%, 26.7%, 23.5% y 19.9% respectivamente; siendo la zona rural con mayores porcentajes (22.7%) y la zona urbana con 9.8%⁽¹⁶⁾. Al respecto, el Ministerio de Salud refiere que los adolescentes inician sus relaciones sexuales a temprana edad lo que permite el incremento de embarazos no deseados y la adquisición de infección de transmisión sexual (ITS); los

datos indican que sólo el 9.7 % de adolescentes de entre 15 a 19 años utilizó condón masculino en su primera relación sexual; por otro lado, las ITS con mayor prevalencia son la úlcera genital o flujo vaginal en el 13,7 % de las mujeres de 15 a 49 años; la mayor proporción son casos entre las edades de 15 a 19 años y de 15 a 24 años de edad; en relación a las infecciones de VIH/SIDA, hasta el 2014, se han reportado 31 893 casos de SIDA. 4.8% de los afectados son menores de 19 años de edad. Este porcentaje representa 1547 niños, niñas y adolescentes, de los cuales 926 son hombres y 621 son mujeres. ^(17,18).

En Ancash, reportes de ENDES refieren que las mujeres comienzan a tener hijos a edades tempranas. Antes de los 19 años, 13.7% alguna vez ya han estado embarazadas y el 36,9% las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años. En Huaraz, informes recientes, advierten el aumento de casos de VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes, pues para el presente año, se han reportado 12 nuevos casos de infectados con VIH y siendo el grupo etáreo los adolescentes de 17 años a menores de 25 años ⁽¹⁹⁾.

El colegio Sagrado Corazón de Jesús del distrito de San Miguel de Aco perteneciente a la provincia de Carhuaz, no es ajena a la realidad que aqueja la salud pública hoy en día; en las prácticas pre profesionales, se observó casos de embarazos en adolescente y por ende la deserción escolar, así como el aumento de consultas por infecciones de transmisión sexual lo cual resulta preocupante y a su vez de suma importancia poder tener datos los cuales sustenten una elaboración de planes a fin de intervenir oportunamente para una mejor promoción de salud en salud sexual y reproductiva y también, saber el funcionamiento familiar y su relación con conductas sexuales de riesgo que todo adolescente se ve expuesto hoy en día.

Por tal motivo, se consideró realizar la presente tesis mediante la formulación del siguiente **problema** de investigación: ¿Cuál es la relación entre la disfuncionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes del colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz 2021?; tuvo como **objetivo general** determinar la relación entre la disfuncionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes del colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz 2021. **Los objetivos específicos** fueron: 1. Evaluar el nivel de disfuncionalidad familiar en adolescentes; 2. Identificar las conductas sexuales de riesgo en adolescentes. 3. Relacionar la disfuncionalidad familiar con las conductas sexuales de riesgo.

De esta manera la presente investigación consta de seis partes: En la primera parte, se da a conocer la hipótesis, variables y operacionalización de las mismas; en la segunda parte se describen los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio en el ámbito internacional, nacional y local; en la tercera parte, se exponen los materiales y métodos utilizados en el proceso de obtención de la información, procedimiento y análisis de la misma; en la cuarta parte se analizan los resultados y en la quinta parte se exponen y discuten los resultados principales de la investigación y por último, en la sexta parte, se presentan las conclusiones y recomendaciones del estudio; a su vez, en el anexo se incluye el instrumento de recolección de datos el cual fue utilizado en el estudio para la obtención de los datos, así como información relevante para la investigación.

La presente investigación se justifica porque las conductas sexuales de riesgo son un problema de salud pública que no solo aqueja a nuestra región y país, sino que también es un problema a nivel internacional, es por esta razón que el presente

estudio tiene relevancia social porque con los resultados obtenidos respecto a la influencia del rol familiar en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes, permitirá que se formule estrategias de intervención, planes de mejora y cronogramas de sesiones educativas familiares a fin de promover la comunicación y el apoyo familiar.

Los adolescentes tendrán una comunicación más eficiente con la familia incluyendo los temas de sexualidad, mayor conocimiento sobre salud sexual, con esto lograrán promover una conducta sexual saludable disminuyendo las conductas sexuales de riesgo.

Además, la investigación tiene valor teórico porque, aportará con información que hasta el momento era desconocido, surgiendo ideas, recomendaciones e hipótesis para futuros estudios; asimismo, los resultados obtenidos sirven para comparar con otros estudios similares a la investigación en el departamento de Ancash y la provincia de Huaraz.

La utilidad metodológica de la presente investigación se basó en que los resultados obtenidos serán presentados a las autoridades del colegio para que de esa manera se cuente con datos los cuales le permita proponer lineamientos orientados a los adolescentes y padres de familia sobre salud sexual con énfasis a las conductas sexuales de riesgo promoviendo las reuniones y talleres para su máxima difusión sobre las consecuencias que trae consigo este problema de salud.

La presente investigación fue viable, porque se dispuso de los recursos humanos y materiales; asimismo, la ejecución no demandó muchos recursos económicos siendo el tiempo de ejecución adecuado para la realización de un análisis detallado de los datos obtenidos, los mismos que fueron presentados en los resultados finales.

2. HIPÓTESIS

La disfuncionalidad familiar se relaciona significativamente con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes del colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz 2021.

2.1. VARIABLES:

- **Variable independiente:**

Disfuncionalidad familiar

- **Variable dependiente:**

Conductas sexuales de riesgo.

2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE INDEPENDIENTE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR	Incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada miembro, existencia de falta de liderazgo de los padres, resultando caótico e inconexo, generando malas relaciones entre los integrantes de la familia.	Comunicación	-Asertiva -Clara -Directa	- Leve - Moderada - Severa	Nominal
		Afectividad	-Sentimientos -Emociones	- Leve - Moderada - Severa	Nominal
		Confianza	-Empatía -Temores -Confianza de secretos	- Leve - Moderada - Severa	Nominal

		Reglas y roles	-Funciones -Deberes Derechos	- Leve - Moderada - Severa	Nominal
		Adaptación	-Equilibrio psicológico. -Solución de momentos críticos. -Manejo de problemas.	- Leve - Moderada - Severa	Nominal

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO	Exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona; son comportamientos en los que la persona arriesga su salud mediante prácticas sexuales inseguras.	Inicio de relaciones sexuales	-De 10 a 13 años -De 14 a 16 años -De 17 a 19 años	-Alto riesgo -Mediano riesgo -Bajo riesgo	Ordinal
		Parejas sexuales	- De 1 a 2 - De 2 a 4 - De 5 a más	-Alto riesgo -Mediano riesgo -Bajo riesgo	Ordinal
		Uso de métodos anticonceptivos	-En la primera relación sexual. -A veces al tener relaciones sexuales. -Siempre durante las relaciones sexuales.	-Alto riesgo -Mediano riesgo -Bajo riesgo	Ordinal

3. BASES TEÓRICAS

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

BOUNIOT, Samantha. (2017). **Conductas sexuales de riesgo en adolescentes estudiantes de primer año de pregrado de la Universidad San Sebastián: Estudio transversal.** Chile. Artículo de investigación. Tuvo como objetivo determinar la prevalencia de conductas sexuales de riesgo en adolescentes. Fue un estudio de corte transversal, descriptivo; la muestra estuvo conformada por 328 adolescentes; los datos fueron recolectados mediante un cuestionario con preguntas cerradas, siendo posteriormente procesados mediante el programa SPSS 22. Resultados: las conductas sexuales de riesgo con una prevalencia superior al 50% fueron: el inicio de la actividad sexual antes de los 18 años y haber tenido entre 2 y 5 parejas sexuales durante su vida coital activa. Al analizar las prácticas sexuales de manera independiente, el 45,1% de los sujetos estudiados practicaba sexo vaginal, el 2,72% sexo oral y el 1% sexo anal. El no uso de preservativos superó el 50% en mujeres. No obstante, la prevalencia de antecedente de embarazo adolescente o la percepción de haber tenido alguna ITS (Infección de Transmisión Sexual) diagnosticada por un profesional de salud fue inferior al 5%; Respecto al tipo de relación que mantenían con la persona con quien se iniciaron sexualmente, alrededor del 12% de los hombres señaló haberse iniciado con una persona desconocida, mientras que la mayoría de las mujeres declararon iniciarse con una persona conocida o su pareja. Llama la atención que aproximadamente el 30% de las mujeres haya indicado no haber utilizado algún MAC (Método Anticonceptivo) en su primera relación sexual. No obstante, al valorar el uso de MAC en los hombres este valor no superó el 23%. No obstante, al evaluar el uso de MAC en los últimos

12 meses, la mayoría de hombres y mujeres señalaron estar utilizando algún MAC. En el análisis comparativo de las conductas de riesgo según el sexo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la edad de inicio de la actividad sexual ($p=0,022$), en el número de parejas sexuales ($p=0,008$), y en el uso de preservativo durante la relación sexual ($p=0,001$). Conclusiones: más de la mitad de los estudiantes adolescentes mostraron conductas sexuales de riesgo⁽²⁰⁾.

BELTRÁN, Mayra. (2016). Alteración en la funcionalidad familiar y su asociación con la presencia de conductas de riesgo y la disminución en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adolescentes entre 13 y 18 años de edad, en un colegio de la ciudad de Quito, en el período lectivo 2015-2016, Pichincha–Ecuador. Ecuador. Tesis de postgrado. Tuvo como objetivo determinar la asociación entre la funcionalidad familiar, la presencia de conductas sexuales de riesgo y la alteración en la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes de 13 a 18 años. Estudio descriptivo, correlacional; la muestra estuvo conformada por 278 participantes; los datos fueron recolectados mediante un cuestionario y procesados mediante el programa SPSS versión 21. Resultados: 48.2% de sexo femenino, 51.8% masculino; 36.3% son adolescentes de 13 a 14 años, 30.6% de 15 a 16 años y 33.1% de 17 a 18 años; en relación a la función familiar, 54.7% presentan una función familiar normal; 41% presentan disfunción familiar y 4.3% una disfunción familiar severa. En relación a las conductas sexuales de riesgo, 83.1% no han tenido relaciones sexuales en el último año, mientras que 16.9% sí los tuvo; asimismo, 22.2% de adolescentes que presentan disfunción familiar han tenido actividad sexual en el último año ($p = 0.031$). Conclusiones: la

disfunción familiar se asocia con la presencia de conductas de riesgos, determinando dos veces más riesgo de consumo de drogas lícitas e ilícitas en los adolescentes con familia disfuncional en comparación con aquellos que presentan una familia funcional normal. Además, existe una asociación significativa entre el incremento de la edad en los adolescentes y la mayor presencia de conductas de riesgo (consumo de drogas lícitas, ilícitas y actividad sexual prematura) ⁽²¹⁾.

