



UNIVERSIDAD NACIONAL  
"TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA  
DE AMAZONAS"

23 SEP 2014



FACULTAD DE ENFERMERÍA

"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 PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA :Br. Enf. Analí Marilín Mendoza Valqui

ASESORA :Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ  
2014

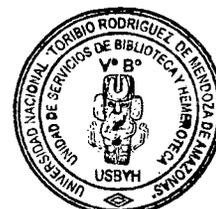


**UNIVERSIDAD NACIONAL  
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**



**23 SEP 2014**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**“RELACION 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 PARA OPTAR EL TÍTULO DE : LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA : Br. Enf. Analí Marilín Mendoza Valqui**

**ASESORA : Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo.**

**CHACHAPOYAS - AMAZONAS – PERÚ**

**2014**



## **DEDICATORIA:**

*A Dios, por su infinita bondad y su providencia en los momentos difíciles de mi vida personal y universitaria.*

*A mis abuelos, quienes cuidaron de mí en todo momento.*

*A mi hija Mariana con amor y cariño por ser la fuente de mi vida y fruto de mi esfuerzo diario.*

## **AGRADECIMIENTO**

A los docentes de la Facultad de Enfermería, por compartir sus enseñanzas y brindarme su apoyo en la recolección de datos durante la ejecución del proyecto.

A los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas por su apoyo en el proceso de recolección de datos.

A la Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo, asesora de la tesis, por sus acertadas sugerencias y tiempo adicional dedicado para la conclusión de la misma.

A los profesionales de enfermería, obstetricia, psicología y ginecología por brindarme su colaboración en la validación del instrumento utilizado para la ejecución del proyecto de investigación.

A Patrick, mi esposo, por su cariño, esmero y constante preocupación.

## **AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

Ph.D. Dr. Vicente Marino Castañeda Chávez

**Rector**

Dr. Roberto José Nervi Chacón

**Vicerrector Académico (e)**

Dr. Ever Salomé Lázaro Bazán

**Vicerrector Académico (e)**

Mg. Enf. Gladys Bernardita León Montoya

**Decana (e) de la Facultad de Enfermería**

**VISTO BUENO DE LA ASESORA**

Yo, ZOILA ROXANA PINEDA CASTILLO, identificada con DNI N°18197672, con domicilio legal en Jr. Santo Domingo N° 720, Magister en Enfermería, docente asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

**DOY VISTO BUENO** al informe de tesis titulado: **“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA, CHACHAPOYAS - 2013”**, elaborado por la bachiller en enfermería **Anali Marilín Mendoza Valqui**

Para lo cual firmo en señal de conformidad

Chachapoyas 06 de Mayo del 2014



---

Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo.

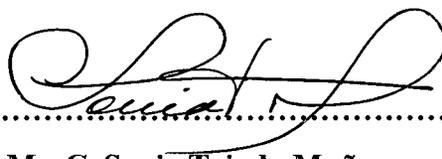
DNI: 18197672

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**  
**(Resolución Decanatural N° 050-2013-UNTRM-VRAC/F.E.)**



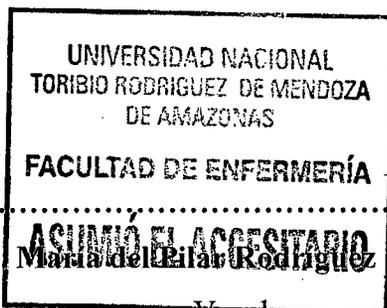
.....  
**Mg. Enf. Gladys Bernardita León Montoya**

Presidenta



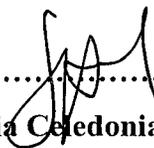
.....  
**Ms. C. Sonia Tejada Muñoz**

Secretaria



.....  
**Ms. María del Pilar Rodríguez Quezada**

Vocal



.....  
**Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez**

Accesitaria.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
AUTORIDADES	v
VIVTOBUENO DE LA ASESORA	vi
HOJA DE JURADO	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
I. INTRODUCCIÓN	14
II. BASE TEÓRICA	17
III. MATERIAL Y MÉTODO	37
3.1. Tipo y diseño de la investigación	37
3.2. Universo muestral	37
3.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	38
3.4. Análisis de resultados	41
IV. RESULTADOS	42
V. DISCUSIÓN	46
VI. CONCLUSIONES	52
VII. RECOMENDACIONES	53
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	60

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 01:</b> Funcionamiento Familiar en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas 2013	42
<b>Tabla 02:</b> Conductas sexuales de riesgo en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas 2013	43
<b>Tabla 03:</b> Funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo en estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas 2013	44

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 01:</b>	Funcionamiento Familiar en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas 2013	42
<b>Gráfico 02:</b>	Conductas sexuales de riesgo en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas 2013	43
<b>Gráfico 03:</b>	Funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo en estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas 2013	45

## ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
<b>Anexo 01:</b> Operacionalización de variables	61
<b>Anexo 02:</b> Cuestionario de funcionamiento familiar “FF-SIL”	65
<b>Anexo 03:</b> Escala de Conductas Sexuales de Riesgo	67
<b>Anexo 04:</b> Proceso de validación del instrumento de investigación “Conductas Sexuales de Riesgo”	70
<b>Anexo 05:</b> Determinación de la confiabilidad de los instrumentos	72
<b>Anexo 06:</b> Resumen del procesamiento de los casos	74
<b>Anexo 07:</b> Conductas sexuales de riesgo según dimensiones en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas 2013	78

## RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, prospectivo, cuantitativo, cuyo objetivo fue 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 Chachapoyas – 2013. La muestra estuvo conformada por 77 estudiantes. Para la recolección de datos se utilizó el “Test de funcionamiento familiar FF – SIL” de López Nicolás (2003) y la “Escala de conductas sexuales de riesgo” elaborada por la investigadora cuya validez fue:  $VC=8.88 > VT=1.64$  por juicio de expertos y la confiabilidad mediante alfa de Cronbach cuyo resultado fue 0.855. Los resultados evidencian que del 100% (46) de los estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería, dentro de las conductas sexuales de bajo riesgo el 10.9% (5) provienen de familias funcionales, el 23.9% (11) de familias moderadamente funcional y el 8.7% (4) de familias con disfuncionalidad; mientras que dentro de las conductas sexuales de mediano riesgo el 26.1% (12) provienen de familias funcionales, el 23.9% (11) de familias moderadamente funcional, el 2.2% (1) de familias con disfuncionalidad y finalmente el 4.3% (2) presentan conductas sexuales de alto riesgo y pertenecen a familias funcionales; concluyendo que estadísticamente no existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo de los estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería ( $X^2=7.330$ ,  $gl= 4$ ,  $p = 0.119 > 0.05$ ), lo que indica que ambas variables son independientes entre sí.

**Palabras claves:** conducta sexual, riesgo sexual, adolescente, sexualidad

## ABSTRACT

The following correlational descriptive and transversal research, which follows a prospective and quantitative aimed to determine the relation that exist between the family functions and the sexual behavior in risk on young students from the Nursing Faculty at The National University Toribio Rodriguez of Mendoza, Chachapoyas – 2013. The group sample was formed by 77 students. The data was recollected using López Nicolás' "family functions FF – SIL test" (2003) and the "sexual conducts in risk scale" made by the researcher whose validity was:  $VC=8.88 > VT=1.64$  by judge experts and reliability through Combrach's alpha whose result was 0.855. The results show that 100% (46) of the young students in the nursing faculty, in the sexual conducts in low risk 10.9% (5) came from functional families, 23.9% (11) come from moderate functional families, and 8.7% (4) do not have a functional relation; whereas in the sexual conducts in medium risk 26.1% (12) came from functional families, 23.9% (11) came from moderate functional families, 2.2% (1) do not have a functional relation and finally 4.3% (2) present sexual conducts in high risk and belong to functional families; concluding that statistically do not exist a significant meaning between the family function and the sexual conducts in risk of the young students from the nursing faculty ( $X^2=7.330$ ,  $gl= 4$ ,  $p = 0.119 > 0.05$ ), which means that both variables are independents between them.

**Key words:** sexual behavior, sexual risk, adolescent, sexuality.

## I. INTRODUCCIÓN

La familia es uno de los microambientes cuyo funcionamiento favorece el desarrollo del adolescente y el de todos los miembros de la familia. La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la vida adulta, en la cual se producen cambios fisiológicos y psicológicos rumbo hacia la madurez psicoafectiva. (Urreta, 2008).

Múltiples estudios se han dedicado a describir la influencia de los medios de comunicación, la familia, la sociedad, el ambiente escolar y otros en las conductas sexuales y el consumo de sustancias psicoactivas. La familia como núcleo primario de convivencia y desarrollo tiene gran influencia en las actitudes, tendencias y comportamientos de sus miembros, sobre todo en los adolescentes. (Lugo, 2011).

La problemática de la conducta sexual del adolescente, sus riesgos, así como sus consecuencias son prioridades en la agenda de la salud del adolescente, a diario se escuchan reportes relacionados a este tema, aproximadamente 448 millones de nuevos casos de ITS curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis) se producen en el mundo en adolescentes, en esta cifra no se incluyen las infecciones por el VIH y otras ITS que siguen afectando la vida de las personas y las comunidades en todo el mundo. (OMS, 2011).

En América Latina, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH en 2008 fue de 170 000 y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a 2 millones, una gran proporción de ellos son adolescentes. Según las estimaciones, aproximadamente 77 000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida durante el último año. (ONUSIDA, 2008).

En el Perú según estadísticas la edad en la que las adolescentes (entre 15 y 19 años) han tenido su primera relación sexual y cerca del 20% del total de adolescentes declaró haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años. (ENDES, 2007). Con relación al uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes del país es de 43%, siendo los métodos tradicionales los más usados. Dentro del grupo de adolescentes que no usaban ningún método, ante la pregunta del motivo por el cual no hacían uso de la anticoncepción, el 4,7% de ellas manifestó desconocerlos, el 2,4% tener miedo

a los efectos colaterales, mientras que el 2,0% reportó problemas de salud. Casi todos los motivos mencionados por las entrevistadas, indican que en el país todavía existen ciertas barreras culturales y falta de información que explican que las adolescentes a pesar de ser sexualmente activas no utilicen ningún método anticonceptivo. Entre las adolescentes solteras, a pesar de que una de cada 10 tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años, solo el 32,1% usa métodos anticonceptivos. (INEI-ENAHO 1998)

En el Perú, 12 de cada 100 adolescentes mujeres, cuyas edades fluctúan entre los 15 y 19, años han experimentado la maternidad. El 30.0% son de Loreto, el 27.9% son de Madre de Dios, el 24,9% son de Ucayali el 21.2% son de San Martín, el 20.2% son de Huánuco, el 17.5% son de Tumbes, el 17.1 % son de Cajamarca, el 17.0% son de Pasco. (ENDES, 2011).

A nivel nacional, el 46% de los hogares son violentados y el 28% de los mismos están en crisis; así mismo cabe recalcar que el 4,5 % son familias convivientes, el 5,1% familias separadas, y el 0,8% son divorciados, lo que indica que hay un porcentaje considerable de familias están alterados en cuanto a su funcionalidad. (INEI, 2010)

En la región Amazonas, durante el año 2010, la proporción de gestantes adolescentes fue del 25% del total de embarazos, dichas adolescentes fueron atendidas en los establecimientos de la Dirección Regional de Salud Amazonas. (DIRESA, 2010). Por otra parte se debe mencionar que no se han encontrado estadísticas sobre la situación de la funcionalidad familiar en la región, sin embargo en algunas tesis realizadas en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, se puede apreciar que las familias presentan disfuncionalidad en más del 50% en el ámbito de la ciudad de Chachapoyas (Culqui, 2012).

