



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON EL COMPORTAMIENTO
SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE
NUEVO CHIMBOTE – 2019

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

AUTOR: Lic. Obst. SILVIA PAOLA SUAREZ FALLA <https://orcid.org/0000-0003-3541-1646>

ASESOR: Mg. Obst. MERIS ABIGAIL DÍAZ VARGAS <https://orcid.org/0000-0002-8903-1481>

LINEA DE INVESTIGACION: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TRUJILLO – PERÚ
2019

Página de Jurado

Dra. Karin Santos Rebaza

Presidente

Dra. Ana Peralta Iparraguirre

Secretaria

Mg. Meris Abigail Díaz Vargas

Vocal

Silvia

Dedicatoria

A Dios; por darme la vida, enseñándome a valorarla
y queriendo seguir siempre su camino,
Permitiéndome contribuir al avance de la ciencia
y seguir adelante con mis afanes y mis deseos.

A mis hijos que son la razón de mi vida;
Sigo superándome y ser ejemplo en su
formación profesional.

A mi madre, quién gracias a su sacrificio y
esfuerzo me dio una carrera para mí
futuro y así ser una persona de bien en la vida.

Silvia

Agradecimiento

A mi asesora temática Mg. Díaz Vargas Meris Abigail, por su orientación profesional, apoyarme y confiar en mi a lo largo de la realización de este trabajo de investigación y acompañarme en este camino que hoy culmina en la presente tesis, y a todos los profesores de la escuela de Posgrado de esta prestigiosa Universidad, por su valiosa contribución en mi formación profesional mediante sus consejos, sus ejemplos y sus conocimientos brindados.

Agradezco y reconozco a los profesionales del Hospital Regional de Nuevo Chimbote, por las facilidades brindadas para la realización del presente estudio.

Silvia

Declaratoria de autenticidad

Yo **SILVIA PAOLA SUAREZ FALLA** con Documento nacional de identidad N° 42139574 a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de - Escuela de Obstetricia, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Chimbote, Mayo 2019

Índice

Página de Jurado	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Declaratoria de autenticidad.....	iv
Índice.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. METODO.....	13
2.1 Diseño de Investigación.....	13
2.2 Variables, Operacionalización	13
2.3 Población y muestra	16
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	17
2.5 Métodos de análisis de datos	18
2.6 Aspectos éticos	18
III. RESULTADOS.....	20
IV. DISCUSION.....	24
V. CONCLUSIONES.....	27
VI. RECOMENDACIONES.....	28
REFERENCIAS	29
ANEXOS.....	33

RESUMEN

El presente estudio se realizó para determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Hospital Regional de Nuevo Chimbote – 2019. La investigación corresponde a un estudio no experimental, transversal y correlacional. Se contó con una muestra de 81 adolescentes a quienes se administró un cuestionario sobre el comportamiento sexual de riesgo y la Funcionalidad Familiar. Se encontró que la funcionalidad familiar fue buena en 18.6%, leve un 37.3%, moderado el 28.8% y severo el 15.3%.

Palabras clave: Funcionalidad Familiar, Comportamiento Sexual, Adolescencia.

ABSTRACT

The present study was conducted to determine the relationship between family functionality and risky sexual behavior in adolescents of the Regional Hospital of Nuevo Chimbote - 2019. The investigation corresponds to a non-experimental, cross-sectional and correlational study. There was a sample of 81 adolescents who were administered a questionnaire about sexual risk behavior and Family Functionality. It was found that family functionality was good at 18.6%, slight at 37.3%, moderate at 28.8% and severe at 15.3%.

Keywords: Family Functionality, Sexual Behavior, Adolescence.