URIBE, Ana. (2016). **Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios**. Colombia. Artículo de investigación. Tuvo como objetivo determinar la caracterización de una muestra de jóvenes universitarios en relación con las conductas de riesgo en el ámbito sexual y reproductivo y la comunicación entre padres e hijos. Fue un estudio descriptivo, transversal; la muestra estuvo conformada por 473 estudiantes adolescentes; se utilizó como instrumento el cuestionario, siendo procesados en el programa Excel. Resultados: 30,4% de los participantes son hombres, 65,3% son mujeres; 85,6% de la muestra ha tenido relaciones sexuales, donde el 83,2% fueron vaginales, el 71,3% orales y el 29,6% anales. La media de edad de inicio de las relaciones sexuales de los universitarios es de 13,24 años; entre los universitarios que han tenido relaciones sexuales, el 62,9% asegura haber usado el preservativo en su primera relación sexual; 59,4% tuvo relaciones sexuales orales, donde el 10,6% usó preservativo y el 16,5% sostuvo relaciones sexuales anales, del cual el 12,7% usó preservativo en esta conducta sexual; 66,2% de los universitarios ha tenido relaciones sexuales con personas del sexo opuesto, el 9,3% con personas de su mismo sexo y el 1,5% con personas de ambos sexos; 37% de los jóvenes indicaron que no sabrían si su padre los apoyaría en el caso que desearan planificar, al igual que 23,5% indicaron que

no sabrían si su madre los apoyaría en esta misma decisión; existe una tendencia de los jóvenes a conversar más sobre temas de sexualidad con la madre que con el padre. Los temas que más reportaron hablar con la madre y el padre son los mismos, pero con diferencias en los porcentajes, enmarcados en temas como las relaciones de pareja (madre: 79,9% padre: 47,4%), el embarazo (madre: 75,9% padre: 39,1%) y la fidelidad (madre: 73,4% padre: 37,2%). Mientras que el tema menos hablado con la mamá es sobre relaciones sexuales orales (86,3%) y con el padre sobre la relación sexual anal (74,8%). Conclusiones: La comunicación es un recurso fundamental en los procesos de intercambios de vivencias, de ahí la importancia de las dinámicas familiares en el logro de una salud sexual y reproductiva sana y responsable ⁽²²⁾.

PONCE, Verónica. (2015). **Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de 12 a 18 años de edad**. Ecuador. Tesis de pregrado. Tuvo como objetivo determinar la relación existente entre el funcionamiento familiar y la conducta sexual de riesgo en los adolescentes que acuden a la Dirección Nacional de Policía Especializada para niños, niñas y adolescentes (Dinapen). Estudio no experimental, descriptivo y correlacional, de enfoque cuantitativo; la muestra estuvo constituida por 53 adolescentes; se utilizó como instrumento el cuestionario a través de la entrevista; los datos fueron procesados mediante el programa Excel. Resultados: 30.2% son de sexo masculino y 69.8% femenino; el mayor número de familias presentan una cohesión tipo no relacionados (33,96%), es decir que entre sus miembros existe una mínima vinculación emocional, no hay tiempos para compartir actividades recreativas o experiencias vividas, y difícilmente o pocas veces se ponen de acuerdo para tomar decisiones, o aceptar las amistades de los

otros miembros, vemos en un porcentaje mayor que las familias presentan funcionamiento familiar tipo rango medio (39,62%), es decir que un gran porcentaje de familias dentro del estudio presentan falencias en el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí y la habilidad de ellos para cambiar; el nivel que presentan el número mayor de adolescentes cuando se trata de rechazar relaciones sexuales en diferentes situaciones (41,51%) al igual que el uso del preservativo (41,51%) es alta, es decir que están seguros de decir no o rechazar tener relaciones sexuales con personas que conocen en menos de un mes; el nivel de autoeficacia en la conducta sexual de riesgo es de un promedio-alta (33,96%), es decir que los adolescentes no presentan un porcentaje alto en conductas sexual de riesgo. Conclusiones: Se evidencia la carencia de comunicación y creencias sobre este tema en la familia ⁽²³⁾.

GARCÍA, Lisseth. (2016). **Conducta sexual de riesgo en estudiantes adolescentes. Colegio Público Miguel de Cervantes. Mangua septiembre y octubre 2015.** Nicaragua. Tesis de postgrado. Tuvo como objetivo determinar la Conducta Sexual de Riesgo en Estudiantes Adolescentes del Colegio Público Miguel de Cervantes Managua, septiembre y octubre 2015. Estudio de tipo observacional, transversal, descriptivo y analítico, la muestra estuvo conformada por 200 adolescentes; el instrumento de recolección de datos fue mediante un cuestionario siendo procesados en el programa SPSS versión 21. Resultados: 54% son de sexo masculino y 46% de sexo femenino; en cuanto a su entorno familiar se encontró que el 38% de los adolescentes refirió que su padre no trabajaba y 34% que su madre tampoco no trabajaba lo que reflejaba el bajo nivel de ingreso de los padres y varios estudios han resaltado esto con conducta de riesgos. Al analizar el entorno familiar como

factor protector o de riesgo se observó que los adolescentes con padres separados tienen dos veces el riesgo de iniciar relaciones a temprana edad; 45% de los adolescentes referían estudiar y trabajar, al analizar esto con conducta de riesgo se observó que estos adolescentes tenían dos veces probabilidad de iniciar vida sexual y dos a tres veces fumar y uso de drogas. En relación al factor escolar más de la mitad repitió más de un año de estudio; al analizar la asociación se demostró que tienen tres veces más probabilidad de ser activos sexualmente. Analizando el comportamiento sexual el 40.5% de los encuestados habían iniciado vida sexual a edades tempranas. Al preguntarle sobre uso de preservativo, 53% de los varones negaron haberlo usado. En relación al consumo de cigarrillos, 23.5% de los adolescentes contestaron que sí; se encontró que los adolescentes que fuman tienen siete veces más probabilidad de haber iniciado tempranamente su vida sexual, seis a siete veces de consumir drogas o licor. Se observó que 68% de los adolescentes que ingerían licor eran sexualmente activos. El 19% de las mujeres refirieron embarazo y el 6% infección de transmisión sexual. Conclusiones: las conductas de riesgos de estos adolescentes están influenciadas principalmente por su entorno familiar, social, escolar e individual. Es evidente el papel que juega la familia y la asociación de las diferentes conductas de riesgo; son hallazgos que estuvieron presentes en más de la mitad de adolescentes ⁽²⁴⁾.

DOMINGUEZ, Inés. (2014). **Influencia de la familia en la sexualidad adolescente**. Cuba. Artículo de investigación. Tuvo como objetivo conocer el rol de la familia en la esfera sexual de los adolescentes y la repercusión en la salud reproductiva. Investigación cualitativa o interpretativa, la muestra estuvo conformada por 128 adolescentes de 14 y 15 años, el instrumento de recolección de

datos fue mediante el test descrito en la Carpeta Metodológica para Atención Primaria de Salud que permite clasificar las familias en funcionales o disfuncionales y es un cuestionario; los datos fueron analizados mediante el programa Microsoft Excel. Resultados: 100% de la muestra convive con al menos uno de sus padres, solo el 31% de los adolescentes vive con sus dos padres, mientras en el 69% restante solo está presente uno de los dos. En el 7% (9 casos) está ausente la figura materna y en el 36% la figura paterna; 52% pertenece a una familia disfuncional y el 48% a familias con características funcionales; si ha recibido información por parte de los padres acerca de los temas sexuales, la respuesta fue positiva en el 82 % de los elementos, sin embargo, refiere que esta es insuficiente u ocasional el 85%; para un 15%, consideran que esta es amplia y sistemática, es significativo que estos jóvenes se encuentran en el grupo de familias funcionales; al comparar padres e hijos se constata que los padres poseen elevados conocimientos sobre temas sexuales, sin embargo, los hijos recibieron calificaciones de regular o mal en el 78% de los casos; respecto a la comunicación entre padres e hijos, 57% de adolescentes refiere que es inadecuada; asimismo, en cuanto a las conductas sexuales de riesgo, 61% de adolescentes mantenían relaciones sexuales coitales, pero además, lo más llamativo es que 58 de ellos mantuvieron estas relaciones con más de 3 parejas diferentes en el último año lo que permitió clasificarlos como promiscuos en un 75%, fue indistintamente una práctica de mujeres y varones por igual. Toman bebidas alcohólicas 40% del total. Reconocieron fumar 30% y 10% refirieron consumir otras drogas; 47% de los adolescentes se encuentran altamente expuestos a las conductas sexuales de riesgo, 39% medianamente y 14% bajo. Conclusiones: La información recibida sobre sexualidad fue insuficiente, así como deficientes son sus

conocimientos a pesar de ser adecuada la comunicación entre padres e hijos. Todos estaban expuestos a factores de riesgo reproductivo y los miembros de familias disfuncionales fueron los más vulnerables⁽²⁵⁾.

SANCHEZ, Ricardo. (2014). **Apoyo, supervisión y comunicación con padres y su relación con el comportamiento sexual de jóvenes en Conflicto con la ley.**

México. Artículo de investigación. Tuvo como objetivo conocer el perfil del comportamiento sexual de riesgo de adolescentes que se encuentran en conflicto con la ley, y analizar la influencia que ejercen los padres sobre dicho comportamiento, considerando el nivel de apoyo y supervisión que sus hijos perciben de ellos, así como la frecuencia con la cual se comunican sobre temas vinculados al cuidado de la salud sexual. Fue un estudio descriptivo, cuantitativo; la muestra estuvo conformada por 320 jóvenes de 16 a 24 años; los instrumentos de recolección fueron mediante el cuestionario, los resultados fueron procesados mediante el programa Excel. Resultados: correspondientes a la primera relación sexual muestran que los adolescentes iniciaron su vida sexual en promedio a los 13.98 años (DE=1.47), el 45% reportó haber planeado esta relación y sólo un 50.5% usaron el condón masculino. En relaciones sexuales subsecuentes se encontró que una proporción importante de los adolescentes han practicado sólo relaciones sexuales vaginales (39.10%), aunque también una proporción semejante reportaron practicar sexo vaginal, anal y oral (36.30%). El porcentaje de adolescentes que usaron condón cuando tuvieron sexo vaginal, anal y oral fue de 68.1%, 45% y 33.7%, respectivamente. También se encontró que el 64.70% y el 54.70% de los participantes reportó haber tenido sexo bajo los efectos del alcohol o drogas, respectivamente; el 92% de quienes llevaron a cabo estas prácticas, no utilizaron el

condón. En su última relación sexual, sólo el 43.5% reportó haber usado el condón. En promedio los participantes reportaron haber tenido 7.13 parejas sexuales; 17.4% han tenido un embarazo no planeado, el 9.8% un aborto y el 1.9% alguna ITS (Infección de Transmisión Sexual); ningún adolescente reportó estar infectado por el VIH (virus de inmunodeficiencia humana), sin embargo, el 90% indicó que nunca se ha realizado alguna prueba para detectarlo; un hallazgo interesante de este estudio fue que los adolescentes reportaron percibir mucho apoyo y supervisión tanto de sus padres como de sus madres, aunque en mayor medida de sus madres, y en el mismo sentido dijeron comunicarse con frecuencia con ambos padres sobre temas vinculados al cuidado de su salud; además se determinó que a pesar de tener buena comunicación con sus padres, llevan a cabo conductas que ponen en riesgo su salud sexual, pues a su corta edad ya han tenido en promedio siete parejas sexuales, sexo vaginal, anal y oral y relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y de las drogas sin usar el preservativo. ⁽²⁶⁾

CELVERA, Georgina. (2014). Apoyo familiar para la conducta sexual segura y su relación con la incertidumbre sexual en jóvenes universitarios. México. Tesis de postgrado. Tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el apoyo familiar para la conducta sexual segura y la incertidumbre sexual en jóvenes de una Universidad Pública de Villahermosa, Tabasco. Fue un estudio descriptivo correlacional, teniendo como muestra a 247 jóvenes universitarios, los instrumentos fueron el cuestionario, los datos fueron procesados mediante el programa Microsoft Excel. Resultados: el apoyo familiar para la conducta sexual segura que perciben los jóvenes en general es regular, la incertidumbre sexual en los jóvenes no presenta niveles altos, respecto al apoyo familiar se encontraron hallazgos que nos muestran

que el sexo masculino percibe mayor apoyo familiar (Mdn=51) que las mujeres (Mdn=46; U=5470; p<.001). En cuanto a la incertidumbre sexual con el género no se encontraron diferencias significativas (U=7154.00, p=864). Se encontró una débil correlación entre el apoyo familiar para la conducta sexual segura y la incertidumbre sexual (rS=143, p<05). Como hallazgo adicional se encontró que a medida que el joven avanza en su carrera, la incertidumbre sexual es menor (rS =147, p<05). Conclusiones: el apoyo familiar en ambos sexos se determinó con diferencias significativas, siendo los varones quienes perciben mejor el apoyo familiar, mientras que en las mujeres el apoyo es muy vago según percepción de las mismas ⁽²⁷⁾.