Frente a este panorama los estudiantes de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas no están exentos a tener conductas sexuales de riesgo, entre ellos el inicio precoz de relaciones sexuales, embarazos no deseados y a temprana edad, promiscuidad, transmisión sexual de ITS y VIH-SIDA, ya que ellos

proceden de la misma ciudad de Chachapoyas y la mayoría de otros distritos y provincias de Amazonas, por lo que los estudiantes tienen que vivir solos en cuartos alquilados lo que constituye en riesgo en función de las conductas que tengan que asumir. En los análisis realizados por la facultad de enfermería se ha podido observar que los estudiantes refieren que en sus familias hay muchos problemas como el abandono familiar, violencia familiar y otros que pudiesen influir en el desarrollo de los estudiantes.

Considerando la problemática en torno a la conducta sexual del adolescente y la funcionalidad familiar se plantea el siguiente problema de investigación. ¿Qué relación existe entre el funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2013?, considerando que este problema afecta a un gran número de personas, además puede alterar el normal desarrollo del adolescente e influir de manera determinante en las posteriores etapas de vida.

El objetivo general del presente estudio fue determinar la relación que existe entre el funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza Chachapoyas – 2013, y cuyos objetivos específicos fueron: identificar el funcionamiento familiar e identificar las conductas sexuales de riesgo de los estudiantes considerados en la investigación.

## II. BASE TEÓRICA

### 2.1 Familia.

- a) **Definición de la familia:** Las definiciones de familia son diversas y van a variar de acuerdo a los planteamientos epistemológicos del investigador, el contexto sociocultural, etc. Para la investigación se han tomado como referentes las siguientes:

La familia es como: “un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado. Además, ciertas facetas, tales como su estructuración única de género y generación lo diferencian de otros sistemas sociales. Más allá de esto, cada sistema individual familiar está configurado por sus propias facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, estadio vital), las características psicobiológicas de sus miembros individuales (edad, género, fertilidad, salud, temperamento, etc.) y su posición sociocultural e histórica en su entorno más amplio.”(Arenas, 2009).

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. (López, 2003).

La familia puede ser definida de diversas maneras, dependiendo ésta del enfoque y el contexto en la que se analice, sea en lo social, antropológico, psicológico, jurídico, etc. Por ejemplo, para un analista social o sociólogo, la familia será la forma básica de organización sobre la que se estructura una sociedad, la familia será entendida como el soporte de la dinámica social. Mientras que para un antropólogo, la familia será un hecho social total, es decir, el microcosmos de una estructura social vigente, donde la función básica será la de cooperación económica, socialización, educación, reproducción y de relaciones sexuales. La familia, para el análisis jurídico será un conjunto de personas con vínculos de derecho interdependientes y

recíprocos emergentes de la unión sexual y de la procreación, mientras que la Psicología entenderá por Familia, a la célula básica de desarrollo y experiencia unidas por razones biológicas, psicológicas y socioeconómicas; para un economista, la familia significará unidad básica de producción y generación de riqueza de la sociedad.

Para la presente investigación y siguiendo la interpretación previa, se tomará el punto de vista psicosocial, concluyendo y considerando a la Familia como la célula básica e incluyendo a sus aspectos de funcionamiento familiar.

#### **b) Diversidad Familiar:**

Dentro de la familia, es posible distinguir varios tipos según criterios fundamentales: el número de generaciones y la composición, el lugar de la residencia y la línea de ascendencia. (López, 2003)

El número de generaciones y la composición:

- ✓ Familia extensa: Incluye individuos de todas las generaciones que tengan representantes vivos, los cónyuges de aquellos y los hijos (adultos o no) de todas las parejas conyugales.
- ✓ Familia troncal es aquella donde los hijos adultos de una pareja dejan el hogar de los padres menos uno, que se casa y vive con su cónyuge y sus futuros hijos.
- ✓ Familia conyugal o nuclear está constituida por una pareja casada y los hijos habidos de esa unión.
- ✓ Familia extensa consta de una persona, un posible compañero, los hijos que puedan tener y otros familiares que viven con ellos en la misma casa.
- ✓ Familia mixta es una variante de la familia nuclear en la que sigue habiendo dos generaciones únicamente, pero en la que se incluyen la mujer y el marido y los hijos del matrimonio previo.
- ✓ La familia de unión de hecho se asemeja a la familia nuclear pero en ella no existe un contrato legal (matrimonio).
- ✓ Familia monoparental constituida por dos generaciones un adulto (Hombre o mujer) que se encuentra solo tras un proceso de divorcio, o

de separación, muerte. Dicho adulto vive con sus hijos, a los que pueden unirle lazos biológicos o no.

- ✓ Familia comunal formada por mujeres, varones e hijos viviendo juntos, compartiendo derechos y responsabilidades, usando de manera colectiva la propiedad y, en ocasiones fuera de la relación monogámica tradicional.
- ✓ La familia serie formado por un varón y una mujer que han pasado por una sucesión de matrimonios adquiriendo varios esposos/as y diferentes familias a lo largo de sus vidas aunque siempre viviendo en una familia nuclear en cada periodo.
- ✓ Familia cohabitante es una relación relativamente permanente entre dos personas solteras de diferente sexo que conviven sin vínculos legales.
- ✓ Familia homosexual son parejas del mismo sexo que mantienen una relación relativamente permanente, con hijos unidos o no por lazos biológicos.

El lugar de la residencia

- ✓ Familia matrilocal es aquella en la que la nueva pareja vive con los padres de la mujer.
- ✓ Familia patrilocal es aquella en la que la nueva pareja vive con los padres del varón.
- ✓ Familia neolocal es aquella en la que la nueva pareja vive en un hogar que no es el hogar del marido ni de la mujer.

La línea de ascendencia

- ✓ Familia patriarcal es aquella donde la ascendencia y generalmente la autoridad, está determinada por el padre.
- ✓ Familia matriarcal es aquella donde la ascendencia y generalmente la autoridad, está determinada por la madre.

**e) Ciclo vital familiar:** Estrada (1997); citado por Bautista de la Cruz (2010).

Toda familia pasa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir. Pero este ciclo encierra también momentos especiales y de dificultades para toda la familia.

### Etapas del ciclo vital:

- ✓ El desprendimiento: Esta etapa es una de las más dolorosas especialmente para los padres, pues en ella el joven abandona su hogar para buscar un compañero fuera de su familia, los padres por su parte son quienes en ocasiones se resisten a la separación, aun así la familia debe contar con la capacidad para ir saltando de una etapa a la otra por más doloroso que resulte este trance.
- ✓ El encuentro: en esta fase se da el contrato matrimonial, al unirse matrimonio las expectativas de cada cónyuge está basadas en sus experiencias que han compartido durante varios años dentro de su seno familiar, esto en algún momento determinado se proyecta en la persona que será su cónyuge.
- ✓ La llegada de los hijos: El matrimonio requiere espacio físico y emocional, la pareja se ve en la necesidad de reestructurar el contrato matrimonial pues ahora cumplen dos funciones o roles esenciales; el de la pareja y el de padres, además se reforman las reglas que hasta ese momento han venido rigiendo a ese matrimonio.
- ✓ La adolescencia: En este ciclo se pone a prueba la flexibilidad del sistema familiar, ya que existen varios cambios dentro de éste; el adolescente presenta mayor frecuencia los problemas emocionales, los padres ya se encuentran en la madurez y se ven obligados a revivir nuevamente su adolescencia, lo que dificulta un poco más este trance. Para que el sistema pueda manejar esta etapa y pase a la siguiente es necesario que el adolescente logre la madurez en su desarrollo y que los padres igualmente lo hagan y como consecuencia llegar al momento del desprendimiento o separación por parte de los jóvenes para formar una pareja fuera de su familia, tal y como un día lo hicieron sus padres.
- ✓ El reencuentro: Etapa conocida también como el nido vacío. Los hijos se han ido a formar otras familias, los padres ya se encuentran solos como

en un principio, es necesario volver a recordar lo olvidado, a ser esposa y esposo nuevamente, como antes de la llegada de los hijos.

- ✓ Vejez: En esta etapa la muerte se encuentra solo en unos pasos. Unos de los problemas más frecuentes que se presentan en esta etapa de la vida. Por ejemplo cuando él esposo se encuentra jubilado, regresa a casa, y esta vez regresa para siempre, e invade los terrenos que antes solo fueron dominios de la esposa, esto representa amenaza a la individuación y diferenciación de ambos, la solución es tener límites claros de los espacios en donde cada quién pueda funcionar independientemente.

**d) Funciones de la familia:**

Es en el ambiente familiar donde se obtienen los primeros conocimientos sobre la vida, los sentimientos de amor, la confianza en sí mismo y el aprecio por los demás. La vida familiar es el pilar del desarrollo individual, pues los hijos adquieren las creencias, los valores, las costumbres que serán la pauta de su comportamiento a lo largo de su vida; considera a la familia una matriz social, porque en ella se produce el nacimiento físico y psicológico del individuo, construye su identidad y se afirma, configura su personalidad y socializa a la persona, además de ello se le incorporan los mecanismos de adaptación necesarios para que se integre a la sociedad y a la cultura.(Arenas, 2009)

La familia es la unidad social más pequeña de la sociedad pero la más relevante por su rol en el desarrollo y ajuste social- psicológico del individuo; a través de su función socializadora educativa y de prevención de conductas de riesgo. (Camacho, 2002)

Así mismo Navarro y cols (2007) agregan que la familia también cumple funciones que le permiten garantizar supervivencia y perpetuación de la cultura en la sociedad, siendo sus funciones principales las siguientes: (citado por Arenas 2009).

- ✓ Desarrollo de la identidad. 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 (Ferreira, 2003). 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 en problemas sociales como la drogadicción, pandillaje, etc.
  
- ✓ Agente de Socialización. 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.
  
- ✓ Agente de protección y apoyo. La familia como agrupación de seres humanos unidos por vínculos afectivos, tiene un rol importante en la vida de cada persona ya que la interrelación entre los miembros está basada en sentimientos de apego y amor. Toda función de la familia (biológica, psicológica, económica y educativa) tiene como base los lazos afectivos entre sus miembros.

## **2.2 Funcionamiento familiar.**

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, el

clima emocional, la comunicación efectiva, el buen afrontamiento y resolución de problemas. (Fuentealba, 2007).

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. (Arenas, 2009).

**a) Tipos de familia según 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 (Larocca, 2006).
- ✓ Familia moderadamente funcional: Dentro de los roles de la familia existen uno o dos puntos críticos que tardan en resolverse de esta manera hace que la integración se debiliten (Fernanda, 2006).
- ✓ 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 (Larocca, 2006).
- ✓ Familia Severamente Disfuncional: Cuando esto ocurre con ambos miembros o con los familiares cercanos, decimos que se ha creado una familia disfuncional, es decir una familia ineficiente, problemática, que no funcionará bien porque no sustenta, no escucha, no incentiva,

23 SEP 2014



crítica y manipula y por tanto no realizará sus objetivos (Larocca, 2006).