I. INTRODUCCIÓN

Realidad Problemática

A nivel mundial casi la mitad de la población, es decir unos 3 000 millones de personas tiene menos de 25 años, siendo los adolescentes unos 1300 millones.¹ Si bien la Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera a la adolescencia como una de las etapas más saludables de la vida, son también periodos críticos en el cual los adolescentes se enfrentan a una serie extraordinaria de amenazas a su salud y a su supervivencia, siendo una de las principales amenazas las de tipo sexuales.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ratifica lo dicho en líneas previas al referirse a la adolescencia como un periodo de preparación para la vida adulta donde muchos adolescentes se ven sometidos a presiones como el inicio de la vida sexual, estableciéndose de esta manera los patrones de comportamiento sexual que algunos casos pueden ser de riesgo para embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual e incluso el VIH-SIDA.³

La literatura médica refiere que el funcionamiento familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. La adolescencia como tal es una crisis del ciclo vital de la familia y está marcada por inestabilidad y desequilibrio, ya que el adolescente cuestiona y desafía el orden familiar ya establecido, resultando en conflictos intensos y aunados a la pobre habilidad de los padres para manejar esta etapa del desarrollo, puede generarse conflictos crónicos.⁴

Una proporción importante de adolescentes lleva a cabo prácticas sexuales que lo exponen a infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados; si a lo anterior se agrega el escaso uso de métodos de barrera como los preservativos, el riesgo no hace más que incrementarse. No obstante es posible mejorar esta situación a través del nivel de comunicación familiar, el monitoreo del comportamiento, la calidez y la cercanía de la familia.⁵

En los últimos años se ha observado una mayor liberación de los comportamientos sexuales en el mundo occidental, esta tendencia se manifiesta de forma especial en los

adolescentes en nuestro medio afectándolos en su salud sexual y reproductiva, llevándolos a un problema aún mayor en su entorno familiar y la sociedad misma; considero importante el estudio de la funcionalidad familiar y su relación con el comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes, ya que en mi experiencia como profesional de la salud, nos encontramos con familias que alojan en su seno a una adolescente por lo cual van a reflejar diferentes experiencias a las cuales no nos podríamos enfrentar adecuadamente si no conocemos cual es el sentir de la familia ante esta situación. Por el contrario si tenemos una base teórica al respecto sabremos crear mecanismos de apoyo adecuado a factores protectores, así mismo incentivar el desarrollo de modelos de atención de salud sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes que promuevan y refuercen estilos de vida saludable, conocimientos, actitudes sobre salud reproductiva y prácticas sexuales, lo que contribuirá a disminuir embarazos en adolescentes, mejorando su calidad de vida y su entorno familiar, de tal manera que contribuyamos al proceso de enfrentamiento por parte de los padres ante esta situación.

Trabajos previos

La adolescencia es una etapa del desarrollo de gran vitalidad; no obstante, es también un periodo donde el adolescente se expone a una serie de amenazas para su salud, entre ellas las relacionadas a la conducta sexual. Además, la familia al ser el núcleo primario del ser humano donde incorpora las principales pautas de comportamiento adquiere un rol fundamental en esta etapa de vida.

1.1.1 INTERNACIONAL

Un primer trabajo correspondió a Ruiz-Canela M et al⁸ (El Salvador, 2013), quienes realizaron un estudio para comprobar cómo influyen el inicio de la actividad sexual de los jóvenes salvadoreños. En total 638 (24,4%) jóvenes afirmaron haber tenido relaciones coitales. Algunos de los factores no protectores encontrados fueron la de percibir que los hermanos (OR = 1,8, IC 95%: 1,2-2,7) o los amigos (OR = 1,7, IC 95%: 1,3-2,2) apoyan que se tengan relaciones coitales. Como factores protectores se encontraron la supervisión de los padres (OR = 0,5, IC 95%: 0,4-0,7); recibir mensajes que apoyan la abstinencia por parte de amigos

(OR = 0,7, IC 95%: 0,6-1,0) o hermanos (OR = 0,7, IC 95%: 0,5-0,8) y recibir mensajes favorables al matrimonio por parte de los padres (OR = 0,4, IC 95%: 0,3-0,6). El estudio establece que los mensajes de la familia y amigos son factores que parecen influir en el inicio de las relaciones coitales de los jóvenes.

Gómez V, Jiménez A⁹ (Chile, 2015). En un estudio sobre corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. Se examinó el concepto de corresponsabilidad familiar, que supone la articulación de tareas “productivas” y “reproductivas” desde una perspectiva que armonice los espacios de familia y trabajo de una forma más equitativa entre hombres y mujeres, como un elemento clave para el desarrollo social de los países. Como contribución a su discusión, se revisa aquí los principales antecedentes conceptuales y teóricos dadas las transformaciones sociales, su impacto en las familias y sus equilibrios en distribución de roles y particularmente en la percepción de autoeficacia parental. Se plantea que aunque es un tópico que requiere más investigación, los avances en esta materia sugieren que la corresponsabilidad familiar es un elemento clave para la adquisición de mayores grados de autonomía y sentido de eficacia de los padres, y por ello un factor de importancia para la mejora de las relaciones entre los padres y entre éstos y sus hijos.