ROJAS, Jairan. (2017). **Conductas sexuales de riesgo y problemas sexuales en adolescentes de secundaria de la Institución educativa particular Cybernet, 2017**. Lima, Perú. Tesis de pregrado. Tuvo como objetivo determinar la relación entre las conductas sexuales de riesgo y los problemas sexuales en el adolescente de secundaria de la Institución Educativa Particular Cybernet durante el año 2017. Estudio de método descriptivo, diseño correlacional de corte transversal, de tipo cuantitativa. La muestra estuvo conformada por 111 alumnos de secundaria. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario, los datos fueron procesados mediante el programa SPSS versión 22. Resultados: 29.73% de los estudiantes presentan un nivel bueno de conducta sexual, 46.85% presentan un nivel regular y 23.42% un nivel malo; 8.11% presentan un nivel alto con respecto a la variable problemas sexuales, el 17.12% presentan un nivel medio y un 74.77% un nivel bajo. Conclusiones: la conducta sexual de riesgo está relacionada directa y positivamente con los problemas sexuales ⁽²⁸⁾.

CASTILLO, Luz. (2016). **Apoyo social y su relación con las conductas sexuales de riesgo de adolescentes. Institución Educativa Víctor Raúl. Víctor Larco, 2016.** Trujillo, Perú. Tesis de pregrado. Tuvo como objetivo determinar la relación del apoyo social con las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de la Institución Educativa Víctor Raúl. Fue un estudio de tipo descriptivo, correlacional, diseño no experimental y corte transversal; la muestra estuvo constituida por 60 estudiantes del 4to y 5to de secundaria; los datos fueron recolectados mediante cuestionarios, siendo procesados en el programa SPSS versión 22. Resultados: respecto al apoyo social, 45% lo percibe como alto, 33.3% en promedio y 21.7% bajo; respecto a las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes, 68.3% se encuentran en no riesgo, y 31.7% en riesgo; la prueba correlacional evidencia una correlación significativa entre el apoyo social y las conductas sexuales de riesgo, en vista que 38.3% de adolescentes quienes se encuentran en no riesgo, perciben un alto apoyo social, y 20% de quienes se encuentran en riesgo, evidencian bajo apoyo social. Conclusiones: Resulta evidente que el apoyo social se encuentra estrechamente relacionado con las conductas sexuales de riesgo del adolescente, por lo que mientras se imparta mayores valores, comunicación entre padres, amistades, y, sobre todo, diálogo sobre la sexualidad responsable, se promoverá una conducta sexual saludable en el adolescente ⁽²⁹⁾.

RAFAEL, Marlom. (2016). **Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016.** Lima, Perú. Tesis de pregrado. Tuvo como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo

febrero de 2016. Estudio observacional y descriptivo. Se contó con una muestra de 128 adolescentes a quienes se administró un cuestionario sobre conductas sexuales, experiencias sexuales y funcionalidad familiar. El análisis se realizó en el software SPSS 22. Resultados: La edad promedio de los adolescentes fue 16,9 años, siendo principalmente menores de edad (58,8%), de sexo femenino (98,3%) y de grado de instrucción de secundaria (96,6%). La disfuncionalidad familiar estuvo presente el 81,4% de adolescentes. Se encontró que “el número parejas sexuales igual o mayor a dos”, las “relaciones sexuales con consumo simultaneo de drogas o alcohol” y tener una “experiencia sexual mayor” no se asociaron a la disfuncionalidad familiar ($p>0,05$); mientras que “el uso de métodos anticonceptivos de barrera” ($p=0,007$), “haber presentado alguna ITS” ($p=0,015$) y una menor edad de inicio de relaciones sexuales si se asociaron con la disfuncionalidad familiar. Conclusiones: El uso de métodos anticonceptivos de barrera, haber presentado alguna ITS y la edad de inicio de relaciones sexuales como expresión de la conducta sexual se asociaron a la disfuncionalidad familiar ⁽³⁰⁾.

YALÁN, Betsi. (2016). **Conductas sexuales de riesgo en adolescentes del Colegio Fe y Alegría N°41 La Era-Ñaña**. Lima, Perú. Tesis de pregrado. Tuvo como objetivo Determinar las conductas sexuales de riesgo en los estudiantes adolescentes del Colegio Fe y Alegría N°41, La Era, Ñaña, 2016. Fue un estudio descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 205 estudiantes de ambos sexos con edades de 13 a 18 años, el instrumento de recolección de datos fue mediante un cuestionario, los datos fueron procesados mediante el programa SPSS versión 22. Resultados: 35.6% ya han iniciado relaciones sexuales y 64.4% no iniciaron su vida sexual; los estudiantes quienes

refieren trabajar presentan 2,3 veces más de riesgo para la iniciación de relaciones sexuales; los que ya reciben algún pago presentan 2 veces más riesgo para la iniciación de relaciones sexuales; estudiantes quienes dejaron de estudiar por 1 año, presentan 5,8 veces más de riesgo para la iniciación de relaciones sexuales; sin embargo, aquellos estudiantes que refirieron que sus madres tienen un segundo compromiso, presentan 2,2 veces más de riesgo para el inicio de relaciones sexuales, quienes han recibido maltrato físico o verbal alguna vez, presentan 3 veces más de riesgo para la iniciación de una relación sexual. Conclusiones: El entorno familiar, económico, escolar y social juegan un rol muy importante como factores protectores, como también de riesgo para una conducta sexual desfavorable en los adolescentes, como el inicio temprano de las relaciones sexuales. El consumo de drogas tales como la marihuana, el alcohol, la no utilización del preservativo en su primera experiencia sexual como el uso no constante de este, el abandono del hogar, los embarazos y la realización de la prueba del VIH fueron las conductas de riesgo que más resaltaron en esta investigación de contraer alguna ITS ⁽³¹⁾.

AGUIRRE, Yanira. (2015). **Consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas-2014**. Amazonas, Perú. Tesis de pregrado. Tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas 2014. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, de nivel relacional de tipo observacional, transversal y analítica; la población estuvo conformada por 44 estudiantes del quinto grado de secundaria. La recolección de datos fue mediante dos cuestionarios y los datos fueron procesados mediante el

programa Excel. Resultados: 86.4% de adolescentes no presentan riesgo de consumo de alcohol, 11.4% presentan mediano riesgo y 2.3% alto riesgo; en relación a las conductas sexuales de riesgo, 75% tiene conductas sexuales de bajo riesgo, 22.7% presenta conductas sexuales de mediano riesgo y 2.3% presenta conductas de alto riesgo. Conclusiones: Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes en estudio, evidenciándose que la mayoría de estudiantes presentan un consumo de alcohol en un nivel sin riesgo y conductas sexuales de bajo riesgo ⁽³²⁾.

MENDOZA, Analí. (2014). Relación entre funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo en estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas-2013. Perú. Tesis de pregrado. Tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza. Fue un estudio de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, prospectivo, cuantitativo, la muestra estuvo conformada por 77 estudiantes; para la recolección de los datos se usó un test de funcionamiento familiar y la escala de conductas sexuales de riesgo, los datos fueron procesados mediante el programa SPSS versión 20. Resultados: 47.8% de adolescentes refieren que el funcionamiento familiar es moderadamente, 41.3% es funcional y 10.9% disfuncional, respecto a las conductas sexuales de riesgo, 52.2% tienen conductas sexuales de bajo riesgo, 43.5% mediano riesgo y 4.3% de alto riesgo. Conclusiones: la correlación indica que a mayor funcionalidad familiar los adolescentes presentan

conductas sexuales de bajo riesgo ⁽³³⁾.

BOLAÑOS, Olgiza. (2016). Conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en adolescentes del 5to grado de educación secundaria, Institución educativa Erasmo Roca. Chimbote. 2015. Perú. Tesis de postgrado. Tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y la conducta sexual de riesgo de los adolescentes del 5to grado de educación secundaria de la institución educativa Erasmo Roca de Chimbote, 2015. Fue un estudio cuantitativo, de diseño descriptivo, correlacional, de corte transversal; la población estuvo conformada por 39 alumnos, los datos fueron recolectados mediante un cuestionario, siendo procesados mediante el programa Excel. Resultados: 43.6% de adolescentes tienen regular conocimientos sobre salud sexual, 30.8% buenos conocimientos y 25.6% deficiente; 56.4% de adolescentes presentan adecuadas conductas sexuales, y 43.6% presenta conductas sexuales de riesgo. Conclusiones: se evidenció en el estudio la no existencia de una relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual con la conducta sexual de riesgo ⁽³⁴⁾.

CARRASCO, Josefina. (2017). Factores asociados a la conducta sexual en adolescentes, academia preuniversitaria Integral, Huaraz, 2015. Perú. Tesis de pregrado. Tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la conducta sexual en adolescentes de la academia preuniversitaria Integral. Estudio prospectiva y correlacional; la muestra estuvo conformada por 120 adolescentes; el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario, la información obtenida fue procesada mediante el programa SPSS versión 20. Resultados: 56.7% de adolescentes mantienen conductas sexuales de riesgo y 43.3% no manifiestan dichas conductas;

en relación a la estructura familiar, 30.8% de adolescentes quienes viven con ambos padres, no presentan conductas sexuales de riesgo, mientras que 29.2% de adolescentes quienes viven con solo madre o padre, presentan conductas sexuales de riesgo; 42.5% de adolescentes quienes han presenciado violencia familiar en el hogar, presentan conductas sexuales de riesgo; asimismo, las variables que evidenciaron mayores valores de asociación significativa son: la comunicación deficiente con la familia sobre temas de sexualidad (63.3%); estructura familiar disfuncional en 49.2% y consumo de bebidas alcohólicas en 71.7%. Conclusiones: Los factores asociados a la conducta sexual en adolescentes de la academia preuniversitaria son los factores personales, socio-culturales y familiares ⁽³⁵⁾.

3.2. MARCO TEÓRICO

A. LA FAMILIA

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial"⁽³⁶⁾.

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella. Ello indica que la familia está ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea ⁽³⁷⁾.

La familia es el núcleo y soporte fundamental de la sociedad. En ella, el ser humano

nace, crece y se desarrolla. Lo ideal es que, en este ambiente natural, sus miembros mantengan relaciones interpersonales estables compartiendo y satisfaciendo sus necesidades básicas. Estas relaciones interpersonales deben ser íntimas, afectuosas, respetuosas, cuando las condiciones de vida permitan a sus miembros desarrollarse como personas autónomas y sociales a la vez ⁽³⁸⁾.

La familia es y seguirá siendo la red básica de relaciones sociales y elemento fundamental de cohesión social; es irremplazable en las funciones de socialización temprana, de desarrollo de la afectividad de transmisión de valores, de fijación de pautas de comportamiento, y de satisfacción de las necesidades básicas de los seres humanos. Junto a sus históricas y decisivas funciones afectivas y morales, la familia cumple funciones esenciales para el bienestar colectivo, es una fuente importante de creación del capital humano, espacio donde se siembran las semillas de ciudadanía democrática y de relaciones de equidad de género, para el desarrollo de una cultura de participación, de paz y de ciudadanía ⁽³⁷⁾.

a.1. Tipos de familia:

- Familia nuclear: compuesta por padre, madre e hijos.
- Familia extensa: en la que a la familia nuclear se agregan otros parientes: abuelos, tíos, primos, etc.
- Familia monoparental o con un solo cónyuge: familia nuclear o extensa donde existe un solo progenitor como producto del deceso, separación o por abandono familiar. La madre abandonada con sus hijos es uno de los casos más frecuentes de este tipo de familia ⁽³⁸⁾.

a.2. Funciones básicas de la familia:

La familia como fundamento de la sociedad, tiene como función primordial

protegerse, defenderse y respetarse recíprocamente en su identidad física y psicológica entre todos sus miembros. Es así que las funciones que la familia tiene responden a dos objetivos principalmente:

Interno: a cargo de la protección integral de sus miembros en todas sus dimensiones:

- **Biológica**, velar por el sustento y bienestar de sus integrantes, para satisfacer necesidades tales como: alimentación, vivienda, salud, vestido, educación y necesidades secundarias ⁽²³⁾.
- **Psicológica**, al brindar un lugar de descanso para recuperarse de tensiones, al saber que es aceptado, y de participación donde pueda intervenir en las decisiones individuales y grupales ayudando y siendo ayudados, como consecuencia fortalecerá o debilitará la personalidad del individuo⁽²³⁾.
- **Social**, actuando como grupo de control al enseñar a sus miembros a comportarse de forma socialmente aceptable a través de castigos o premios, y de modelos de imitación e identificación, para aprender a reaccionar y actuar en diferentes situaciones ⁽²³⁾.