**b) Dimensiones del funcionamiento familiar:** Louro Bernal y otros (2002).

El funcionamiento familiar, como dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia, se produce en forma sistémica y es relativamente estable. Condiciona el ajuste de la familia al medio social y bienestar subjetivo de sus integrantes. Se evalúa a través de la categoría de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

- ✓ **Cohesión:** Es la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.
- ✓ **Armonía:** Es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- ✓ **Comunicación:** Donde los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- ✓ **Permeabilidad:** Es la capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- ✓ **Afectividad:** Es la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- ✓ **Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- ✓ **Adaptabilidad:** Es la habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

**c) La familia como un sistema:**

La familia es un sistema compuesto de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa. Cualquier grupo de personas que interactúan entre sí están comprometidas en definir sus relaciones recíprocas de acuerdo a determinadas reglas. Por eso se puede considerar a la familia

como un sistema interactivo gobernado por reglas. La existencia de reglas de relación debido a las cuales el sistema se configura como totalidad garantiza su estabilidad y equilibrio interno. La familia es un todo, es una organización intersistémica que le permite además tener su propia identidad (comportamientos autóctonos de cada familia de acuerdo a sus principios). La familia es un sistema autónomo, por el proceso de retroalimentación tiende a mantener su unidad como ser familiar total. (Zárate, 2004).

La familia es un sistema que tiene características de totalidad y equifinalidad compuesta por seres vivos, donde cada ser vivo es un sistema por sí solo, y que la familia es más que la suma de ellos como individuos, los cuales se encuentran interrelacionados por complejos procesos y organizaciones. Por lo cual cualquier hecho que afecte a uno de los miembros puede afectar a toda la familia y viceversa. En este sentido consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por varios subsistemas de funcionamiento interno e influenciado por una variedad de sistemas externos (Fuentealba, 2007).

#### **Tipos de sistemas:**

✓ Sistema Cerrado:

Existe un principio que afirma que la entropía es una característica de los sistemas cerrados para la cual determinado proceso se verifique en estos sistemas acabará en un estado de equilibrio gracias al cual todos los elementos participantes se homogenizan y todo el proceso se detiene.

✓ Sistema Abierto:

Hay importación y exportación de material. El grupo familiar es un sistema abierto tanto hacia el mundo interno de las personas que lo conforman el sistema familiar desde la cual interactúan vivencias de información, como hacia el sistema social que lo rodean y les imponen sus normas y determinan algunos valores fundamentales.

## 2.3 Adolescencia.

### a) Etimología:

La palabra adolescencia viene del verbo latino *adolescere*, que significa “crecer” o llegar a la “madurez” (Golinko, 1984)

### b) Definición:

La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la vida adulta durante el cual acontece la maduración sexual, empieza el pensamiento de operaciones formales, y ocurre la preparación para ingresar al mundo de los adultos. Una tarea psico social importante de esta etapa es la formación positiva. A medida que los adolescentes buscan una mayor independencia de los padres, también desean un mayor contacto y un sentido de pertenencia y compañía con los padres. (Krauskopf, 2006).

La adolescencia como el período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanza su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio (Krauskopf, 1995).

### c) Etapas de la adolescencia:

La Organización mundial de la salud (OMS) la define como “el periodo de transición que media entre la niñez dependiente de la edad adulta autónoma” y cronológicamente la señala como el periodo que comprendido entre los 10 y 19 años, criterio que se aplica para el desarrollo de las estrategias de atención en salud. Al mismo tiempo, se le ha dividido en etapas de crecimiento y desarrollo psicológico y somático que se estructura en tres fases:

- ✓ Adolescencia temprana: Compreendida entre los 10 y los 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.

- ✓ 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.
  
- ✓ 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. Se caracteriza por una completa maduración física, social y legal, logros definitivos e imprescindibles para la maduración psicológica. El individuo se siente más próximo a los valores de sus padres. La conducta sexual se vuelve más expresiva y puede establecer relaciones íntimas más estables con definición de su rol sexual.

**d) Características relevantes en la adolescencia:**

- ✓ Desarrollo físico: Son características anatómofisiológicas se deben principalmente a la actividad hormonal, bajo la influencia del sistema nervioso central. La diferencia física entre los sexos queda definitivamente establecida por la maduración de las características sexuales primarias, es decir, los órganos internos y externos que llevan a cabo las funciones reproductoras (por ejemplo los ovarios, el útero, el pecho y el pene), y la aparición de las características sexuales secundarias, como resultado del cambio hormonal (por ejemplo, alteración en la voz, el desarrollo del vello facial y puberal y los depósitos de grasa); estas últimas no desempeñan un papel directo en la reproducción. En esta etapa se hace presente la menarquía, la primera menstruación, en la mujer y las primeras eyaculaciones en el varón, también empiezan a experimentar sensaciones como la masturbación.

- ✓ Conflicto psíquico: Según Anna Freud caracterizó a la adolescencia como un periodo de conflicto interno, desequilibrio psíquico y conducta errática. El desequilibrio es causado por el incremento de las pulsaciones instintivas (ello) en el momento en el que tiene lugar la maduración sexual. El incremento en el ello presenta un reto directo entre al yo y superyó, que buscan reducir la expresión del ello. El equilibrio psíquico se restablece cuando el ello-yo-superyó. El yo emplea mecanismos de defensa para protegerse, pero su uso excesivo puede ser nocivo para el individuo.
  
- ✓ Búsqueda de la identidad: Para Erikson (1950) la identidad es la principal tarea psicosocial de la adolescencia: La identidad es la experiencia interna de mismidad, de ser nosotros mismos en forma coherente y continua, a pesar de los cambios internos y externos que enfrentamos en nuestra vida". La identidad tiene muchos componentes características sexuales, sociales, físicas, psicológicas, morales, ideológicas y vocacionales que componen al yo en su totalidad. De esta manera, los individuos pueden ser identificados por sus características físicas, apariencia y figura; por su sexo biológico y representación de los roles de género; por su habilidades en la interacción social y la pertenencia a grupos; por su elección de carrera y logro académico; por su militancia política, afiliación religiosa, moral, valores y filosofía; por su identidad étnica; por sus características de personalidad, ajuste psicológico y salud mental.
  
- ✓ Relaciones con los padres: Durante la adolescencia, la relación padre-hijo evoluciona de una protección-dependencia a otra de afecto mutuo e igualdad. El proceso de adquisición de independencia acarrea con frecuencia confusión y ambigüedad. Por una parte, se acepta a los adolescentes como pre adultos, en proceso de maduración, se les permiten los privilegios hasta ahora denegados y se le dan cada vez más responsabilidades. Un ejemplo característico de ello los constituye la lucha entre los padres y los adolescentes acerca de la hora de llegar a casa por la noche.

- ✓ Relaciones heterosexuales: Durante la adolescencia, las relaciones con los miembros del sexo opuesto adquieren un nuevo significado. Primero, lo normal es que comiencen las citas de grupo, casi siempre para actividades escolares organizadas; por ejemplo, un grupo de niñas queda con otro de chicos para realizar alguna tarea. Después comienzan las citas de dos o tres parejas y a continuación las de una sola. El tipo y grado de seriedad de las relaciones heterosexuales varía. El estadio inicial es casi siempre no comprometido, extremadamente variable y pocas veces caracterizado por una unión romántica fuerte. Cuando se inicia la etapa intermedia de la adolescencia, periodo en el que a menudo se desarrolla la capacidad sexual, los jóvenes sienten con frecuencia la necesidad de probar la fuerza de su sexualidad con numerosas proezas y conquistas.

#### **2.4 Conductas sexuales de riesgo en el adolescente:**

La trascendencia del estudio de las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes es abordar la salud de los y las adolescentes según sus necesidades. Respecto al desarrollo de las conductas sexuales de riesgo muchas de ellas se originan o se pierden durante la adolescencia y son fruto de una experimentación de diferentes conductas realizadas en la búsqueda de su identidad. y la autoexploración y exploración de los demás. Estas conductas pueden ser fomentadas o reforzadas por sus pares o familiares, transformándose de esta forma en parte de la vida diaria del adolescente. (Rojas, 2011)

Los adolescentes dan sentido a las transformaciones de su cuerpo en dos sentidos: como vía de procreación y, lo que resulta más riesgoso, como vía de disfrute sexual y de atracción física erótica para otras personas. Sus manifestaciones pueden clasificarse en fantasías y deseos, caricias, atracción y búsqueda de pareja, y coito. Diversos estudios señalan que el inicio sexual, la tenencia de relaciones sexuales sin protección y el tener un alto número de parejas sexuales, entre otros comportamientos sexuales de riesgo. (Rojas, 2011)

También se debe mencionar que hay algunos factores que contribuyen al aumento de las relaciones sexuales en los adolescentes como disminución del

aporte afectivo de la familia, que induce a los jóvenes a buscar apoyo en sus pares, incapacidad de los adultos para impartir normas de conducta claras e inequívocas a los adolescentes, movilidad creciente de los adolescentes y menos vigilancia social, debido en gran parte a la creciente urbanización, falta de programas de educación sexual en las instituciones educativas, adopción de nuevos valores que muchas veces son provenientes de otras culturas, ciertos cambios de carácter fisiológico e influencia de los medios de comunicación que cada vez son más explícitos en cuanto a relaciones sexuales.(Rojas, 2011).

**a) Dimensiones de las conductas sexuales de riesgo:**

Las dimensiones de las conductas sexuales de riesgo son: (Rojas, 2011)

- ✓ 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.
- ✓ Más de una pareja sexual (promiscuidad). Esto 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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 descuido, 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. Inadecuado uso de métodos anticonceptivos Tener la información

oportuna y verídica acerca de las diversas alternativas de anticoncepción y prevención de ITS es fundamental para los adolescentes, muchos de ellos comenten errores por una inadecuada información ya sea por vergüenza, temor no acuden por ayuda, en otros casos simplemente se observa la omisión.

- ✓ Prácticas de sexo oro-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 y daño psicológico al no sentir lo que esperan o ser un acto desagradable.
- ✓ Relaciones fugaces: Este tipo de relaciones es muy comunes 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.

## **2.5 Teorías y Modelos:**

Las teorías que respaldan la investigación son las siguientes:

### **a) Teoría estructural familiar del funcionamiento familiar:(González, 2007)**

El modelo estructural se define como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” estas pautas establecen como, cuando, y con quien cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de los sus miembros.

La familia es la unidad social, y se la considera como una organización social primaria que se caracteriza por sus vínculos, y por las relaciones afectivas que en su interior se dan, constituyendo un subsistema de la organización social. Los miembros del grupo familiar cumplen roles y funciones al interior de esta, funciones y roles que son los que permiten

relacionarse con otros sistemas externos, tales como el barrio, el trabajo, la escuela, etc.

Es dentro del grupo familiar en donde se aprenden los valores y se transmite la cultura, la cual será filtrada y orientada por cada sistema. La ubicación geográfica de este sistema familiar (rural o urbano) determina también ciertas características de la organización y los roles que en ella se dan.

Toda familia nuclear o extendida se relaciona con otros sistemas con los que debe interactuar, que afectan su dinámica en forma negativa o positiva. En este sentido consideramos a la familia como un sistema integrador multi generacional, caracterizado por varios subsistemas de funcionamiento interno, e influido por una variedad de sistemas externos relacionados.