Jiménez M, Ovejero A¹⁰ (España, 2015). Nos manifiesta que la implicación de los factores familiares sobre el acoso escolar entre iguales está suficientemente documentada. En este estudio se ofreció un análisis psicosocial de la vinculación entre la percepción del clima social familiar por parte de un colectivo de 550 adolescentes (278 chicas, 50.5% y 272 chicos, 49.5%) y sus actitudes ante el acoso escolar. Los adolescentes que presentan actitudes más favorables a la violencia entre iguales perciben un clima familiar más conflictivo, sienten menor afecto en las relaciones familiares, manifiestan una mayor dificultad para comunicarse con ellos, así como un menor respeto hacia sus opiniones y un mayor nivel de exigencia paterna y declaran ser objeto de castigo físico y psicológico por parte de sus padres en comparación con aquellos adolescentes que presentan unas actitudes más negativas hacia la violencia bullying.

González V et al¹¹ (Colombia, 2017) En un estudio sobre comunicación familiar y toma de decisiones en sexualidad entre ascendientes y adolescentes, En una población que estuvo conformada por dos familias de tipología nuclear que tenían hijos e hijas adolescentes. Nos manifiesta que los individuos adolescentes aprenden de sexualidad a través de diferentes medios, pero la familia es uno de los primeros agentes socializadores y es la encargada, a través de la comunicación, de transmitir información sobre ésta. Estudio que tuvo como objetivo describir los procesos de comunicación que se establecen entre padres y madres con sus hijos e hijas adolescentes para entablar diálogos sobre sexualidad y su relación con la toma de decisiones, en dos familias pertenecientes a instituciones educativas de Cali.

A través de esta investigación cualitativa encontró que los procesos de comunicación, los temas abordados y los recursos empleados, están influidos por los conocimientos y percepciones de los ascendientes, en quienes la sexualidad aún es un tabú y tienen carencia de información y de estrategias de acompañamiento.

González RM, Martínez L, Ferrer DM¹² (Cuba, 2017) realizaron un trabajo sobre como caracterizar el funcionamiento de las familias de escolares con intento suicida a través de un enfoque cualitativo, se realizó un estudio de caso múltiple, exploratorio y descriptivo. Se seleccionaron 8 familias de escolares atendidos por intento suicida en el Policlínico Universitario "Marta Abreu", de la ciudad de Santa Clara. Las técnicas utilizadas fueron: revisión de historias clínicas, entrevistas, completamiento de frases, historietas gráficas, dibujo de tema sugerido, cuestionario sobre violencia intrafamiliar, test de funcionamiento familiar FF-SIL. Los métodos empleados en los intentos suicidas fueron mayormente ingestión de medicamentos, considerados moderadamente graves y riesgosamente letales. Finalmente en las ocho familias había disfuncionalidad, por dificultades en el cumplimiento de la función educativa.

González J et al¹³ (Colombia, 2017) Con el objetivo de Determinar si existe relación entre comportamientos violentos al compararlos con género, disfunción y estructura familiar en adolescentes escolarizados de la localidad de Suba. Un grupo de investigadores realizaron un estudio observacional de corte transversal en estudiantes adolescentes de colegios públicos de la localidad de Suba durante los años 2015 y 2016. Se aplicó una encuesta de 62 preguntas sobre riesgos psicosociales en población adolescente; para el presente estudio se tomaron las relacionadas con comportamientos violentos (última vez que fue golpeado, última vez que peleó y, si lleva algún arma para defenderse) y se compararon con el género y la familia.