Las primeras personas que inculcan y enseñan el autoconocimiento, la autovaloración y la formación de un buen nivel de autoestima en los hijos, son los padres. Se conoce que una autoestima adecuada en los miembros de una familia es reflejo de buen clima familiar, basada en comunicación y cohesión familiar ⁽³³⁾

Todo indica que la familia tiene un rol vital en la formación del niño y el adolescente en cuanto a su personalidad, la misión de los padres o apoderados de los menores en el hogar implica orientarlos para evitar malas conductas, y

mayor seguridad para tomar decisiones y no hacer problemas sociales como la drogadicción, pandillaje.

- **Espiritual**, como fuente de información y transmisión de valores, velando por mantener el bienestar, seguridad y confianza para genera una buena autoestima en cada miembro ⁽²⁴⁾.

Externo: Hace referencia a la acomodación a una cultura y la transmisión de la misma a través de la educación y enseñanza de las tradiciones, lo correcto e incorrecto en el medio en que se desarrollan, continuadas y preservadas por las generaciones ⁽²⁵⁾.

La familia es el primer agente socializador de los hijos. Desde que la madre está en periodo de embarazo inicia la comunicación del menor con ella a través de las sensaciones, luego al nacer y crecer los primeros en enseñarle a comunicarse son los padres y las personas que conviven con él en el hogar.

Cada familia va transmitiendo a los menores el lenguaje, los elementos culturales del medio en que se desenvuelve, valores y principios, etc. toda interrelación entre los miembros de la familia debe estar basada en el sentimiento de apego y amor como lazos afectivos entre los mismos ⁽²⁴⁾.

a.3. Funcionamiento familiar:

La funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no depende de la ausencia de problemas dentro de ésta sino, por el contrario, de la respuesta que muestra frente a las dificultades; de la manera como se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro ⁽²³⁾.

Un funcionamiento familiar saludable, implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Al hablar de dinámica familiar, nos referimos al

establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las que se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí, y en relación con el grupo en su conjunto. Entre las cualidades que se destacan de un buen funcionamiento familiar son; la adaptabilidad o flexibilidad, la cohesión, control, el clima emocional, la comunicación efectiva, el buen afrontamiento y resolución de problemas, la confianza ⁽³⁹⁾.

El contexto familiar se desarrolla dentro del ámbito social, por lo cual es de vital importancia que pueda irse adaptando a los cambios, tanto en el medio como en las etapas de crecimiento de los hijos, así mismo el nivel de cohesión irá oscilando de acuerdo al estilo de comunicación e interrelación entre sus miembros. Cuando la familia no mantiene un equilibrio entre estas dimensiones, los conflictos comienzan a acentuarse llegando a minimizar su rol principal de protección para convertirse en un factor de riesgo para los miembros y desencadenando en ellos problemas en cuanto a salud mental ⁽⁴⁰⁾.

Las diversas características de las familias funcionales generan los motivos, patrones y hábitos implicados en el comportamiento y conductas generadas que actúan como protectores de salud y desarrolla recursos de apoyo en las funciones inherentes para la satisfacción de las necesidades y el cuidado de sus integrantes, y así evitar o minimizar la producción de conductas de riesgo que por el contrario serán desencadenantes de enfermedad, sin un apoyo adecuado ⁽²⁸⁾.

a.4. Tipos de familia según su funcionalidad:

- **Familia funcional:** Son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin

ostentar posiciones de primacía artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan, contribuyen y cooperan igualmente y con entusiasmo por el bienestar colectivo, todos los miembros han aprendido a cumplir con sus responsabilidades, a dar y recibir amor; existiendo respeto entre sus miembros, comunicación adecuada, apoyo entre todos y enfrentamiento de conflictos con una adecuada madurez ⁽²⁴⁾.

- **Familia Disfuncional:** Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de los miembros; aunque pueda existir el deseo de encargarse y proteger a los niños, no se sabe o no se entiende claramente cómo hacerlo en una forma natural y espontánea, además de ello, en este tipo de familia existe la falta de liderazgo de los padres resultando caótico, inconexo y aleatorio ⁽²⁴⁾.

a.5. Dimensiones del funcionamiento familiar:

Para poder hablar de estado de salud adecuado es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia" y de ahí que consideramos muy importante también para su salud, su modo de vida familiar ⁽⁴¹⁾.

Las dimensiones del funcionamiento familiar son:

- **Comunicación:** donde los miembros de la familia intercambian ideas, pensamientos de manera asertiva, así como experiencias de forma clara y directa.
- **Afectividad:** es la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

- **Confianza:** donde cada miembro de la familia tiene empatía, no existe el temor al momento de confiar secretos, esta relación es principalmente entre padres e hijos.
- **Reglas y roles:** basada a las pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar.
- **Adaptación:** ajuste y equilibrio de la familia para lograr que ésta sea capaz de desarrollarse y enfrentar los momentos críticos de una manera adecuada y mantener el equilibrio psicológico de sus miembros ⁽⁴¹⁾.

B. LA ADOLESCENCIA:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es definida como una etapa de transición entre la infancia y la adultez, que está comprendida entre los 10 y 19 años ⁽⁴²⁾.

La adolescencia es la etapa de la vida en la que se producen diversos cambios biopsicosociales y culmina con su incorporación plena a la sociedad cuando la persona alcanza la madurez en estos procesos, lo que implica el desarrollo de su sexualidad impresa en toda la vida como unidad integral en el ser humano. Sin embargo, en la adolescencia este aspecto es de suma importancia porque es en este período donde se fortalece el autoconocimiento y el desarrollo e identidad de sí mismo ⁽⁴³⁾.

Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los

miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas ⁽⁴⁾.

La adolescencia es una etapa de cambios importantes, necesarios para llegar a la vida adulta, en todas sus áreas: biológica, psicológica y social; 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⁾.

b.1. Etapas de la adolescencia:

b.1.1. Adolescencia temprana: comprendida entre los 10 a 13 años de edad; se caracteriza por el inicio de la maduración sexual, donde los cambios fisiológicos son muy evidentes tanto para el individuo como para quienes lo rodean evidenciando así preocupación por las modificaciones que su cuerpo está sufriendo ⁽³³⁾.

b.1.2. Adolescencia media: Comprende desde los 14 hasta los 16 años. Es el periodo de máxima interrelación con sus semejantes, siendo esta cercanía selectiva dependiente de las actividades que realice. En esta etapa se establece la identificación sexual y la separación de la familia se hace más real con grandes conflictos con los padres ⁽²³⁾. Para muchos es el inicio de experiencias y actividades sexuales, asume conductas omnipotentes casi generadoras de riesgos, están en la búsqueda de relaciones sexuales superficiales que son progresivamente más cercanas y van desde el enamoramiento a las primeras aproximaciones físicas. Se preocupan por su apariencia física, desean poseer un cuerpo más atractivo y manifiestan fascinación por la moda ⁽³⁸⁾.

b.1.3. Adolescencia tardía: Abarca entre los 17 y los 19 años. Se caracteriza

por una completa maduración física, social y legal entre los 17 y los 19 años. 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 ⁽²⁹⁾.

b.2. Cambios en la adolescencia:

Cambios biológicos: Los cambios en la adolescencia están dados por el crecimiento en la talla que se produce en la pubertad. En las mujeres, el crecimiento rápido se produce a los 9 años de edad, generalmente dos años antes de la menarquía, su primera manifestación de la pubertad, constituye el brote o botón mamario, seguido de la aparición del vello púbico. La menarquía ocurre después del inicio del desarrollo del vello púbico. En los varones, el crecimiento rápido comienza a los 11 años de edad, generalmente dos años después de la mujer, acompañado del inicio del cambio de voz. Su desarrollo sexual, es más tardío en comparación con las mujeres, iniciándose a los 13 o 14 años, siendo su primera manifestación de pubertad el crecimiento y aumento del volumen de los testículos, que empiezan a producir millones de espermatozoides y la eyaculación durante el sueño o la masturbación, luego empieza la aparición del vello púbico y aumenta el tamaño y grosor del pene ⁽⁴⁴⁾.

Cambios psicológicos: La adolescencia es quizás la época más complicada, estos son más conscientes y están seguros que todo el mundo los observa. Según estudios realizados se ha comprobado que los(as) adolescentes que maduran rápido son equilibrados, calmados, amables y populares⁽⁴⁴⁾.

b.3. Sexualidad en la adolescencia:

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 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 ⁽⁴⁵⁾.”

b.4. Conductas sexuales de riesgo en la adolescencia:

La conducta sexual de riesgo está definida como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona. Las enfermedades de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados constituyen los principales problemas asociados a la conducta sexual de riesgo. Son frecuentes en la adolescencia llegando a ocupar el 50% de todas las consultas por ITS ⁽²⁹⁾.

En tal sentido las conductas sexuales de riesgo son todos aquellos comportamientos en los que el ser humano arriesga su salud mediante prácticas sexuales inseguras en donde no se eliminan los riesgos de transmisión de enfermedades. Entre ellas se puede destacar: tener relaciones sexuales con múltiples parejas (se trate de parejas estables u ocasionales) y no usar efectiva y consistentemente preservativo en todas y cada una de sus relaciones sexuales con penetración ⁽³²⁾.

El comportamiento sexual se considera una práctica por el hecho de ser construido y compartido socialmente en el ejercicio de la sexualidad. Las conductas sexuales,

se definen como el conjunto de actitudes tendentes a estimular el erotismo personal y de la pareja, debe distinguirse de la conducta sexual de riesgo. Es común encontrar como sinónimos los términos de prácticas y conductas sexuales ⁽²⁴⁾.