El paradigma contemporáneo del conocimiento, implica manejar las polaridades inherentes a la condición humana, por cuanto los procesos socio-familiares dan cuenta de movimientos en ambas direcciones, en razón de su característica básica de ser sistemas abiertos, dinámicos, permeables, en los que se maneja en forma incesante una situación de normalidad-anormalidad, función-disfunción, vida-muerte, salud-enfermedad, mente-cuerpo.

Esta teoría fundamenta la investigación en el sentido de que la familia es una unidad funcional, considerada como un sistema integrador donde los miembros del grupo cumplen roles y funciones que son los que permiten relacionarse con otros sistemas externos, tales como el lugar donde residen, la universidad, el trabajo, etc. Es dentro del grupo familiar donde los adolescentes aprenden los valores y se transmite, la cual será filtrada y orientada por cada sistema. El funcionamiento familiar en este sistema determina ciertas características de la organización y los roles que en ella se dan.

**b) La teoría ecológica del desarrollo de Bronfenbrenner (Ortiz, 1997)**

Desde la postura de la ecología del desarrollo humano, se fundamenta una serie de interrelaciones e interdependencias complejas entre el sistema orgánico, el sistema comportamental y sistema ambiental. Al hablar de ambiente no sólo se contemplan los factores físicos y sociales, sino también las percepciones y cogniciones que de aquél tienen las personas, es decir, el sentido y significado que el ambiente adquiere para las personas que interaccionan en él y con él. Así, son considerados tanto aspectos físicos, biológicos y psicológicos como sociales, etnoculturales, económicos y políticos. Su análisis es muy útil para describir posteriormente los factores de protección y de riesgo para la familia, teniendo en cuenta todas las esferas posibles de influencias que convergen sobre el espacio ecológico familiar y el de sus miembros.

Según Bronfenbrenner (2002), existen cuatro tipos de sistemas que guardan una relación inclusiva entre sí: el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema.

El Microsistema: es el sistema ecológico más próximo, ya que comprende el conjunto de relaciones entre la persona en desarrollo y el ambiente inmediato en que se desenvuelve (microsistema familiar y microsistema escolar, por ejemplo). En los microsistemas ocurren dos efectos importantes: Los del primer orden, que se producen en el contexto de una diada y los de segundo orden que afectan de forma indirecta a las diadas a través de la mediación de terceros, es por ejemplo la red de relaciones sociales de la familia.

El Mesosistema: comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (relaciones familia-escuela, por ejemplo). Un mesosistema es un sistema de microsistemas y, por lo tanto, su descripción y análisis debe realizarse en los mismos términos que los microsistemas: relaciones, actividades y roles.

El Exosistema: se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante, pero en los cuales se producen hechos que afectan a todo aquello que ocurre en el entorno que

comprende a las personas en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno (por ejemplo la familia extensa, las condiciones y experiencias laborales de los adultos y de la familia, las amistades, las relaciones vecinales etc.). De ahí la importancia de vincular de forma efectiva los hechos que suceden en un exosistema con los hechos que acontecen en un microsistema, teniendo siempre presente los cambios evolutivos de la persona en desarrollo.

El Macrosistema: se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro, meso y exo) que existen o podrían existir en el nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad. Esta estructura anidada recoge, en consecuencia, el conjunto de creencias, actitudes y valores que caracterizan la cultura de la persona en desarrollo (por ejemplo los prejuicios sexistas, la valoración del trabajo, un período de depresión económica, etc.). Desde esta postura, el afecto se considera el elemento más importante de protección y amortiguador de tensiones.

**c) Teoría psicosexual.(Ortiz, 1997)**

Freud, pensaba que los primeros años de vida son decisivos en la formación de la personalidad, a medida que los niños desarrollan conflictos entre sus impulsos biológicos innatos relacionados con la sexualidad y las restricciones de la sociedad. Estos conflictos se presentan en etapas invariables del desarrollo psicosexual.

Etapas del desarrollo psicosexual:

- ✓ Etapa oral (De los 0 a los 12 -18 meses). La principal fuente de placer del bebe se orienta hacia actividades de la boca como chupar y comer.
- ✓ Etapa Anal (De los 12 -18 meses a los 3 años). La retención y expulsión de sus heces produce palcer en el niño. La zona de gratificación es la anal.

- ✓ Etapa Fálica (De los 6 años a la pubertad). Época del “romance Familiar”; se da el complejo de Edipo en los niños y el complejo de Elektra en las niñas.
- ✓ Etapa de Latencia (De los 6 años a la pubertad). Los jóvenes empiezan a adoptar los roles de género y desarrollan su superego. Pueden socializarse, desarrollan habilidades y aprenden de ellos mismos.
- ✓ Etapa genital (Adolescencia y edad adulta). Los cambios fisiológicos de la pubertad, hacen que la energía estimule la sexualidad. Es la última etapa, antes de entrar en la edad adulta.

**d) Modelos de sistemas conductuales de Doroty Jhonson.(Marriner, 2007)**

Doroty Johnson publicó su Modelo de sistemas conductuales en 1968, promoviendo así el funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad. Desarrolló su modelo basándose en la psicología, sociología y etnología, disciplinas de la antropología y psicología, adaptándola de forma especial a la teoría general de sistemas, basándose en que el individuo está conformado por subsistemas conductuales interactivos e interdependientes, relacionados entre sí y que funcionan como un todo integrado. También se basó en la teoría del entorno de Florence Nightingale que refiere que la enfermería está designada a ayudar a las personas a encontrar y desarrollar la forma de prevenir o recuperarse de una enfermedad o lesión.

Según Johnson las personas son un sistema conductual, conformado por siete subsistemas (dependencia, alimentación, eliminación, sexual, agresividad, realización y afiliación) donde cada subsistema tiene objetivos estructurales como: 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.

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 un equilibrio estable mediante como se van adaptando a la sociedad.

Las conductas sexuales de riesgo atentan contra la salud de los estudiantes se pueden abordar en la práctica bajo este modelo de atención, debido a que trabaja con los individuos como un sistema integral, abordando los problemas de salud según los subsistemas afectados, como no trata los problemas específicos, es una herramienta útil para tratar y prevenir las alteraciones conductuales en los jóvenes producto de la relación del individuo y el medio, de forma individual como colectiva.

## **2.6 Hipótesis.**

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2013

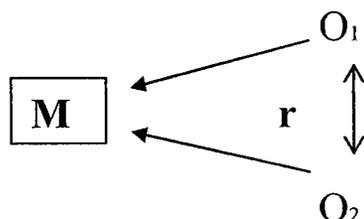
Ho: No Existe relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2013.

### III. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1. Tipo y diseño de la investigación.

El estudio fue de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal prospectivo, con enfoque cuantitativo, no experimental. (Hernández, 2010).

El diseño de la investigación se representa con el siguiente diagrama.



#### Dónde:

M = Estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería

r = Relación de las variables.

• O<sub>1</sub> = Funcionamiento familiar

O<sub>2</sub> = Conductas sexuales de riesgo

#### 3.2. Universo muestral:

Se consideró a todos los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, que fueron un total de 46 adolescentes.

#### Criterios de inclusión:

- Estudiantes matriculados que hayan tenido entre 17 y 19 años de edad en el momento del estudio.
- Estudiantes universitarios matriculados en ciclo regular de la Facultad de Enfermería de ambos sexos, año 2013-II.

#### Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no deseen participar en el estudio
- Estudiantes que no hayan iniciado su vida sexual activa.

### **3.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos:**

**3.3.1. Método:** La encuesta (Canales, 1994).

**3.3.2. Técnica:** La técnica utilizada fue el cuestionario (Canales, 1994).

**3.3.3. Instrumento:**

- Para medir la variable Funcionamiento Familiar se utilizó el “Test de funcionamiento familiar FF – SIL”, dicho instrumento es una prueba que consiste en la evaluación de la dinámica en las relaciones intrafamiliares. El cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), fue validado por Espejel (1987,1994) y modificado por López Nicolás (2003) presentando una validez=3.82 y confiabilidad=0.93; esta prueba aporta información válida y confiable para medir los procesos relacionados con el funcionamiento familiar, selecciona siete procesos que implica cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad y son catorce afirmaciones que componen la prueba, para el presente estudio no se modificó el instrumento de investigación, la escala para los ítems es la siguiente:

- ✓ Casi nunca (1).
- ✓ Pocas veces (2).
- ✓ A veces (3)
- ✓ Muchas Veces (4)
- ✓ Casi Siempre (5).

Clasifica al funcionamiento familiar:

- ✓ Familias funcional (70 a 57 puntos).
  - ✓ Familia moderadamente funcional (56 a 43 puntos).
  - ✓ Familia disfuncional (42 a 28 puntos).
  - ✓ Familia severamente disfuncional (27 a 14 puntos)
- Para medir la variable Conductas Sexuales de Riesgo se utilizó la “Escala de conductas sexuales de riesgo” elaborado por la investigadora, el mismo que consta de 18 ítems orientadas a

identificar las conductas sexuales de riesgo en los estudiantes adolescentes.

El instrumento que constó de 6 dimensiones: inicio precoz de las relaciones coitales, no uso de métodos anticonceptivos, más de una pareja sexual (promiscuidad), cambio frecuente de parejas, relaciones fugaces, prácticas de sexo oro-genital y génito-anal sin protección:

Para cada dimensión:

- Inicio precoz de las relaciones coitales.
  - Bajo (2 a 4 puntos)
  - Medio (5 a 6 puntos)
  - Alto (7 a 8 puntos)
- Uso de métodos anticonceptivos.
  - Bajo (4 a 8 puntos)
  - Medio (9 a 11 puntos)
  - Alto (13 a 16 puntos)
- Más de una pareja sexual (promiscuidad)
  - Bajo (4 a 8 puntos)
  - Medio (9 a 11 puntos)
  - Alto (13 a 16 puntos)
- Cambio frecuente de parejas.
  - Bajo (2 a 4 puntos)
  - Medio (5 a 6 puntos)
  - Alto (7 a 8 puntos)
- Relaciones fugaces.
  - Bajo (2 a 4 puntos)
  - Medio (5 a 6 puntos)
  - Alto (7 a 8 puntos)
- Prácticas de sexo oro-genital y génito-anal sin protección
  - Bajo (4 a 8 puntos)
  - Medio (9 a 11 puntos)
  - Alto (13 a 16 puntos)

Para la variable Conductas sexuales de riesgo:

- ✓ Conductas sexuales de alto riesgo: De 72 a 55 puntos
- ✓ Conductas sexuales de mediano riesgo: De 54 a 36 puntos
- ✓ Conductas sexuales de bajo riesgo: De 35 a 18 puntos

### **Validez y Confiabilidad**

La validez del contenido se trabajó sobre la opinión de 5 jueces expertos quienes respondieron a un cuestionario dicotómico que indaga sobre la validez o no de cada ítem propuesto, a los resultados obtenidos se aplicó la distribución binomial y la Z de Gauss para la aceptación total del instrumento  $n=50$ , al 5% de significancia estadística. El valor obtenido fue de 8.88178, dato que supera lo establecido por la teoría (1.64), el cual indica que el instrumento es adecuado. (Ver anexo 04)

La confiabilidad del instrumento se realizó mediante una prueba al 10% de la población de estudio, sometido a la prueba estadística de confiabilidad alfa de Cronbach. Los resultados muestran una alta confiabilidad del instrumento (0.855). . (Ver anexo 05)

#### **3.3.4. Procedimiento de recolección de datos:**

- Se remitió una solicitud a la oficina de OGRYA de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, con el propósito de solicitar los datos estadísticos de los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería.
- Se remitió una solicitud a la Decana de la Facultad de Enfermería Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, con el propósito de solicitar permiso correspondiente para ingresar a las aulas de la facultad.
- Se coordinó con los docentes de la Facultad de Enfermería para que puedan permitir aplicar el instrumento.