Los resultados encontrados fueron que los comportamientos violentos están relacionados con el género, la estructura y la funcionalidad familiar. Siendo las mayores relaciones la de disfunción familiar severa con “fue golpeado por otra persona (padres, hermanos, otros jóvenes) en el último año” (OR 4,9 IC 95 % 3,4-7,0) y con “peleó usando la violencia física (golpeó y fue golpeado) en el último año” (OR 2,8 IC 95 % 2,0-4,0). Asimismo, la relación entre el género masculino con “lleva usted algún tipo de arma para defenderse” (OR 3,2 IC 95 % 2,5-4,1) y con “peleó usando la violencia física (golpeó y fue golpeado) en el último año” (OR 2,6 IC 95 % 2,2-3,1).

Demostrando que el género, la función y estructura familiar son determinantes claves como factores protectores o de riesgo para el desarrollo de comportamientos violentos en adolescentes.

1.1.2 NACIONAL

De igual modo Palomino E¹⁴ (Perú, 2015) realizó un estudio para determinar si la disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza. Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 120 adolescentes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin gestación. Los

resultados fueron notorios tales como la frecuencia de disfunción familiar en las adolescentes con y sin gestación fue de 32% y 17% respectivamente. El Odds ratio de disfunción familiar en relación a adolescente gestante fue de 2.31 ($p < 0.05$) el cual fue significativo. Finalmente se demostró que la disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente y que no existen diferencias significativas en relación a edad y procedencia entre las adolescentes de ambos grupos de estudio.

Un primer trabajo corresponde a Rafael¹⁵ (Perú, 2016), con el objetivo de determinar la relación entre la funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal, a través de un estudio observacional y descriptivo con una muestra de 128 adolescentes a quienes se administró un cuestionario sobre conductas sexuales, experiencias sexuales y funcionalidad familiar. Demostrando que el uso de métodos anticonceptivos de barrera, haber presentado alguna ITS y la edad de inicio de relaciones coitales como expresión de la conducta sexual se asociaron a la disfuncionalidad familiar.

Así mismo, Carmona G et al¹⁶ (Perú, 2017) Con la finalidad de contextualizar el inicio sexual y las barreras individuales hacia el uso de anticonceptivos en adolescentes, con conocimiento adecuados sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual. Desarrolló un estudio cuantitativo en adolescentes procedentes de ciudades con altas tasas de embarazo: Iquitos, Huamanga y Lima. Aplicándose encuestas para seleccionar a los adolescentes que cumplieran los criterios de inclusión y, finalmente, se realizaron entrevistas para abordar el tema en profundidad. Donde finalmente demostraron que las barreras limitan el uso de anticonceptivos, sugiriendo la necesidad de desarrollar estrategias específicas para fortalecer las habilidades interpersonales del adolescente que se extienden más allá de ofrecer información acerca de los riesgos del sexo sin protección.

Llerena de Mendiburu J, Maldonado FM¹⁷ (Perú, 2018), realizaron una investigación sobre la Comunicación Familiar y Comportamiento Sexual en Adolescentes de 14 a 16 años en la Institución Educativa Ludwig Van Beethoven de Arequipa en el 2017, tuvo como objetivo determinar la relación

entre la comunicación familiar con el comportamiento sexual en adolescentes. Estudio descriptivo, con diseño correlacional y de corte transversal, llevada a cabo en una muestra constituida por 124 adolescentes.

La muestra objetivo fue proporcionalmente distribuida en tercero, cuarto y quinto de secundaria, los adolescentes con 16 años están en mayor porcentaje con un (40.32%); se encontró que ligeramente las mujeres son más frecuentes con un (53.23%), viven con ambos padres (63.71%), en relación al estado civil de los padres el (41.94%) son convivientes se obtuvo como resultados que el (53.23%) tienen una comunicación ofensiva con la madre y el (50.81%) manifiestan tener una comunicación ofensiva con el padre, se encontró que los adolescentes presentan un dominio social y corporal deficiente con (64.52%) y un (48.39%) respectivamente, a nivel global evidencia que la gran mayoría de los adolescentes (66.94%) presentan un comportamiento deficiente.

Con la aplicación del estadístico no paramétrico de se encontró alto nivel de significancia estadística (0.000), por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre las variables comunicación familiar con el comportamiento sexual.