Entre las principales conductas sexuales de riesgo en la adolescencia se tiene:

b.4.1. Inicio precoz de relaciones sexuales: El adolescente tiende a querer descubrir cosas nuevas y experimentarlas. El iniciar precozmente relaciones sexuales pone en riesgo muchos aspectos de su crecimiento y desarrollo, al no estar preparado para este tipo de experiencias íntimas puede causar que la percepción frente a este hecho sea tanto negativa como positiva a esto se agrega el entorno que rodea al adolescente ⁽³²⁾.

b.4.2. Más de una pareja sexual (promiscuidad): constituye un gran riesgo para la salud sexual del adolescente, ya que, por la vulnerabilidad y variabilidad de sus emociones, tienen a probar diversas experiencias. Hoy en día los adolescentes consideran que tener mayor experiencia es mejor contrario a la mojigatería, cosas que según el grupo de pares es común y normal entre ellos⁽²⁴⁾.

b.4.3. Cambio frecuente de parejas: Ya que a esta edad el adolescente no posee madurez emocional y su propia personalidad cambiante hace que constantemente experimente ilusión por el sexo opuesto llegando así a enamorarse en un momento como olvidar de una manera rápida ⁽²⁴⁾.

b.4.4. No uso de métodos anticonceptivos: Al practicar sexo inseguro, es decir el no utilizar métodos de protección (anticonceptivos hormonales y/o preservativo) contra ITS, VIH- SIDA y/o embarazos no deseados ya sea por desconocimiento o por omisión, es una de las conductas sexuales riesgosas más

comunes que podemos observar entre los adolescentes que instigados por la curiosidad de conocer pone en riesgo su salud ⁽³²⁾.

b.4.5. Inadecuado uso de métodos anticonceptivos: tener la información y/o conocimiento oportuno y verídico acerca de las diversas alternativas de anticoncepción y prevención de ITS es fundamental para los adolescentes, muchos de ellos cometen errores por una inadecuada información ya sea por vergüenza, temor, en otros casos simplemente se observa la omisión ⁽²⁴⁾.

b.4.6. Prácticas de sexo oral-genital y génito-anal sin protección: Estas vías contienen un gran riesgo de infección generalmente son más susceptibles más mujeres que los varones, a ello se suma el desconocimiento que poseen sobre este riesgo, tienen prácticas sexuales por vías no naturales a fin de experimentar no solo ocasionando un posible daño físico sino también daño psicológico al no sentir lo que esperan o ser un acto desagradable ⁽²⁴⁾.

b.4.7. Relaciones fugaces

Este tipo de relaciones es muy común en adolescentes, ya que buscan conocer y experimentar, consiste en relaciones de corta duración, es decir ocasionales, una relación donde no se llegan a conocer lo suficiente como para poder construir algo más serio y conocerse más y lograr un respeto mutuo ⁽³²⁾.

b.5. Rol de la familia y conductas de riesgo adolescente:

La familia cumple varias funciones importantes en el desarrollo de sus miembros, modela sentimientos, ofrece patrones de conductas, pautas y normas de convivencia, un adecuado vínculo y funcionamiento familiar con disponibilidad de tiempo de los padres hacia los hijos, comunicación, rituales familiares, cohesión, adaptabilidad y actividades en conjunto se han descrito como factores que

disminuyen significativamente las conductas de riesgo o predisponentes en el adolescente ⁽⁴⁶⁾.

El proceso de socialización familiar se reconoce como uno de los factores determinantes en la génesis y mantenimiento de las conductas de riesgo, al constituirse en la base del desarrollo de las características individuales del adolescente tales como su personalidad, autoconcepto, valores y habilidades de comunicación entre otros. La falta de internalización de normas y resolución dialogada de conflictos en las relaciones interpersonales familiares, dificulta la adaptación efectiva y aumenta la probabilidad de conductas autodestructivas y de riesgo en el adolescente ⁽⁴⁶⁾.

Se han identificado algunos factores de riesgo individual como la falta de autocontrol, baja autoestima, bajo rendimiento escolar, deserción escolar y ausencia de plan de vida, asociados a conductas de riesgo como la depresión, adicciones e ideación suicida, que se asocian a familias con bajos niveles de cohesión, desapegadas, de menores ingresos, con una escasa contención emocional brindando escaso soporte para enfrentar las tareas propias de esta etapa. La relación familiar entre padres e hijos es una interacción que afecta a ambos agentes sociales y puede generar beneficios o daños potenciales para ambas partes, en este sentido la percepción de los estilos de crianza parentales se ha transformado en un importante tema a estudiar ⁽³⁹⁾.

C. TEORÍA DE ENFERMERÍA:

c.1. Teoría de Doroty Johnson “Modelo de Sistemas conductuales”.

El modelo desarrollado por Johnson publicada el año 1968, promueve el funcionamiento conductual eficiente y efectivo del paciente para de esa manera

prevenir enfermedades. Las personas son un sistema conductual, conformado por siete subsistemas (dependencia, alimentación, eliminación, sexual, agresividad, realización y afiliación) donde cada subsistema tiene objetivos estructurales: meta predisposición a actuar, centro de la acción y conducta, y objetivos funcionales como: protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento. Estos objetivos tratan de mantener al individuo en un sistema balanceado, pero la interacción ambiental puede ocasionar inestabilidad y problemas de salud producto del estrés y tensión de dicha interacción ⁽²⁴⁾.

Dentro de este modelo la enfermería es una fuerza externa reguladora e intermediadora que actúa en la relación del individuo y el medio ambiente, cuando el comportamiento constituye una amenaza para la salud biopsicosocial o enfermedad, para así restablecer y preservar la organización e integración adecuada del comportamiento del paciente en un óptimo nivel de equilibrio. Según este modelo los estudiantes adolescentes son un sistema abierto de comportamientos interrelacionados con el medio, que están buscando constantemente equilibrio estable mediante como se van adaptando a la sociedad ⁽³²⁾.

c.2. Teoría de Nola Pender “Modelo de promoción de la salud”.

Refiere que las bases que considera en enfermería, en desarrollo humano, en psicología experimental y en educación la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de enfermería, y el aprendizaje de la teoría como bases para el modelo de promoción de la salud. Esta teoría lo aplica la enfermera en las actividades de Promoción de la Salud hacia el adolescente, permitiendo el conocimiento sobre salud sexual que favorece al desarrollo de una conducta segura,

libre de riesgos no apropiados para su edad, así mismo considera la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta, es de gran importancia para el modelo de la promoción de la salud, además la teoría del aprendizaje social, denominada actualmente teoría cognitiva social, incluye las auto creencias como la auto atribución, autoevaluación y auto eficiencia, es más el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana descrito por Feather, que afirma que la conducta es racional y económica, y por último el modelo de Promoción de la Salud se diferencia del Modelo de Creencia en Salud por que no tiene cabida el miedo o la amenaza como fuente de motivación para la conducta sanitaria ⁽²⁹⁾.

Principales conceptos y definiciones que se encuentran en el modelo de promoción de la salud son: Factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta. Los cuales son los factores personales biológicos que incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio, además los factores personales psicológicos que incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud y los factores personales socioculturales que incluyen variables como la raza, la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico ⁽²⁶⁾.

Es uno de los modelos más predominantes en promoción de la salud en enfermería; según esta teoría los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas

concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que las inducen a conductas o comportamientos determinados que se relacionan con la toma de decisiones o conductas ⁽⁴²⁾.

3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

- a) **Familia:** Es el núcleo y soporte fundamental de la sociedad; en ella el ser humano nace, crece y se desarrolla; son los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio ⁽³⁷⁾.
- b) **Disfunción familiar:** Incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada miembro, existencia de falta de liderazgo de los padres, resultando caótico e inconexo ⁽³⁸⁾.
- c) **Adolescencia:** Etapa de transición entre la infancia y la adultez, que está comprendida entre los 10 y 19 años ⁽⁴²⁾.
- d) **Conductas sexuales de riesgo:** Comportamientos en los que el ser humano arriesga su salud mediante prácticas sexuales inseguras en donde no se eliminan los riesgos de transmisión de enfermedades ⁽³²⁾.

4. MATERIALES Y MÉTODOS.

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Según su propósito o finalidad: Descriptivo, porque buscó describir las características y rasgos importantes del fenómeno en estudio, describiendo las tendencias de la población.

Según su enfoque o carácter: Cuantitativo, porque se recolectó los datos en base a la medición numérica y análisis estadístico contrastando la hipótesis del estudio.

Por su cronología: Prospectivo porque se realizó de acuerdo al tiempo de estudio.

Según su nivel de conocimiento que se adquiere: Correlacional, porque se determinó la relación que existe entre ambas variables en la misma unidad de investigación o sujeto de estudio ⁽⁴⁷⁾.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño empleado en el presente estudio fue no experimental, debido a que no se realizó manipulación alguna de los sujetos de estudio en la recolección de datos, asimismo, fue un estudio transversal, porque se estudió a la unidad de análisis en un solo momento del periodo de estudio ⁽⁴⁸⁾.

POBLACIÓN Y UNIVERSO

El estudio se realizó en el distrito San Miguel de Aco provincia de Carhuaz, la población objeto de estudio estuvo conformada por los estudiantes adolescentes quienes cursan el nivel secundario en los niveles de 3ro, 4to y 5to año del Colegio Sagrado Corazón de Jesús, teniendo un total de 72 alumnos.

Para la selección de los elementos muestrales, se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

a) Criterios de inclusión

- Estudiantes que estén cursando el 3ro, 4to y 5to año de educación secundaria.
- Adolescente de familias disfuncionales
- Adolescentes quienes acepten participar del estudio (consentimiento informado Anexo 2).

b) Criterios de exclusión

- Estudiante que se retiró del colegio.
- Estudiante que no asistió durante la aplicación del instrumento.
- Estudiantes adolescentes con problemas mentales.

4.3. UNIDAD DE ANALISIS Y MUESTRA

4.3.1. Unidad de análisis:

Estudiantes adolescentes del 3ro a 5to año de educación secundaria del colegio Sagrado Corazón de Jesús, distrito de San Miguel de Aco, provincia de Carhuaz que reúne los criterios de inclusión y exclusión.

Muestra:

La muestra estuvo conformada por la totalidad de estudiantes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús, quienes cursan el 3ro, 4to y 5to de secundaria y además provinieron de familias disfuncionales, haciendo un total de 48 alumnos.

4.4. INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS.

El estudio realizado ha constado de dos partes; la primera evaluó la disfunción familiar y la segunda las conductas sexuales de riesgo, la técnica aplicada fue la encuesta para ambas variables en estudio, los cuales fueron aplicados a la unidad de análisis.

En la presente investigación se aplicó dos instrumentos de recopilación de datos:

a. Cuestionario para determinar la disfuncionalidad familiar:

El cuestionario fue en base a la escala Likert, consta de 10 ítems (Anexo 1) los puntajes asignados fueron: 3 puntos corresponden a familia disfuncional leve, 2 puntos corresponden a familia disfuncional moderada, 1 punto corresponde a familia disfuncional severa). Obteniendo la siguiente valoración:

Escala	Valoración
Disfunción familiar leve	21 - 30 puntos
Disfunción familiar moderada	11 - 20 puntos
Disfunción familiar severa	1 - 10 puntos

b. Cuestionario de conductas sexuales de riesgo:

Se considero el “Cuestionario de conductas sexuales de riesgo” elaborado por Mendoza (2014) el cual consta de 6 ítems, que valora a dicha variable en sus dimensiones:

- Inicio de relaciones sexuales.
- Número de parejas sexuales.
- Uso de métodos anticonceptivos.

La valoración para las conductas sexuales de riesgo en el presente estudio fue por cada ítem, considerándose 3 puntos a las conductas de riesgo alto, 2 puntos para las conductas de mediano riesgo y 1 punto para las conductas de bajo riesgo.

Obteniendo la siguiente escala de valoración:

Escala	Valoración
Conductas sexuales de alto riesgo	13-18 puntos
Conductas sexuales de mediano riesgo	7-12 puntos
Conductas sexuales de bajo riesgo	1-6 puntos

4.5.1. VALIDEZ

El instrumento de recolección de datos no fue sometido a la opinión de jueces expertos, debido a que se hizo uso del instrumento elaborado por Mendoza (2014)⁽³⁶⁾, instrumento que presenta una validez y confiabilidad aceptable, presentando un T-b de Kendall positivo para ser aplicado a la muestra del presente estudio.

4.5.2. CONFIABILIDAD

Se aplicó una prueba piloto en una población con las características similares a la población en estudio, en la que se procedió al cálculo de la confiabilidad de ambos

instrumentos mediante el coeficiente de Alfa de Crombach, con un valor de 0.931.

4.6. ANALISIS ESTADISTICO E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

a) Análisis descriptivo

La información obtenida con el instrumento de recolección de la información se analizó haciendo uso del programa estadístico SPSS versión 22, por lo que una vez confeccionada la base de datos, se procedió a realizar el análisis descriptivo de las variables en tablas y gráficos.

b) Análisis inferencial

Se realizó la prueba estadística Chi-cuadrado para determinar la relación existente entre las variables en estudio, en el cual se determinó el nivel de significancia y el p valor.