- Se aplicó el instrumento a todos los estudiantes en sus respectivas aulas y de manera masiva.

### **3.4. Análisis de Resultados:**

Los datos fueron codificados y procesados a partir del formato del software estadístico SPSS versión 20 y del programa Excel versión 2010, de los cuales se obtuvieron las distribuciones absolutas y porcentuales. Los resultados se muestran en tablas simples y de contingencia, además de los gráficos de barras. Para el análisis de correlación se elaboró el cuadro de contingencia o tabulación cruzada con lo cual se pudo calcular el valor la prueba no paramétrica Ji cuadrado.

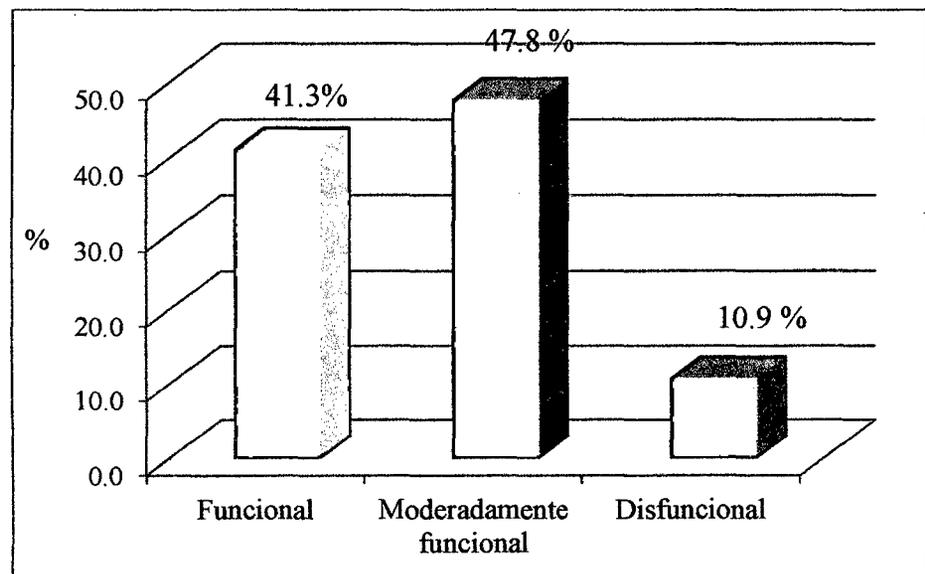
#### IV. RESULTADOS

**TABLA 01: Funcionamiento Familiar en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas 2013**

Funcionamiento familiar	fi	%
Funcional	19	41.3
Moderadamente funcional	22	47.8
Disfuncional	5	10.9
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Test de funcionamiento familiar FF – SIL aplicado

**GRÁFICO 01: Funcionamiento Familiar en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas 2013**



FUENTE: Tabla 01

#### **Interpretación**

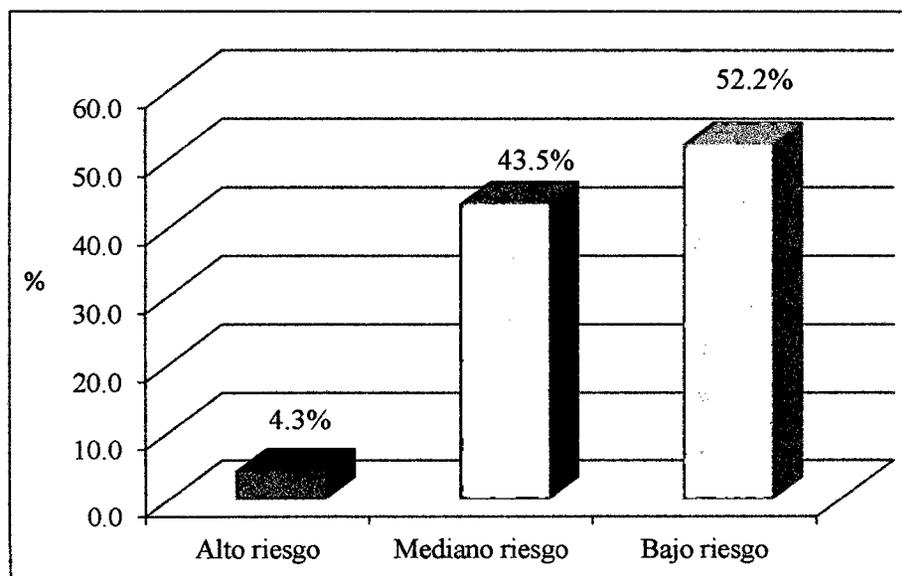
En la tabla y gráfico 01, se observa que del 100% (46) de los estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería, el 47.8% (22) tienen familia moderadamente funcional, el 41.3% (19) familia funcional y el 10.9% (5) familia disfuncional.

**TABLA 02: Conductas sexuales de riesgo en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas 2013.**

Conductas sexuales de riesgo	fi	%
Conductas sexuales de alto riesgo	2	4.3
Conductas sexuales de mediano riesgo	20	43.5
Conductas sexuales de bajo riesgo	24	52.2
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Escala de conductas sexuales de riesgo aplicado

**GRÁFICO 02: Conductas sexuales de riesgo en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas 2013.**



FUENTE: Tabla 02

### Interpretación

En la tabla y gráfico 02, se observa que del 100% (46) de los estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería, el 52.2% (24) tiene conductas sexuales de bajo riesgo, el 43.5% (20) conductas sexuales de mediano riesgo y solamente el 4.3% (2) conductas sexuales de alto riesgo.

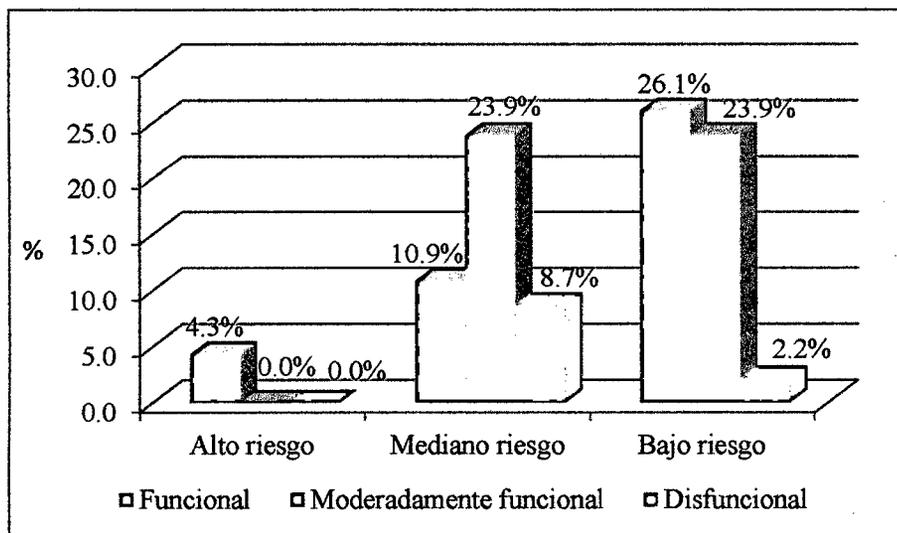
**TABLA 03: Funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo en estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas 2013**

<b>Funcionamiento familiar</b>	<b>Conductas sexuales de riesgo</b>							
	Alto riesgo		Mediano riesgo		Bajo riesgo		Total	
	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Funcional	2	4.3	5	10.9	12	26.1	19	41.3
Moderadamente funcional	0	0.0	11	23.9	11	23.9	22	47.8
Disfuncional	0	0.0	4	8.7	1	2.2	5	10.9
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4.3</b>	<b>20</b>	<b>43.5</b>	<b>24</b>	<b>52.2</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Test de funcionamiento familiar FF – SIL y Escala de conductas sexuales de riesgo aplicado

$X^2 = 7.330$      $gl = 4$      $p = 0.119 > 0.05$  (no hay relación)    Correlación de Spearman: -0.174  
R Pearson: -0.132

**GRÁFICO 03:Funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo en estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas 2013.**



FUENTE: Tabla 03

### Interpretación

En la tabla y gráfico 03, se observa que del 100% (46) de los estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería, el 23.9% (11) tiene conductas sexuales de bajo riesgo y familia moderadamente funcional, asimismo el 26.1% (12) tiene conductas sexuales de bajo riesgo y familia funcional, por otra parte el 23.9 % (11) tiene conductas sexuales de mediano riesgo y familia moderadamente funcional, no se observa porcentajes de estudiantes con familia disfuncional o moderadamente funcional y conductas sexuales de alto riesgo. Los resultados obtenidos en la prueba de Ji cuadrado ( $X^2=7.330$ ,  $gl= 4$ ,  $p = 0.119 > 0.05$ ) indican que no existe relación entre el funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes en estudio.

Por otra parte los datos se sometieron a las pruebas estadísticas de Correlación de Spearman (-0.174) y R Pearson (-0.132), cuyos datos muestran una tendencia a correlación inversa, lo que indica que a mayor funcionalidad familiar los adolescentes presentan conductas sexuales de bajo riesgo, sin embargo no se trata una correlación concluyente, sino más bien una tendencia entre ambas variables.(Anexo 06)

## V. DISCUSIÓN:

En la tabla/gráfico 01, se observa que del 100% (46) de los estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería, el 47.8% (22) tienen familia moderadamente funcional, el 41.3% (19) familia funcional y el 10.9% (5) familia disfuncional.

Al respecto Ampuero (2011) en una investigación sobre funcionalidad familiar de adolescentes embarazadas realizado en la ciudad de Chachapoyas arribó a los siguientes resultados: el 83.3% provienen de familias con disfunción moderada; el 13% son de familias con disfunción leve, mientras que del 3.7% son de familias con disfunción grave, no se encuentra adolescentes embarazadas provenientes de familias funcionales; denotándose en un 100% que el embarazo adolescente se da en aquellas que provienen de familias con algún tipo de disfuncionalidad; por lo que se concluye que no existe una relación estadísticamente significativa entre autoestima y el funcionamiento familiar con el embarazo en las adolescentes.

Por otra parte Culqui (2012), en su estudio sobre funcionamiento familiar y e iniciación sexual realizado en adolescentes del 3ro y 5to de secundaria realizado en la ciudad de Chachapoyas obtuvo que el 57.1% de adolescentes provienen de una familia moderadamente funcional siendo estos resultados similares al presente estudio.

Contrastando con los antecedentes de estudio se puede apreciar que los resultados del presente estudio difieren con la investigación de Ampuero (2011) y son similares a la investigación de Culqui (2012), en el primer estudio se observa mayor frecuencia de disfuncionalidad familiar en las adolescentes embarazadas y en el segundo estudio menor frecuencia de dicha disfuncionalidad, esto podría deberse a que los estudios en mención fueron realizados en muestras con diferentes características y contextos, donde los procesos de funcionalidad familiar estarían determinados por condiciones socioeconómicas, ambientales y culturales.