1.1.3 LOCAL

En la actualidad no se cuenta con investigaciones relacionadas al tema motivo de estudio

Teorías relacionadas al tema

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

institución, es decir, que funcionalidad familiar es la síntesis de las relaciones intrafamiliares.¹⁸

La mayoría de autores coinciden en aceptar que, el funcionamiento familiar se concreta a partir de dos procesos esenciales, que operan a partir de la dinámica relacional sistémica en el seno de la familia, uno de los autores que coinciden con esta aseveración del Dr. Gabriel Smilkstein, quien define a la funcionalidad familiar como aquella familia que logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.⁸

De esta forma la funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen plenamente en una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares. Por otro lado, respecto al concepto de disfuncionalidad familiar es un término de uso común y es necesario explicar que la palabra disfuncional no se refiere a que la familia no funciona o no cumple las labores que le atribuye la sociedad. No obstante una familia que no satisface las necesidades emocionales de sus integrantes, no cumple con sus funciones, o sea es una familia disfuncional. Un aspecto de la disfuncionalidad, es la falta de comunicación, pues los miembros no pueden expresar libremente sus sentimientos, por ende la unión no es productiva.⁹

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

discusiones, frustraciones, hostilidades. También podemos encontrar como manifestación típica de estas familias, la confusión de roles dentro de la misma.¹⁵

Respecto a la relación entre los conceptos de funcionalidad o disfuncionalidad familiar, en realidad toda familia tiene cierto grado de disfuncionalidad. La familia ideal o perfecta en realidad no existe. Los conceptos de funcionalidad y disfuncionalidad son solo dimensiones que sirven para clasificar y medir el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de una familia o persona, dentro de la sociedad.⁸

Respecto a las herramientas para la valoración de la funcionalidad o disfuncionalidad, el instrumento más empleado es el APGAR familiar basado en el modelo conceptual Smilkstein, el cual es una herramienta desarrollada en el año 1975 y desde ahí ha sido usado en numerosas investigaciones. El médico de familia y comunidad peruana Lombardi Z. menciona que los puntajes altos indican mayor satisfacción o funcionalidad familiar, clasificándose “Buena funcionalidad familiar” cuando se obtienen de 18 a 20 puntos; no obstante menciona que los diferentes grados de funcionalidad son: “Disfunción familiar leve” si el puntaje se encuentre entre los 14 a 17 puntos, “disfunción familiar moderada” si el puntaje se encuentra entre los 10 a 13 puntos y “disfunción familiar severa” si el puntaje es de 9 o menos puntos.¹⁶

Por otro lado, las prácticas sexuales se definen como patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles. En diversos estudios existen varias definiciones acerca de comportamiento sexual, nosotros optamos por Spira A et al. Quienes definen al comportamiento sexual como una configuración que comprende un repertorio de prácticas sexuales, un repertorio de escenarios y un repertorio de significados. Una práctica sexual se define toda actividad física o mental unida a la excitación sexual de al menos una persona.¹⁵

El comportamiento sexual en la adolescencia muchas veces se caracteriza por una sexualidad de iniciación, estructuralmente promiscua, débilmente premeditada, condicionada en muchos casos desde reglas marcadas por su grupo de amigos y bastante poco permeable al control y supervisión de los adultos. La conducta sexual de riesgo vendría a ser la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a

su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contagio por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado. El comportamiento sexual de riesgo ha despertado gran interés debido a que hacen más probable la incidencia de situaciones nocivas para el sujeto. Tener relaciones coitales sin condón o habiendo consumido licor o la promiscuidad, hacen vulnerables a las personas frente a las amenazas referidas.²⁰

Formulación del problema

¿Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Hospital Regional de Nuevo Chimbote – 2019?

Justificación del estudio

La adolescencia es la etapa de transición de la niñez a la edad adulta en la que pueden presentarse diversos problemas. Uno de los principales problemas es el embarazo en la adolescencia, que ha sido calificado como un problema de salud pública debido a los estragos que causa a nivel social y el estado de salud, que pueden generar en el adolescente sobre todo si carece de apoyo familiar para afrontar este suceso. Se han planteado distintos factores que están implicados en un inicio temprano de relaciones coitales y que conlleven al embarazo adolescente, entre ellos la disfunción de la familia del adolescente.