4.7. ETICA DE LA INVESTIGACION

En el presente estudio se aplicaron los principios bioéticos establecidos en la declaración de Helsinki debido a que esta investigación se consideró como investigación sin riesgos, porque es un estudio que empleó métodos de investigación documental prospectivo en los que no se realizó ninguna intervención o modificación intencional de las variables biológicas, fisiologías, psicológicas o sociales de los individuos participantes; este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios.

Principio de no maleficencia: Se garantizó el bienestar de la unidad de análisis, no exponiendo a experiencias que afecten su salud tanto física como psicológica, informándose desde el inicio sobre los objetivos de la investigación ⁽⁴⁹⁾.

Principio de respeto a la dignidad humana: se informó a los estudiantes el propósito de la investigación, pudiendo de esa manera decidir su participación

en el estudio voluntariamente mediante un consentimiento informado ⁽⁴⁹⁾.

Principio de autonomía: En todo momento se demostró respeto a los estudiantes durante el desarrollo de la investigación reconociéndosele su autonomía en la capacidad de decidir sobre sus fines personales, como también su decisión de responder o no a las encuestas facilitándole la información requerida en todo momento ⁽⁴⁹⁾.

Principio de igualdad: Se brindó un trato justo e igualitario, antes, durante y después de su participación en el estudio⁽⁴⁹⁾.

Principio de confidencialidad: Se aseguró que la información obtenida será estrictamente con fines de estudio, respetando la privacidad del estudiante en todo momento, garantizando que la información que se logre obtener no sea divulgada públicamente, ni a disposición de terceros, excepto a los que estuvieran implicados en el estudio⁽⁴⁹⁾.

5. RESULTADOS.

Tabla 1. Nivel de disfuncionalidad familiar de los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz, 2021.

Nivel de Disfunción familiar	N°	%
Disfunción familiar leve	16	33.3
Disfunción familiar moderada	23	47.9
Disfunción familiar severa	09	18.8
Total	48	100

En la presente tabla se observa que el 47.9% de adolescentes participantes del estudio presentan disfunción familiar moderada, 33.3% presentan disfunción familiar leve y el 18.8% de los adolescentes presentan disfunción familiar severa.

Tabla 2. Relación entre la disfuncionalidad familiar y la edad de los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz, 2021.

Edad	Disfuncionalidad familiar								
	Leve		Moderada		Severa		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
>20 años	0	0	01	2.1	0	0	01	2.1	
15-20 años	07	14.5	20	41.7	08	16.7	35	72.9	
<15 años	09	18.8	02	4.1	01	2.1	12	25.0	
Total	16	33.3	23	47.9	09	18.8	48	100	
		$X^2 = 21.431$		g.l= 5		p=0.0032			

En la tabla se observa que, 41.7% de adolescentes tienen entre los 15 a 20 años de edad y presentan disfunción familiar moderada; el 18.8% tienen la edad menor de 15 años y presentan Disfunción Familiar Leve, 16.7% de adolescentes tienen edades de 15 a 20 años y presentan una disfunción familiar severa.

La prueba estadística de Chi cuadrado $X^2 = 21.431$, con un p valor de 0.0032 es menor a 0.05, lo que significa que la disfuncionalidad familiar se relaciona con la edad del adolescente.

Tabla 3. Relación entre la disfuncionalidad familiar y el sexo de los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz, 2021

Sexo	Disfuncionalidad familiar								
	Leve		Moderada		Severa		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Femenino	09	18.7	08	16.7	03	6.3	20	41.7	
Masculino	07	14.6	15	31.2	06	12.5	28	58.3	
Total	16	33.3	23	47.9	09	18.8	48	100	
		$X^2 = 19.579$		g.l= 6		p=0.0467			

En la tabla se observa que 31.2% de adolescentes son de sexo masculino, presentan disfuncionalidad familiar moderada; 18.7% de adolescentes son de sexo femenino y presentan disfuncionalidad familiar leve.

La prueba estadística de Chi cuadrado $X^2 = 19.579$, con un p valor de 0.0467 es menor a 0.05, lo cual significa que la disfuncionalidad familiar se relaciona con el sexo del adolescente.

Tabla 4. Relación entre la disfuncionalidad familiar y el grado académico de los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz, 2021.

Grado Académico de los Adolescentes	Disfuncionalidad familiar								
	Leve		Moderada		Severa		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Tercero	04	8.3	03	6.2	0	0	07	14.6	
Cuarto	08	16.6	09	18.7	02	4.2	19	39.6	
Quinto	04	8.3	11	23.0	07	14.6	22	45.8	
Total	16	33.3	23	47.9	09	18.8	48	100	
		$X^2 = 18.675$		g.l= 4		p=0.0492			

En la tabla se observa que 23% de adolescentes de quinto año de secundaria presentan disfuncionalidad familiar moderada; 4.2% de adolescentes de cuarto año de secundaria presentan disfuncionalidad familiar severa; 8.3% de los adolescentes de tercer año de secundaria presentan disfuncionalidad familiar leve.

La prueba estadística de chi cuadrado $X^2 = 18.675$, con un p valor de 0.0492 menor a 0.05, demuestra una relación significativa entre la disfuncionalidad familiar y el grado académico del adolescente.

Tabla 5. Dimensiones de la Disfuncionalidad Familiar según niveles de Disfuncionalidad Familiar; en los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús San Miguel de Aco, Carhuaz, 2021.

Dimensiones de disfuncionalidad familiar	Niveles de disfuncionalidad familiar							
	Leve		Moderada		Severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1. Comunicación	04	8.3	05	10.4	03	6.2	12	25.0
2. Afectividad	03	6.2	04	8.3	02	4.2	09	18.7
3. Confianza	05	10.4	06	12.5	04	8.4	15	31.3
4. Reglas y roles	02	4.2	04	8.3	0	0	06	12.5
5. Adaptación	02	4.2	04	8.3	0	0	06	12.5
Total	16	33.3	23	47.9	09	18.8	48	100

En la tabla se observa que 31.3% de adolescentes participantes del estudio presentan confianza en el entorno familiar, de ellos 12.5% presentan un nivel de disfuncionalidad familiar moderada; asimismo, 12.5% de adolescentes presentan adaptación, asumen reglas y roles en el entorno familiar respectivamente, de los cuales 8.3% corresponden al nivel de Disfuncionalidad Familiar moderada, y 4.2% corresponden al nivel de Disfuncionalidad Familiar leve respectivamente.

Tabla 6. Conductas sexuales de riesgo de los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús procedentes de Familia disfuncional, San Miguel de Aco, Carhuaz, 2021.

Conductas sexuales de riesgo	N°	%
Conductas sexuales de alto riesgo	10	20.8
Conductas sexuales de mediano riesgo	26	54.2
Conductas sexuales de bajo riesgo	12	25.0
Total	48	100

En la presente tabla se observa que 54.2% de adolescentes procedentes de familias disfuncionales presentan conductas sexuales de mediano riesgo; 25% presentan conductas sexuales de bajo riesgo; 20.8% presentan conductas sexuales de alto riesgo.

Tabla 7. Relación entre las conductas sexuales de riesgo y la edad de los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús que proceden de Familia disfuncional, San Miguel de Aco, Carhuaz, 2021.

Edad de los adolescentes	Conductas sexuales de riesgo								
	Bajo riesgo		Mediano riesgo		Alto riesgo		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
>20 años	0	0	01	2.1	0	0	01	2.1	
15-20 años	03	6.3	23	47.9	09	18.7	35	72.9	
<15 años	09	18.7	2	4.2	01	2.1	12	25.0	
Total	12	25.0	26	54.2	10	20.8	48	100	
		$X^2 = 21.436$		g.l= 6		p=0.00254			

En la tabla se observa que 47.9% de adolescentes que proceden de familia disfuncional presentan conductas sexuales de mediano riesgo y tienen edades de 15 a 20 años; 18.7% de adolescentes presentan conductas sexuales de bajo de riesgo y tienen edades menores de 15 años; 2.1% de adolescentes presentan conductas sexuales de mediano riesgo y tienen edades mayores de 20 años.

La prueba estadística de Chi cuadrado $X^2=21.436$, demuestra una relación significativa entre la edad de adolescentes con disfuncionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo, teniendo un p valor de 0.0254 menor a 0.05.

Tabla 8. Relación entre las conductas sexuales de riesgo y el sexo de los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús que proceden de Familia disfuncional, San Miguel de Aco, Carhuaz, 2021.

Sexo de los Adolescentes	Conductas sexuales de riesgo								
	Bajo riesgo		Mediano riesgo		Alto riesgo		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Femenino	06	12.5	10	20.8	04	8.3	20	41.7	
Masculino	06	12.5	16	33.4	06	12.5	28	58.3	
Total	12	25.0	26	54.2	10	20.8	48	100	
		$X^2 = 22.342$		g.l= 8		p=0.04621			

En la tabla se observa que 33.4% de adolescentes que proceden de Familia disfuncional presentan conductas sexuales de mediano riesgo y son de sexo masculino; 8.3% de adolescentes son de sexo femenino y presentan conductas sexuales de alto riesgo.

La prueba de Chi cuadrado $X^2=22.342$, determina una relación significativa entre las conductas sexuales de riesgo y el sexo del adolescente con un p valor de 0.04621.

Tabla 9. Relación entre las conductas sexuales de riesgo y el grado académico de los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús que proceden de Familia disfuncional, San Miguel de Aco, Carhuaz, 2021.

Grado Académico de los Adolescentes	Conductas sexuales de riesgo								
	Bajo riesgo		Mediano riesgo		Alto riesgo		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Tercero	03	6.2	04	8.4	0	0	07	14.6	
Cuarto	07	14.6	10	20.8	02	4.2	19	39.6	
Quinto	02	4.2	12	25.0	08	16.6	22	45.8	
Total	12	25.0	26	54.2	10	20.8	48	100	
		$X^2 = 19.613$		g.l= 7		p=0.0043			

En la tabla se observa que 25% de adolescentes que proceden de Familia disfuncional son del 5° año de secundaria y presentan conductas de sexuales de mediano riesgo; 20.8% de adolescentes que proceden de Familia disfuncional son del 4° de secundaria y presentan conductas sexuales de mediano riesgo; 8.4% de adolescentes con disfuncionalidad familiar son de 3° año de educación secundaria y presentan conductas sexuales de mediano riesgo.

La prueba estadística de Chi cuadrado $X^2=19.613$ determina una relación significativa entre el grado académico de los adolescentes con disfuncionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo con un p valor de 0.0043.

Tabla 10. Dimensiones de las conductas sexuales de riesgo según los Niveles de conductas sexuales de riesgo de los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz, 2021.

Dimensiones de las Conductas sexuales de riesgo	Conductas sexuales de riesgo							
	Bajo riesgo		Mediano riesgo		Alto riesgo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Inicio de relaciones sexuales	04	8.3	06	12.5	04	8.3	14	29.2
Parejas sexuales	05	10.4	08	16.7	02	4.2	15	31.2
Uso de métodos anticonceptivos	03	6.3	12	25.0	04	8.3	19	39.6
Total	12	25.0	26	54.2	10	20.8	48	100

En la tabla se observa que el 39.6% de adolescentes participantes del estudio usaron métodos anticonceptivos, de los cuales el 25% presentan una conducta sexual de mediano riesgo; asimismo, 29.2% inició relaciones sexuales durante la adolescencia, de los cuales el 8.3% de los adolescentes tienen conductas sexuales de bajo y alto riesgo respectivamente.

Tabla 11. Relación entre la disfuncionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz, 2021.