Ante esto, Larocca (2006), considera que en las familias funcionales 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.

Se podría indicar, luego de contrastar los resultados con otros estudios, que las familias de los adolescentes de la Facultad de Enfermería tienen mayor frecuencia de familias moderadamente funcionales, es decir se toman las decisiones entre todos, predomina la armonía en casa, cada uno cumple sus responsabilidades, hay manifestaciones de cariño, se aceptan los defectos y debilidades de los otros, hay una buena expresión y comunicación, se apoyan cuando alguien tiene problemas, se distribuyen las tareas, los intereses de cada cual son respetados y se toma en consideración experiencias buenas de otras familias, todo ello de forma moderada. Sin embargo es necesario seguir realizando contrastaciones posteriores con otras investigaciones y en otros ámbitos para obtener datos más cercanos a la realidad.

Por tanto; es en el ambiente familiar donde se obtienen los primeros conocimientos sobre la vida, los sentimientos de amor, la confianza en sí mismo y el aprecio por los demás. La vida familiar es el pilar del desarrollo individual, pues los hijos adquieren las creencias, los valores, las costumbres que serán la pauta de su comportamiento a lo largo de su vida; considera a la familia una matriz social, porque en ella se produce el nacimiento físico y psicológico del individuo, construye su identidad y se afirma, configura su personalidad y socializa a la persona, además de ello se le incorporan los mecanismos de adaptación necesarios para que se integre a la sociedad y a la cultura.(Arenas, 2009)

De ello se deriva que la familia sea una de las principales influencias socializadoras de los individuos, quienes adquieren valores, expectativas y pautas de conducta. Es así que padres y hermanos sirven de modelos del comportamiento apropiado o inapropiado, y refuerzan o castigan a la vez la conducta de los adolescentes.

En la tabla 02 se observa que del 100% (46) de los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería, el 52.2% (24) tiene conductas sexuales de bajo riesgo, el 43.5% (20) conductas sexuales de mediano riesgo y solamente el 4.3% (2) conductas sexuales de alto riesgo.

En cuanto a las conductas sexuales de riesgo según dimensiones más del 50% de los estudiantes adolescentes tiene conductas de mediano a bajo riesgo, resalta el hecho de que solamente en la dimensión “no uso de métodos anticonceptivos” tienen conductas sexuales de alto riesgo en un 36.96% (17). (Anexo 07)

Teniendo en cuenta los resultados anteriores, Gonzales et al (2007) realizó un estudio en Chachapoyas con 190 adolescentes encontrando que el 48.4% tiene un comportamiento sexual adecuado, el 30.5 % un comportamiento sexual de riesgo, y el 31.1 % un comportamiento sexual inadecuado. Por otro lado en la carrera de Enfermería se observó que el 9.4% tiene un comportamiento sexual adecuado, el 6.9% tiene comportamiento sexual de riesgo, el 7.4% tiene comportamiento sexual inadecuado; el 90.7% es embarazo no deseado, por ello Gonzales concluyó que el comportamiento sexual no guarda relación con los embarazos que se dieron en los adolescente, cada variable son independientes entre sí.

Se puede observar que hay cierta similitud, en ambos estudios se manifiestan conductas sexuales de riesgo desde un nivel bajo hasta un nivel alto, lo que puede determinar algunas consecuencias; la trascendencia del estudio de las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes es abordar la salud de los y las adolescentes según sus necesidades; respecto al desarrollo de las conductas sexuales de riesgo muchas de ellas se originan o se pierden durante la adolescencia y son fruto de una experimentación de diferentes conductas realizadas en la búsqueda de su identidad y la autoexploración y exploración de los demás. Estas conductas pueden ser fomentadas o reforzadas por sus pares o familiares, transformándose de esta forma en parte de la vida diaria del adolescente.

Diversos estudios señalan que el inicio sexual, la tenencia de relaciones sexuales sin protección y el tener un alto número de parejas sexuales, entre otros comportamientos sexuales son conductas sexuales de riesgo que asumen los adolescentes. (Rojas, 2011).

La Teoría Psicosexual de Sigmund Freud manifiesta que los cambios fisiológicos de la pubertad hacen que la energía estimule la sexualidad en la adolescencia, por tanto existe el riesgo de que estos impulsos no sean dirigidos adecuadamente y el

adolescente puedan asumir ciertas conductas que a la larga pueden afectar algunas esferas de su ser (Ortiz, 1997).

También se debe mencionar que hay algunos factores que contribuyen al aumento de las relaciones sexuales en los adolescentes como disminución del aporte afectivo de la familia, que induce a los jóvenes a buscar apoyo en sus pares, incapacidad de los adultos para impartir normas de conducta claras e inequívocas a los adolescentes, movilidad creciente de los adolescentes y menos vigilancia social, debido en gran parte a la creciente urbanización, falta de programas de educación sexual en las instituciones educativas, adopción de nuevos valores que muchas veces son provenientes de otras culturas, ciertos cambios de carácter fisiológico e influencia de los medios de comunicación que cada vez son más explícitos en cuanto a relaciones sexuales.(Rojas, 2011).

De la discusión realizada se puede indicar que un poco más de la mitad de adolescentes tienen conductas sexuales de bajo riesgo, sin embargo casi la mitad tiene conductas sexuales de mediano a alto riesgo, lo que significa que inician sus relaciones coitales a temprana edad, no consideran el uso de protección en las relaciones sexuales, son sexualmente activos, tienen varias parejas sexuales, por lo menos tienen relaciones sexuales más de una vez por semana, tienen relaciones sexuales con parejas desconocidas y ocasionales; si bien es cierto los resultados parecen diferir de la realidad en cuanto a las conductas sexuales de riesgo, habría que ampliar y profundizar los estudios en otros entornos para obtener conclusiones más válidas.

En la tabla 03, se observa que del 100% (46) de los estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería, el 23.9% (11) tiene conductas sexuales de bajo riesgo y familia moderadamente funcional, asimismo el 26.1% (12) tiene conductas sexuales de bajo riesgo y familia funcional, por otra parte el 23.9 % (11) tiene conductas sexuales de mediano riesgo y familia moderadamente funcional, no se observa porcentajes de estudiantes con familia disfuncional o moderadamente funcional y conductas sexuales de alto riesgo. la prueba estadística de Ji cuadrado ( $\chi^2=7.330$ ,  $gl= 4$ ,  $p = 0.119 > 0.05$ ) indica que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables en estudio.

Un estudio similar realizado en Colombia por Lugo et al. (2011) sobre “Asociación entre funcionalidad familiar y conductas sexuales de riesgo en adolescente escolarizados de los colegios Pablo VI y CEIS del Municipio de Sópocundinamarca, obtuvo los siguientes resultados: el 12.7% familias balanceadas; el 55.7% familias moderadamente balanceadas; el 29,3% familias de rango medio y el 2,2 % familias extremas. Así mismo el 70,4% no ha tenido su debut sexual y 29,6% ya lo tuvieron; el 31,2% no usa preservativo, el 68% si utiliza preservativo en todas sus relaciones coitales; el 41,9% tuvo dos parejas sexuales, el 6,5% cuatro; el 3,2% seis; el 2,2% siete, 1,1% 17 parejas sexuales. Mediante regresión logística se buscó la asociación entre la funcionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo no se encontró asociación estadísticamente significativa y confiable.

Por otra parte Urreta et al (2008) realizó en Lima una investigación titulada Relación entre funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho en cuanto al funcionamiento familiar de las adolescentes embarazadas del 100%, el 51.3% poseen un funcionamiento familiar funcional y 48.7% disfuncional. Concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre autoestima y el funcionamiento familiar con el embarazo en las adolescentes, por lo que se acepta la hipótesis alterna del estudio.

De manera similar Jiménez (2010) en México, realizó el estudio de investigación titulado: “Funcionalidad Familiar y problemática de salud adolescentes”, teniendo como resultado que el 42,6% contó con familias disfuncionales, 46% moderadamente disfuncionales y sólo el 11.4 % familias disfuncionales. Así mismo la disfuncionalidad familiar tuvo correlación estadísticamente significativa con el estado de salud de los adolescentes, quienes adoptan conductas de riesgo para la salud como participación en riñas, drogadicción, tabaquismo, alcoholismo e inicio de la vida sexual.

Se puede apreciar en los estudios mencionados, el estudio de Lugo (2011) tiene resultados similares a la presente investigación, en el caso de los autores Urreta (2008) y Jiménez (2010) manifiestan resultados diferentes, esto puede deberse a que utilizaron variables de embarazo en adolescentes y problemática de salud de adolescentes en general. Sin embargo cabe recalcar que la adolescencia es una etapa

del desarrollo marcada por importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Estos cambios implican el potencial para lograr una mayor autonomía, que puede llevar a un crecimiento personal en muchos aspectos pero también a que el adolescente se inicie en conductas sexuales de riesgo.

Al evidenciar que no existe relación en el funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo encontrada en esta investigación, se puede deducir que la adopción de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes se encuentra condicionado a otros factores como deficiente educación sexual y reproductiva, limitado acceso a servicios de salud y la participación activa de los jóvenes en la esfera social, cultural y económica que se deberían identificar y controlar a fin de evitar daños mayores en el desarrollo del adolescente.

Si bien es cierto, la literatura menciona constantemente algunos factores como: el funcionamiento familiar que puede influir en la adopción de conductas sexuales de riesgo por parte de los adolescentes, sin embargo estas variables pueden diferir en cuanto al tiempo y espacio, además el grado de relación o no relación de variables puede estar condicionado por la forma como se presentan estas en contextos variados. La autora de esta investigación hace énfasis en el hallazgo de la tendencia a correlación inversa de ambas variables en estudio, indicando que a mayor funcionalidad familiar menores conductas sexuales de riesgo en los adolescentes.

## VI. CONCLUSIONES

1. La mayoría de los estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería provienen de familias moderadamente funcionales.
2. Los estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería presentan mayormente conducta sexual de mediano riesgo.
3. Estadísticamente no existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo de los estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería ( $X^2=7.330$ ,  $gl= 4$ ,  $p = 0.119 > 0.05$ ), lo que indica que ambas variables son independientes entre sí.

## **VI. RECOMENDACIONES.**

### **AL GOBIERNO REGIONAL DE AMAZONAS, MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CHACHAPOYAS.**

- Implementar centros de sana diversión a cargo de psicólogos, enfermeras, obstetras que comprometen tanto a los jóvenes como a sus familias que les permita compartir gratos momentos de unión familiar y les guíe, con la finalidad de erradicar las conductas de riesgo y rescatar la funcionalidad familiar óptima.

### **A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS**

- La elaboración de un plan regional que constituya un modelo de intervención enfocado en la toma de conciencia sobre la gravedad de la problemática de las conductas sexuales de riesgo y la disfuncionalidad familiar, comprometiendo la participación multisectorial, la constitución de redes sociales y la intervención en el nivel local.