Disfuncionalidad familiar	Conductas sexuales de riesgo								
	Bajo riesgo		Mediano riesgo		Alto riesgo		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Leve	11	22.9	05	10.4	0	0	16	33.3	
Moderado	01	2.1	18	37.5	04	8.3	23	47.9	
Severa	0	0	03	6.3	6	12.5	09	18.8	
Total	12	25.0	26	54.2	10	20.8	48	100	
		$X^2 = 23.436$		g.l= 4		p=0.00262			

En la tabla se observa que, 37.5% de adolescentes participantes del estudio presentan disfuncionalidad familiar moderada y realizan conductas sexuales de mediano riesgo; 22.9% de adolescentes presentan disfuncionalidad familiar leve y realizan conductas sexuales de bajo riesgo; en tanto que 12.5% de adolescentes presentan disfuncionalidad familiar severa y realizan conductas sexuales de alto riesgo.

La prueba estadística Chi cuadrado $X^2 = 23.436$ con un p valor de 0.00262 es menor a 0.05, lo que significa que las conductas sexuales de riesgo se relacionan significativamente con la disfuncionalidad familiar de los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz, 2021.

Tabla 12. Edad de los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús que proceden de familia disfuncional, San Miguel de Aco, Carhuaz, 2021.

Edad	N°	%
Mayor de 20 años	01	2.1
De 15 a 20 años	35	72.9
Menor de 15 años	12	25.0
Total	48	100

Se observa que el mayor porcentaje (72.9%) de adolescentes encuestados, tienen las edades que oscilan entre los 15 a 20 años, seguido de los adolescentes menores de 15 años (25%) y un 2.1% mayor de 20 años.

Tabla 13. Sexo de los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús que proceden de familia disfuncional, San Miguel de Aco, Carhuaz, 2021.

Sexo	N°	%
Femenino	20	41.7
Masculino	28	58.3
Total	48	100

La tabla indica que, porcentaje significativo de 58.3% de adolescentes participantes del estudio son de sexo masculino, en tanto, 41.7% pertenecen al sexo femenino.

Tabla 14. Grado académico de los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús que proceden de familia disfuncional, San Miguel de Aco, Carhuaz, 2021.

Nivel de conocimientos	Nº	%
Tercero de secundaria	07	14.6
Cuarto de secundaria	19	39.6
Quinto de secundaria	22	45.8
Total	48	100

Se observa en la tabla en cuanto al grado académico que, 45.8% de adolescentes encuestados pertenecen al quinto año de secundaria, seguido del 39.6% de adolescentes quienes cursan el cuarto de secundaria y 14.6% quienes pertenecen al tercero de secundaria.

6. DISCUSIÓN.

En relación a la disfuncionalidad familiar, se evidenció en el presente estudio que 47.9% de adolescentes tienen disfunción familiar moderada, 33.3% tienen disfunción familiar leve y 18.8% de los adolescentes tienen disfunción familiar severa. Resultados similares fueron evidenciados por Beltrán, Mayra (Ecuador, 2016) ⁽²⁴⁾ quien identificó en relación a la función familiar, 41% presentan disfunción familiar y 4.3% una disfunción familiar severa. Domínguez (Cuba 2014) ⁽²⁹⁾ evidenció en su estudio que el 52% de su muestra pertenecen a una familia disfuncional y el 48% a familias con características funcionales. Rafael (Perú, 2016)⁽³⁴⁾ evidenció la existencia de disfuncionalidad familiar en el 81.4% de los adolescentes participantes de su estudio. Estudio contrario a lo evidenciado fue desarrollado por Mendoza (Perú, 2014) ⁽³⁷⁾ quien identificó que 47.8% de adolescentes refieren que el funcionamiento familiar es moderado, 41.3% es funcional y sólo el 10.9% resultó disfuncional.

En cuanto a las conductas sexuales de riesgo, se evidenció que 54.2% de adolescentes presentan conductas sexuales de mediano riesgo, 25% conductas sexuales de bajo riesgo, en tanto, 20.8% de adolescentes presentan conductas sexuales de alto riesgo.

Resultados similares fueron evidenciados por Rojas (Perú, 2017) ⁽³²⁾ quien evidenció que el 29.73% de los estudiantes presentan un nivel de conducta sexual buena, 46.85% presentan un nivel regular y 23.42% un nivel malo. Carrasco (Perú, 2015) ⁽⁴⁰⁾ identificó que el 56.7% de los adolescentes mantienen conductas sexuales de riesgo y 43.3% no manifiestan dichas conductas.

Resultado que difiere con la presente es de Castillo (Perú, 2016)⁽³³⁾, quien evidenció que 68.3% de adolescentes no se encuentran en riesgo respecto a las conductas sexuales, y sólo el 31.7% presentan riesgo; del mismo modo Aguirre (Perú, 2015)⁽³⁶⁾

evidenció que 75% de adolescentes encuestados presentan conductas sexuales de bajo riesgo; Mendoza (Perú, 2014)⁽³⁷⁾ identificó que 52.2% de adolescentes presentan conductas sexuales de bajo riesgo. Bolaños (Perú, 2016)⁽³⁸⁾ evidenció que porcentaje significativo de 56.4% de adolescentes presentan conductas sexuales adecuadas y sólo el 43.6% presentan conductas sexuales de riesgo.

La relación existente entre la disfuncionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo, con un p valor de 0.00262, menor a 0.05, refiere una relación significativa entre la disfuncionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz, 2019. Resultados similares fueron evidenciados por Beltrán (Ecuador, 2016) quien evidenció que adolescentes de su estudio quienes presentan disfunción familiar han tenido actividad sexual el último año, concluyendo que la disfunción familiar se asocia significativamente con la presencia de conductas sexuales de riesgo.

7. CONCLUSIONES

1. Los resultados nos indican que la mayoría de adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús que participaron del estudio presentan disfunción familiar moderada.
2. Se evidencia que a mayor edad de adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús hay un incremento de disfuncionalidad familiar.
3. A sí mismo la mayoría de adolescentes de sexo masculino del Colegio Sagrado Corazón de Jesús presentan disfuncionalidad familiar moderada.
4. Se observa que la mayoría de adolescentes del quinto año de educación secundaria del Colegio Sagrado Corazón de Jesús presentan disfuncionalidad familiar moderada.
5. La mayoría de los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús que participaron del estudio presentan conductas sexuales de mediano riesgo.
6. Los adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús que tienen edades entre 15 a 20 años procedentes de familias disfuncionales presentan conductas sexuales de mediano riesgo.
7. La mayoría de adolescentes de sexo masculino del Colegio Sagrado Corazón de Jesús procedentes de familias disfuncionales presentan conductas sexuales de mediano riesgo.
8. La mayoría de adolescentes que cursan el quinto año de educación secundaria en el Colegio Sagrado Corazón de Jesús presentan conductas sexuales de mediano riesgo.
9. Existe relación significativa entre la disfuncionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes del Colegio Sagrado Corazón de Jesús.

8. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere a la Dirección del colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz y plana docente, implementar, fortalecer y desarrollar estrategias educativas en relación a la importancia de la función familiar, y las conductas sexuales de los adolescentes.
2. Promover reuniones de padres de familia a fin de sensibilizar respecto a los riesgos de sus hijos adolescentes sobre las conductas sexuales de riesgo.
3. Se sugiere al profesional de enfermería e institución educativa, realizar actividades preventivas promocionales, utilizando la técnica de sesiones educativas, la implementación de talleres, capacitaciones respecto al fortalecimiento de la estrategia de salud en el adolescente, tocando como tema principal los riesgos en la sexualidad, promiscuidad, etc.
4. A las autoridades de la Escuela Profesional de Enfermería, implementar dentro de las asignaturas de salud pública, el desarrollo de sesiones educativas en las Instituciones educativas dirigidos a los adolescentes, y de esa manera contribuir en la mejora y/o fortalecimiento de sus conocimientos respecto a temas de salud sexual.
5. A los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Profesional de Enfermería, desarrollar investigaciones respecto al tema tratado en la presente, con la finalidad de hallar resultados para una oportuna intervención y mejora de la salud del adolescente, así como la participación familiar en cuanto a la sexualidad de su hijo(a).

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [base de datos en línea]. Ginebra: OMS; 2017. [fecha de acceso 15 de julio de 2018]. URL disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
2. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Desarrollo en la adolescencia [base de datos en línea]. Ginebra: OMS; 2017 [fecha de acceso 15 de julio de 2018]. URL disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es
3. Objetivos del desarrollo sostenible. [base de datos en línea]. Ginebra: OMS; 2015. [fecha de acceso 15 de julio de 2018]. URL disponible en: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/>
4. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y la Cultura. Una mejor educación sexual y reproductiva podría salvar muchas vidas de adolescentes. Paris: UNESCO, 2017. [fecha de acceso 15 de julio del 2018] URL disponible en: http://www.unesco.org/new/es/media-services/single-view/news/a_better_sexual_and_reproductive_health_education_could_save/
5. Las jóvenes españolas tienen su primera relación sexual antes que sus madres, pero con más protección [en línea]. España. ABC Sociedad; 2016. [fecha de acceso 15 de julio del 2018] URL disponible en: http://www.abc.es/sociedad/abci-jovenes-espanolas-tienen-primera-relacion-sexual-3-anos-antes-madres-pero-mas-proteccion201609301410_noticia.html

6. Folch C, Alvares J, Casabona J, Brotons M, Castellsagué. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. Rev Esp Salud Pública [en línea]. 2015. [fecha de acceso 15 de julio de 2018]; 89; 471-485 URL disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol89/vol89_5/RS895C_CF.pdf
7. Organización Mundial de la Salud. Boletín informativo. Ginebra: OMS, 2015. [fecha de acceso 15 de julio del 2018], URL disponible en: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=714-boletin-informativo-embarazo-en-adolescentes&Itemid=235
8. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Washington: OPS, 2017. [fecha de acceso 15 de julio del 2018]. URL disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t es=la-salud-de-los-adolescentes&lang=es
9. Organización de los Estados Americanos. Salud Sexual y Reproductiva. Washington: OEA, 2015. [fecha de acceso 05 de junio del 2018]. URL disponible
10. Adolescentes inician vida sexual a los 14 años [en línea]. Honduras: El Heraldo, 2017 [fecha de acceso 16 de julio del 2018]. URL disponible en: <http://www.elheraldo.hn/tag/332177-213/adolescentes-inician-vida-sexual-a-los-14-a%C3%B1os>
11. Vidal E, Hernández B. Conductas sexuales de riesgo asociadas a las infecciones de transmisión sexual en adolescentes de una comunidad. Revista Habanera de Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2017 [fecha de acceso 16

- de julio de 2018]; 16(4): [aprox.0p.]. Disponible en:
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1271>
- 12.** Gayet C, Gutiérrez J. Calendario de inicio sexual en México: Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. Salud pública Méx [revista en línea]. 2014 dic [citado 16 de julio de 2018]; 56(6): 638-647. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000600014&lng=es
- 13.** Enfermedades de transmisión sexual [en línea]. México: México social; 2015. [fecha de acceso 16 de julio de 2018]. URL disponible en:
<http://www.mexicosocial.org/index.php/blogs/salud-publica/item/881-enfermedades-de-transmision-sexual>
- 14.** Departamento nacional de Planeación de Colombia. Inicio de relaciones sexuales temprana en adolescentes. Colombia, 2015.
- 15.** UNFPA Ecuador. 5 datos que los adolescentes deben saber sobre su vida sexual. Ecuador, 2015.
- 16.** Unicef Perú. Adolescencia. Lima: Unicef, 2017. [fecha de acceso 05 de junio del 2018] URL disponible en:
https://www.unicef.org/peru/spanish/children_13282.html
- 17.** MINSA. Iniciar las relaciones sexuales a temprana edad aumenta el riesgo de contagio del VIH. Lima: MINSA, 2017. [fecha de acceso 05 de junio del 2018]. URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=22354>

18. Inicio temprano en las relaciones sexuales incrementa el riesgo de ITS [en línea]. Perú. RPP; 2017 [fecha de acceso 5 de junio de 2018]. Disponible en: <http://vital.rpp.pe/salud/inicio-temprano-en-las-relacionessexualesincrementa-el-riesgo-de-its-noticia-1030828>
19. Nuevos casos de VIH/SIDA en Huaraz. Huaraz: Ancash Noticias; 2018.
20. Bouniot S, Muñoz C, Norambuena N, Pinto C, Muñoz M. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes estudiantes de primer año de pregrado de la Universidad San Sebastián: Estudio transversal. Rev Colombiana de Obstetricia Ginecología. [en línea].2017. [fecha de acceso 18 de julio de 2018]; 68(3): 176-185.URL disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2799/3243>
21. Beltrán M, Játiva K. Alteración en la funcionalidad familiar y su asociación con la presencia de conductas de riesgo y la disminución en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adolescentes entre 13 y 18 años de edad, en un colegio de la ciudad de Quito, en el período lectivo 2015-2016, Pichincha – Ecuador. [Tesis de postgrado]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016
22. Uribe A, Castellanos J, Cabán M. Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. Revista de psicología Universidad de Antioquía. [En línea]. 2016 [fecha de acceso 18 de julio de 2018]; 8(2), 27-48. DOI: 10.17533/udea.rpsua.v8n2a03
23. Ponce V. Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de 12 a 18 años de edad. [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2015.