### **A LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA Y A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA**

- Desarrollar talleres con temas de conductas sexuales de riesgo y funcionamiento familiar donde los estudiantes se interrelacionen sin temor, que manifiesten los problemas que les aquejan en el desarrollo de su formación profesional e incluyan a los docentes como soporte anímico de comprensión, con la finalidad de que los estudiantes asuman sentimientos de autoconciencia, motivación, entusiasmo, perseverancia, y así mismo tengan la capacidad de entender y auto controlarse en cada circunstancia que se les presente.

### **MEDIOS DE COMUNICACIÓN.**

- Brindar espacios de spot radiales sobre consecuencias de las conductas sexuales de riesgo y la importancia de la funcionalidad familiar que permitan la difusión y propagación de la misma con la finalidad de prevenir la adopción de conductas de riesgo en la juventud y la disfuncionalidad familiar.

## **A LA FAMILIA**

- Recaltar la importancia del establecimiento de normas y límites dentro del seno familiar y a su vez la comprensión y el diálogo de los padres a sus hijos, utilizando esta como una herramienta potencializadora en la formación profesional de los jóvenes universitarios en el desarrollo de todas sus etapas (niño, adolescente, adulto, etc.).

## **A LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA.**

- Tomar conciencia de sus actos frente a cualquier circunstancia que se les presente.
- Buscar ayuda en caso de tener problemas de conductas sexuales de riesgo o funcionamiento familiar.

## **VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **LIBROS:**

1. Canales, Francisca. (1994). Metodología de la Investigación Científica. 2da. Edic. Editorial Washintong. México. Pág. 108-115 y 124-135. .
2. Hernandez, Roberto; Fernández, Carlos y Baptista, Lucio (2010). Metodología de la Investigación. 5ta. Edic. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México. Pág. 120.
3. López Larrosa, Silvia. (2003). Familia, Evaluación e Intervención. Editorial CCS, Alcalá, 166/28028. Madrid. Pág. 29-31; 37-53; 57-71.
4. Marriner Tomey et a. (2007). Modelos y Teorías de Enfermería. 6ta. Edición. Editorial Elsevier. España. Pág. 385- 399.
5. Ortiz, Elena. (1997). Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo Vital. 2da. Edición. Editorial Litografica Ingrams S.A. Impreso en México. Pág. 7; 266-267; 326-426.

### **TESIS Y MONOGRAFÍAS:**

1. Ampuero Trigoso, Liz Emerita. (2011). Autoestima y funcionamiento familiar relacionado con el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas 2011 Chachapoyas. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza. Facultad de Enfermería.
2. Arenas Ayllón, Sully C. (2009). Relación entre funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes Lima. Tesis para optar el título profesional de Psicólogo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología. Pág 28-30

3. Bautista de la Cruz, Julieta; Polina Carrillo, Rosalinda. (2010). Relación entre funcionamiento familiar y tipo de tratamiento médico en pacientes con insuficiencia renal crónica. Morelia, Mich. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Psicología. Pág. 16-17
4. Camacho, S. (2002). Relación entre la percepción del tipo de Familia y los valores interpersonales en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de Lima-Cercado. Lima. Tesis para optar el grado académico de Magister en Psicología-Universidad Nacional Mayor de San Marco. Pág. 56
5. Culqui, D. (2012). Funcionamiento familiar e iniciación sexual coital en adolescentes del 3ro y 5to de secundaria, Institución Educativa San Juan de la Libertad de Chachapoyas. Chachapoyas. Tesis para optar el grado académico de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Pág. 56
6. Fuentealba Gutierrez Elías H.(2007). Funcionamiento familiar: su relación con la percepción de seguridad de los adolescentes, y el desarrollo de conductas de riesgo en salud. Valdivia-Chile. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. Pág.18-23.
7. Gonzales Paco. Edwin; Goicochea Bustamante, Ana. (2007). Comportamiento sexual y su vinculación con el embarazo y aborto en adolescentes universitarios, Chachapoyas-2007. Amazonas. Trabajo de Investigación. Universidad nacional Toribio Rodríguez de Mendoza. Pág. 14-18
8. Lugo Soto, Claudia J.; Marquéz Roza, María A. (2011). Asociación entre funcionalidad familiar y conductas sexuales de riesgo en adolescentes escolarizados de los colegios Pablo VI Y CEIS del Municipio de Sópo Cundinamarca. Colombia. Trabajo de investigación. Universidad de la Sabana. Pág. 19-26

9. Rojas Laurente, Rocío Y. (2011). Relación entre conocimientos sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de secundaria I.E.M. Nuestra Señora de Montserrat. Lima 2010. Lima-Perú. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Pág. 37-40.
10. Urreta Palacios, Marissa E. (2008). Relación entre funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. Lima. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Pág. 63-71.
11. Zárate Lezama, Irma A. (2003). Factores psicosociales familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria de Lima Cercado. Lima-Perú. Tesis posgrado de Magíster en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Pág. 30-32

#### **ARTICULOS DE REVISTAS:**

1. Louro Bernal y otros. (2002). "Manual para la intervención en la salud familiar". Editorial Ciencias Médicas. La Habana. Cuba. Pág. 26.
2. Simini F. (2000). Sistema informativo del Adolescente con Historia de salud sexual y Reproductiva. Editorial CLAP OPS/OMS. Montevideo. Uruguay. Pág. 7-9.

#### **INTERNET: Sitios en red:**

1. DIRESA. (2010). Salud mental adolescente Disponible en: <http://www.diresa.org.pe>. Acceso el 16/03/2013, h: 09:30 p.m
2. Fernanda, María. 2006. Familia funciona y familia disfuncional. Disponible en web: [http://www.wikilearning.com/apuntes/familia\\_funcional\\_y\\_familia\\_disfuncional-la-familiafuncional/16297-4](http://www.wikilearning.com/apuntes/familia_funcional_y_familia_disfuncional-la-familiafuncional/16297-4). Acceso el 06-06-2012, h: 04:30 pm.

3. Gonzalez, C. 2007. "Rev. Medicina de Familiares: Teoría estructural". Disponible en web: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoríaestructural.pdf>. Acceso el 16-03-2013, h: 11:30 p.m.
4. INEI. (1998). Sexualidad y Anticoncepción en la Adolescencia. Disponible en web: <http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0016/cap-02-2.htm>. Acceso el 16-03-2013, h: 03:30 a.m.
5. Krauskopf, Dina. (2006). Estudio del arte de programas de prevención de la violencia en ámbitos escolares. Disponible en: [www.paho.org](http://www.paho.org). Acceso el 06/07/2012.
6. Larocca, Felix. La familia disfuncional, la dinámica de grupos y sus aplicaciones prácticas. Disponible en web: <http://www.monografias.com/trabajos48/familia-disfuncional/familidisfuncional12.shtml>. Acceso el 12-09-2012., h: 05:30 a.m.
7. Ministerio de Salud del Perú. (2010). Salud sexual y reproductiva en los adolescentes. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/embarzoadolescente/embarzo\\_ssy.asp](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/embarzoadolescente/embarzo_ssy.asp). Acceso el 16-03-2013, h: 09:30 pm.
8. Ministerio de Salud del Perú. 2012. Embarazos adolescentes en el Perú. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/prevembarazo/prvemb\\_embrazosadolescentes.html](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/prevembarazo/prvemb_embrazosadolescentes.html). Acceso el 16-03-2013, h: 01:13 p.m.
9. OMS. 2011. Infección de transmisión sexual. Nota descriptiva N° 110. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html>. Acceso el 12-09-2012, h: 10:30 pm.

10. ONUSIDA. (2008). "Situación del VIH en Perú" Disponible en <http://www.onusida-latina.org/es/america-latina/peru.html> Acceso el 21-03.2013, h: 09:30 p.m.

# **ANEXOS**

**ANEXO 01**

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS		ESCALA
					DIMENSION	TOTAL	
V1= Funcionamiento familiar	Consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, permitiendo la interacción con otros sistemas	Es la evaluación del funcionamiento familiar según las dinámicas de las relaciones internas entre los miembros de la familia mediante la aplicación del test FF-SIL a los adolescentes.	Cohesión	* Unión emocional * Apoyo o soporte * Límites familiares * Tiempo y amigos	Cohesión: 1 y 8	Familias funcional: 70 - 57 puntos	Nominal (Likert)
			Armonía	* Equilibrio emocional	Armonía: 2 y 13.	Familias moderadamente funcional: 56-43 puntos	
			Comunicación	* Incorporación de nuevos conocimientos. * Toma de decisiones.	Comunicación: 5 y 11	Familias disfuncional: 42-28 puntos	
			Permeabilidad	* Intercambio de experiencia	Permeabilidad: 7 y 12		

			Afectividad	* Demostración de sentimientos. * Vivencias.	Afectividad: 4 y 14	Familia severamente disfuncional: 27 a 14 puntos.
			Roles	* Responsabilidad	Roles: 3 y 9 ividad: 4	
			Adaptabilidad	* Liderazgo. * Control * Disciplina * Roles y reglas.		

Los ítems se detallan en el instrumento de recolección de datos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS		ITEM (*)	ESCALA
					DIMENSIONES	TOTAL		
V2= Conductas sexuales de riesgo	Son todas las acciones que realiza el adolescente que de manera real o potencial lo exponen a riesgo de contraer ITS, VIH/SIDA y embarazos no deseados	Conductas que serán medidas por el instrumento de conductas sexuales de riesgo.	Inicio precoz de las relaciones coitales	El adolescente tiende a querer descubrir cosas nuevas y experimentarlas	Inicio precoz de las relaciones coitales : 1-2	Conductas sexuales de Alto Riesgo:	2	Ordinal
			No uso de métodos anticonceptivos	No utilizar métodos de protección (anticonceptivos hormonales y/o preservativo) contra ITS/VIH Sida y/o embarazos no deseado	No uso de métodos anticonceptivos: 3-6	72 a 55 pts.		
			Más de una pareja sexual (promiscuidad)	La vulnerabilidad y variabilidad de sus emociones, tienen aprobar diversas experiencias.	Más de una pareja sexual (promiscuidad): 7-10	Conductas sexuales de Mediano Riesgo:	4	
			Cambio frecuente de parejas.	Su propia personalidad cambiante hace que constantemente experimente y	Cambio frecuente de parejas.: 11-12	54 a 36 pts		

				aumenta su frecuencia de relaciones coitales			
			Relaciones fugaces.	Los adolescentes, buscan conocer y experimentar, consiste en relaciones de corta duración, es decir ocasionales.	Relaciones fugaces: 13-14		2
			Prácticas de sexo oro-genital y génito-anal sin protección	Tienen prácticas sexuales por vías no naturales a fin de experimentar no solo ocasionando un posible daño físico sino también y daño psicológico	Prácticas de sexo oro-genital y génito-anal sin protección: 15-18		4

ANEXO 02



CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR "FF-SIL"



ESCALA

CÓDIGO: .....

**A. Introducción:**

La siguiente investigación se realiza con el objetivo de identificar el funcionamiento familiar de los estudiantes adolescentes de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Facultad de enfermería, Chachapoyas 2013. Responda con mucha sinceridad y veracidad. La información que se registra en este formato será anónima y usada estrictamente para fines de estudio.

**B. Instrucciones:**

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Marque con un aspa (X) la respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

**C. Datos generales:**

1) Sexo: M (    )      F (    )

2) Edad: -----

3) Ciclo de estudios: -----

4) Procedencia:-----

5) D.N.I: -----

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

## ANEXO 03



### ESCALA DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO



CÓDIGO: .....

#### A. INTRODUCCIÓN:

La siguiente investigación se realiza con el objetivo de identificar las conductas sexuales de riesgo en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2013. Para lo cual se le solicita responder con mucha sinceridad y veracidad. La información que se registra en este formato será anónima y usada estrictamente para fines de estudio.

#### B. INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta un formulario de cuestionario, lea cuidadosamente los ítems y marque con un aspa(X) en la respuesta que mejor te parezca.

Elige la mejor respuesta que creas conveniente.

#### C. Datos generales:

- 1) Sexo: M ( ) F ( )
- 2) Edad: -----
- 3) Ciclo de estudios: -----
- 4) Procedencia: -----
- 5) D.N.I. : -----

1. ¿A qué edad empezó su primera relación coital?

< 13 años  14 – 16 años  17 – 19 años  No inicio

2. Cuando tienes relaciones coitales eres consciente que te expones a problemas de salud: Embarazo no deseado, ITS, VIH-SIDA.

Siempre  Casi siempre  A veces  Nunca

3. Cuando tienes relaciones coitales lo primero que piensas es si vas a tener protección.

Siempre  Casi siempre  A veces  Nunca   
4. Cuando tienes relaciones coitales preguntas a tu pareja si está protegido(a).

Siempre  Casi siempre  A veces  Nunca

5. Cuando tienes relaciones coitales no piensas ni te acuerdas de estar protegido en ese momento.

Siempre  Casi siempre  A veces  Nunca

6. Cuando tienes relaciones coitales usas preservativo o solicitas a tu pareja que lo use:

- Siempre en el 100% de mis relaciones coitales.
- Casi siempre aprox. 60% al 80% de mis relaciones coitales
- A veces aprox. El 50% de mis relaciones coitales.
- Nunca.

7. Desde que inició sus relaciones coitales ¿Ud. es sexualmente activo?

Siempre  Casi siempre  A veces  Nunca

8. Has tenido más de una pareja sexual durante la misma época.

Siempre  Casi siempre  A veces  Nunca

9. ¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación coital?

- La última semana.
- El último mes.
- Durante los último 03 meses.
- Durante las últimas 06 semanas.

10. ¿Frecuencia de tus relaciones coitales?

- Más de tres veces cada semana.
- Una vez por semana.
- Dos a tres veces al mes.
- Una vez al mes.

11. Tuvo o tiene relaciones coitales con una sola pareja sentimental.

Siempre  Casi siempre  A veces  Nunca

12. Tuvo o tiene relaciones coitales con dos a más parejas sentimentales.

Siempre  Casi siempre  A veces  Nunca

13. Has tenido relaciones coitales con alguna pareja conocida porque se dio una circunstancia favorable.

Siempre  Casi siempre  A veces  Nunca

14. Has tenido relaciones coitales con alguna pareja desconocida porque se dio una circunstancia desfavorable

Siempre  Casi siempre  A veces  Nunca

15. Dentro de tus actividades sexuales practicas masturbación mutua o individual.

Siempre  Casi siempre  A veces  Nunca

16. ¿Dentro de tus actividades sexuales practicas contacto pene- vagina?

Siempre  Casi siempre  A veces  Nunca

17. ¿Dentro de tus actividades sexuales practicas contacto pene - ano?

Siempre  Casi siempre  A veces  Nunca

18. ¿Dentro de tus actividades sexuales practicas contacto vagina - boca?

Siempre  Casi siempre  A veces  Nunca

FECHA: ...../...../.....

MUCHAS GRACIAS



## ANEXO 04

### PROCESO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN “CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO”

#### 1. Descripción.

Para determinar la validez estadística del instrumento de medición, se realizó mediante el juicio de expertos y a través de las pruebas estadísticas. La Distribución binomial para cada ítem de la escala dicotómica y la Z de Gaus para la aceptación total del instrumento  $n=50$ , al 5% de significancia estadística, se trabajó con 5 expertos obteniendo el valor de 8.88178, dado que supera el valor teórico(1.64) el cual nos indica que el instrumento es válido para mayor fiabilidad se adjunta la siguiente matriz.

ITEM	EXPERTO*					TOTAL
	1	2	3	4	5	
01	1	1	1	1	1	5
02	1	1	1	1	1	5
03	1	1	1	1	1	5
04	1	1	1	1	1	5
05	1	1	1	1	1	5
06	1	1	1	1	1	5
07	1	1	1	1	1	5
08	1	1	1	1	1	5
09	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5

\* Respuesta de los profesionales: 1 = Si, 0 = No

#### PROFESIONALES CONSULTADOS:

1. Dr. Conrado Montoya Pizarro (Doctor en Ginecología y Obstetricia C.M.P 120033 R.N.E 5676)
2. Ps. Jesús A. Ramos Alvarado (Labora en el Hospital Regional Virgen de Fátima)
3. Obs. Kety M. Paima Mestanza( Labora en el Hospital Regional Virgen de Fátima)
4. Obs. Mónica A. Razúri Ybañez (Obstetriz C.O.P 23965)

5. Lic. Enf. Marlith Aguilar Cáman (Docente en la UNTRM)

ITEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR ≤A	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	Nº	%	Nº	%		
1	5	100%	0	0	0.03125	*
2	5	100%	0	0	0.03125	*
3	5	100%	0	0	0.03125	*
4	5	100%	0	0	0.03125	*
5	5	100%	0	0	0.03125	*
6	5	100%	0	0	0.03125	*
7	5	100%	0	0	0.03125	*
8	5	100%	0	0	0.03125	*
9	5	100%	0	0	0.03125	*
10	5	100%	0	0	0.03125	*
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>8.88178</b>	<b>*</b>

Fuente: Apreciación de los expertos

**INTERPRETACIÓN:**

El valor de validez obtenido es de 8.881784 lo que significa que dicho valor supera a lo teórico (1.64) lo que indica que el instrumento es válido, además se han levantado las observaciones de lo que los expertos han sugerido.

## ANEXO 05

### DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

RELIABILITY

/VARIABLES=P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11 P12 P13 P14

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA

/STATISTICS=CORR

/SUMMARY=CORR.

**Análisis de fiabilidad**

[Conjunto\_de\_datos1] C:\Users\Analí\Documents\ANALI - TESIS 2012 - EJEC\Sin título1.sav

**Escala: FF-SIL**

#### Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	5	100,0
Casos Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
Total	5	100,0

- a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,854	,851	14

### Estadísticos de resumen de los elementos

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/ mínimo	Varianza	N de elementos
Correlaciones inter-elementos	,289	-,667	1,000	1,667	-1,500	,176	14

## ANEXO 06

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
funcionamiento familiar * conductas sexuales de riesgo	46	100.0%	0	.0%	46	100.0%

### Tabla de contingencia funcionamiento familiar \* conductas sexuales de riesgo

Recuento

		conductas sexuales de riesgo			Total
		conductas sexuales de alto riesgo	conductas sexuales de mediano riesgo	conductas sexuales de bajo riesgo	
funcionamiento familiar	familia funcional	2	5	12	19
	familia moderadamente funcional	0	11	11	22
	familia disfuncional	0	4	1	5
Total		2	20	24	46

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.330(a)	4	.119
Razón de verosimilitudes	8.200	4	.085
Asociación lineal por lineal	.782	1	.377
N de casos válidos	46		

a 5 casillas (55.6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .22.

### Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada(b)	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	-.166	.143	-1.175	.240
	Tau-c de Kendall	-.140	.119	-1.175	.240
	Correlación de Spearman	-.174	.151	-1.169	.249(c)
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-.132	.152	-.882	.382(c)
N de casos válidos		46			

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c Basada en la aproximación normal.

### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
funcionamiento familiar * conductas sexuales de riesgo	46	100.0%	0	.0%	46	100.0%

### Tabla de contingencia funcionamiento familiar \* conductas sexuales de riesgo

Recuento

		conductas sexuales de riesgo			Total
		conductas sexuales de alto riesgo	conductas sexuales de mediano riesgo	conductas sexuales de bajo riesgo	conductas sexuales de alto riesgo
funcionamiento familiar	familia funcional	2	5	12	19
	familia moderadamente funcional	0	11	11	22
	familia disfuncional	0	4	1	5
Total		2	20	24	46

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.330(a)	4	.119
Razón de verosimilitudes	8.200	4	.085
Asociación lineal por lineal	.782	1	.377
N de casos válidos	46		

a 5 casillas (55.6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .22.

### Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada(b)	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	-.166	.143	-1.175	.240
	Tau-c de Kendall	-.140	.119	-1.175	.240
	Correlación de Spearman	-.174	.151	-1.169	.249(c)
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-.132	.152	-.882	.382(c)
N de casos válidos		46			

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c Basada en la aproximación normal.

**Matriz de correlaciones inter-elementos**

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
P1	1.000	-.218	.786	.764	.327	.134	.535	.845	-.134	.423	-.429	-.071	.071	-.218
P2	-.218	1.000	.218	-.167	-.667	.408	.102	0.000	-.408	-.645	.327	.873	.764	1.000
P3	.786	.218	1.000	.873	.218	.535	.802	.845	.134	.423	.071	.429	.643	.218
P4	.764	-.167	.873	1.000	.667	.612	.919	.645	.408	.645	.218	.218	.327	-.167
P5	.327	-.667	.218	.667	1.000	.408	.612	0.000	.612	.645	.327	-.218	-.327	-.667
P6	.134	.408	.535	.612	.408	1.000	.875	0.000	.250	0.000	.802	.802	.535	.408
P7	.535	.102	.802	.919	.612	.875	1.000	.395	.375	.395	.535	.535	.468	.102
P8	.845	0.000	.845	.645	0.000	0.000	.395	1.000	0.000	.500	-.423	0.000	.423	0.000
P9	-.134	-.408	.134	.408	.612	.250	.375	0.000	1.000	.791	.535	-.134	.134	-.408
P10	.423	-.645	.423	.645	.645	0.000	.395	.500	.791	1.000	0.000	-.423	0.000	-.645
P11	-.429	.327	.071	.218	.327	.802	.535	-.423	.535	0.000	1.000	.643	.429	.327
P12	-.071	.873	.429	.218	-.218	.802	.535	0.000	-.134	-.423	.643	1.000	.786	.873
P13	.071	.764	.643	.327	-.327	.535	.468	.423	.134	0.000	.429	.786	1.000	.764
P14	-.218	1.000	.218	-.167	-.667	.408	.102	0.000	-.408	-.645	.327	.873	.764	1.000

ANEXO 07

**TABLA 03: Conductas sexuales de riesgo según dimensiones en los estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas 2013**

Conductas sexuales de riesgo	Conductas sexuales de riesgo						Total	
	Alto riesgo		Mediano riesgo		Bajo riesgo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Inicio precoz de las relaciones coitales	5	10.87	15	32.6	26	56.5	46	100
No uso de métodos anticonceptivos	17	36.96	8	17.4	21	45.7	46	100
Más de una pareja sexual	2	4.35	16	34.8	28	60.9	46	100
Cambio frecuente de parejas.	1	2.17	13	28.3	32	69.6	46	100
Relaciones fugaces.	2	4.35	9	19.6	35	76.1	46	100
Prácticas de sexo oro-genital y génito-anal sin protección	2	4.35	9	19.6	35	76.1	46	100

FUENTE: Escala de conductas sexuales de riesgo aplicado