24. García L. Conducta sexual de riesgo en estudiantes adolescentes. Colegio Público Miguel de Cervantes. Mangua septiembre y octubre 2015. [Tesis de postgrado]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016.
25. Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Policlínico Docente Joaquín Albarrán. [en línea]. 2014. [fecha de acceso 18 de julio de 2018]; (1):2338. URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_3_11/gin11311.htm
26. Sánchez R, Robles, S. Apoyo, supervisión y comunicación con padres y su relación con el comportamiento sexual de jóvenes en Conflicto con la ley. [en línea]. México. Artículo de investigación. Acta de investigación psicológica. 2014. [citado el 19 de julio de 2018] 4(1), 1398-1411. URL disponible en: https://ac.elscdn.com/S2007471914703837/1s2.0S2007471914703837main.pdf?_tid=3f9a5f7792fe42c78c95f93e75bdb02c&acdnat=1532292238_d1c558303659b9b00d1c7cfbe7cb875e
27. Cervera G. Apoyo familiar para la conducta sexual segura y su relación con la incertidumbre sexual en jóvenes universitarios. [Tesis de postgrado]. México: Universidad de Nueva León, 2014
28. Rojas J. Conductas sexuales de riesgo y problemas sexuales en adolescentes de secundaria de la Institución educativa particular Cybernet, 2017. [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017
29. Castillo L. Apoyo social y su relación con las conductas sexuales de riesgo de adolescentes. Institución Educativa Víctor Raúl. Víctor Larco, 2016. [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016



- 30.** Rafael M. Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de Instituto Materno Perinatal n el periodo febrero de 2016. [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
- 31.** Yalan T. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes del Colegio Fe y Alegría N^a41 La Era-Ñaña.[Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016
- 32.** Aguirre Y. Consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en adolescentes de la Institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas-2014. [Tesis de pregrado]. Amazonas: Universidad Nacional “Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas”; 2015.
- 33.** Mendoza A. Relación entre funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo en estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas-2013. [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2014
- 34.** Bolaños O. Conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en adolescentes del 5to grado de educación secundaria, Institución educativa Erasmo Roca. Chimbote. 2015. Ancash: Universidad Católica Los ángeles de Chimbote; 2016
- 35.** Carrasco J, Torre A. Factores asociados a la conducta sexual en adolescentes, academia preuniversitaria Integral, Huaraz, 2015. [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2015.



- 36.** Organización mundial de la Salud. La familia: concepto de familia. Ginebra; 2013.
- 37.** UNICEF. La familia: Día internacional de las familias. EEUU; 2004.
- 38.** López S. Familia, Evaluación e Intervención. Madrid: Editorial CCS, 2003
- 39.** Fuentealba E. Funcionamiento familiar: su relación con la percepción de seguridad de los adolescentes, y el desarrollo de conductas de riesgo en salud. Valdivia-Chile. [Tesis de pregrado]. Chile: Universidad Austral de Chile; 2007.
- 40.** Arenas A. Relación entre funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes Lima. [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009
- 41.** Herrera M. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev cubana Med Gen Integr [en línea]. 1997 dic [citado el 21 de julio de 2018]; 13(6):591595.URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125199700060013&lng=es
- 42.** Organización Mundial de la Salud. Boletín informativo. Ginebra: OMS, 2015.[fecha de acceso 05 de junio del 2018], URL disponible en: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=714-boletin-informativo-embarazo-en-adolescentes&Itemid=235
- 43.** Gaete Verónica. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev. chil. pediatri. [Internet]. 2015 Dic [citado 2022 Mar 22]; 86(6): 436-443. Disponible en: [\[Internet\]. 2015 Dic \[citado 2022 Mar 22\]; 86\(6\): 436-443. Disponible en:](#)



http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062015000600010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>.

44. Silbar T. Manual de Medicina de la adolescencia. 2da ed. 1992.
45. Palacios M. La Adolescencia. Perú. 1997
46. Valenzuela T, Ibarra A, Zubarew T, Correa L. Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. Index Enferm. [en línea]. 2013 jun [fecha de acceso 21 de julio de 2018]; 22(1-2): 50-54. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962013000100011&lng=es<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>.
47. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México (DF): Editorial McGraw-Hill; 2014.
48. Opazo HL. Ética en Investigación: Desde los Códigos de Conducta hacia la Formación del Sentido Ético. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación 2011; 9(2): 61-78
49. Mazzanti MJ. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Revista Colombiana de Bioética 2011; 6(1): 125-144.



ANEXOS



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

"DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, SAN MIGUEL DE ACO, CARHUAZ 2021"

I. PRESENTACIÓN

Estimado (a) estudiante, solicito su participación en la presente investigación que tiene como finalidad identificar la disfunción familiar que existe en el hogar. Agradeceré mucho que responda las preguntas con sinceridad y honestidad. El presente cuestionario es estrictamente anónimo y confidencial, y las respuestas sólo serán de uso para los objetivos del estudio.

A continuación, llene los espacios en blanco o marque con un aspa (X) en los paréntesis donde corresponda.

II. DATOS GENERALES

Marque con un aspa "X":

1. Edad: Mayor de 20 años 15-20 años Menor de 15 años
2. Sexo: Femenino Masculino
3. Grado académico:
3ro de secundaria
4to de secundaria
5to de secundaria

A continuación, se harán preguntas sobre su familia y se pide la mayor sinceridad posible a la hora de responder marcando con una X en los recuadros que usted crea conveniente:

N°	ÍTEMS	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1	Existe comunicación entre los miembros de tu familia				
2	Se toman decisiones entre todos de la familia				
3	Mis padres cuentan sus experiencias y vivencias				
4	Existen manifestaciones de cariño en la familia				
5	Existe unión en la familia				
6	Mis padres y/o hermanos ayudan a mi estado emocional.				
7	En su familia hay mucha confianza				
8	Conocen sus deberes y funciones que debe cumplir en el hogar.				
9	Existe el respeto entre los miembros de la familia				
10	Confío más en mis padres que en mis hermanos (as).				

“CUESTIONARIO DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO”

Estimado estudiante, por favor responder las preguntas con la mayor sinceridad posible. Este cuestionario es anónimo y las respuestas solo serán de uso para los objetivos del estudio.

1. Inicio de relaciones sexuales:
 - a. Antes de los 13 años
 - b. Dentro de los 14 a 16 años
 - c. Dentro de los 17 a 19 años
2. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido desde que inició sus relaciones sexuales?
 - a. De 1 a 2 parejas sexuales
 - b. De 3 a 4 parejas sexuales
 - c. De 5 a más
3. ¿En su primera relación sexual, usó algún método de protección?
 - a. SI
 - b. NO
4. Prefieres tener relaciones sexuales son usar método de planificación
 - a. SI
 - b. NO
5. A veces usas método anticonceptivo para tener relaciones sexuales
 - a. SI
 - b. NO
6. ¿Desde qué iniciaste tus relaciones sexuales, siempre has usado o estás usando algún método anticonceptivo?
 - a. SI
 - b. NO

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO VOLUNTARIO

Su menor hijo (a) ha ido seleccionado para participar en una investigación titulada "DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO SAGRADO CORAZON DE JESUS, SAN MIGUEL DE ACO, CARHUAZ 2021". Esta investigación será realizada por bachilleres de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo.

Su hijo (a) fue seleccionada para participar de la presente investigación por cumplir ciertas características requeridas en nuestro estudio. Si acepta su participación del estudio, se le aplicará un cuestionario, las respuestas serán confidenciales y anónimas. Se le informará en forma clara y sencilla sobre lo que respecta a la investigación para el consentimiento de inicio de la investigación. Informando lo siguiente:

- No existe riesgos de sufrir daños físicos, emocionales, etc. en el estudio.
- La identidad será protegida, toda información que se recolecte será confidencial y anónima, solo para usos de la investigación.

He leído este documento y acepto que mi hijo (a) participe en el estudio, entiendo que la participación es voluntaria y que tiene derecho de abstenerse a participar o retirarse de estudio en cualquier momento sin ninguna penalidad. También tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Para mayor constancia firmo a continuación.

Huaraz,..... del 2021

Firma del padre o apoderado

DNI:

HUELLA DIGITAL

ANEXO N° 05

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, SAN MIGUEL DE ACO, CARHUAZ 2021”

PROBLEMA	OBJETIVO	MARCO TEORICO	HIPOTESIS	IDENTIFICACION DE VARIABLE	METODOLOGIA
<p>¿Cuál es la relación entre la disfuncionalidad familiar y conductas sexuales de riesgo en adolescente del colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz 2021?</p>	<p>Objetivo General:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la relación entre la disfunción familiar y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz 2021. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel de disfunción familiar en adolescentes. - Identificar las conductas sexuales de riesgo en adolescentes. 	<p>A nivel internacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BOUNIOT, Samantha. (2017). • BELTRÁN, Mayra. (2016). • URIBE, Ana. (2016). • PONCE, Verónica. (2015). • GARCÍA, Lisseth. (2016). • DOMINGUEZ, Inés. (2014). • CELVERA, Georgina. (2014). <p>Nivel Nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ROJAS, Jairan. (2017). • CASTILLO, Luz. (2016). • RAFAEL, Marlom. (2016). 	<p>La disfuncionalidad familiar se relaciona significativamente con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes del colegio Sagrado Corazón de Jesús, San Miguel de Aco, Carhuaz 2021.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Variable independiente Disfuncionalidad familiar - Variable dependiente: Conductas sexuales de riesgo 	<p>Tipo de estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descriptivo • Cuantitativo • Prospectivo • Correlacional <p>Diseño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No experimental, cohorte transversal. <p>Población:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformada por un total de 72 estudiantes. <p>Muestra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estará conformada por 43 estudiantes.



	<p>- Relacionar la disfunción familiar con las conductas sexuales de riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • YALÁN, Betsi. (2016). • AGUIRRE, Yanira. (2015, • MENDOZA, Analí. (2014). • BOLAÑOS, Olgiza. (2016). • CARRASCO, Josefina (2017). <p>Bases teóricas:</p> <p>A. La familia</p> <p>B. La adolescencia</p> <p>C. Teoría de enfermería:</p> <p>c1: Teoría de Doroty Johnson “Modelo de Sistemas conductuales”.</p> <p>c.2. Teoría de Nola Pender “Modelo de promoción de la salud”.</p>			<p>Técnica e instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta: cuestionario.
--	--	---	--	--	---