En nuevo Chimbote los adolescentes debutan sexualmente antes que en otras partes de nuestra región; sin embargo, poco se sabe de la relación entre la edad de debut sexual y el comportamiento sexual en esta población. Casi un tercio (27.3%) de la población adolescente no maneja información sobre sexualidad en temas específicos como relaciones coitales, embarazo y uso de métodos anticonceptivos. La mayoría son mujeres y un 20.4% de los adolescentes ya ha iniciado su actividad sexual. Se encontró también que, el 35.7% y el 27.1% de adolescentes presentan niveles elevados de indicadores de riesgo en las áreas familiar y social. La mayoría de ellos tienen poca información sobre sexualidad o los que ya han comenzado su actividad sexual tienden a ubicarse en los niveles elevados de riesgo familiar y social, entre los adolescentes que

presentan menores niveles de satisfacción familiar, un grupo considerable de ellos manifiesta tener escaso conocimiento sobre sexualidad.

Consciente de la problemática que por sí misma involucra la etapa de la adolescencia y siendo estos problemas los que afectan la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y que por ello conlleva a un problema aún mayor; afectando su entorno familiar; considero importante el estudio de la funcionalidad familiar y el comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes, ya que en mi experiencia como profesional de salud, he encontrado algunas familias en Nuevo Chimbote que alojan en su seno a una adolescente por lo cual van a reflejar diferentes experiencias a las cuales no nos podríamos enfrentar adecuadamente ante esta situación. Por el contrario si tenemos una base teórica al respecto sabremos crear mecanismos de apoyo adecuado a factores protectores, así mismo incentivar el desarrollo de modelos de atención de salud sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes que promuevan y refuercen estilos de vida saludable, conocimientos, actitudes sobre salud reproductiva y prácticas sexuales, lo que contribuirá a disminuir embarazos en adolescentes y mejorar su calidad de vida y su entorno familiar, que contribuyamos al proceso de enfrentamiento por parte de los padres frente a esta situación de una manera favorable.

Ante lo expuesto y dada la importancia que cumple el profesional Obstetra en la atención y cuidado integral de la salud de las adolescentes en su ámbito biopsicosocial y familiar; así como también los resultados de dicha investigación nos ayudaran a ampliar el campo de la Obstetricia como ciencia especialmente dentro de la salud Pública, y por no existir investigaciones recientes afines con el tema.

Hipótesis

H₁: Existe relación entre la funcionalidad familiar y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Hospital Regional de Nuevo Chimbote – 2019.

H₀: No existe relación entre la funcionalidad familiar y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Hospital Regional de Nuevo Chimbote – 2019.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Hospital Regional de Nuevo Chimbote – 2019

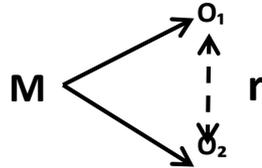
Objetivos específicos

1. Determinar la Funcionalidad Familiar del Adolescente del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019.
2. Determinar el Comportamiento Sexual de riesgo en adolescentes del Hospital Eleazar Guzmán Barrón 2019.

II. METODO

2.1 Diseño de Investigación

No experimental, transversal y correlacional.



Dónde:

M = Muestra

O₁ = Funcionalidad familiar (Variable 1)

O₂ = comportamiento sexual de riesgo en adolescentes (Variable 2)

r = Representa la relación entre las variables

2.2 Variables, Operacionalización

VARIABLES

Variable 1: Funcionalidad familiar

Variable 2: Comportamiento sexual de riesgo en adolescentes

OPERACIONALIZACION

Variable 1	Definición conceptual	Dimensión	definición operacional	tipo de variable	escala de medición	categorías o valores	fuentes de verificación
Funcionalidad familiar	Es la utilización de recursos para la procuración del bien común y la ayuda mutua para la resolución de problemas familiares. ¹⁴	Adaptación	Mediante la escala LIKER se medirá si el adolescente está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tienes algún problema y/o necesidad	Cualitativa	Ordinal	1. Buena funcionalidad familiar 2. Disfunción familiar leve 3. Disfunción familiar moderada 4. Disfunción familiar severa	APGAR familiar
	Es la distribución solidaria de responsabilidades de una familia que comparten y resuelven sus problemas. ¹⁴	Participación	Mediante la escala LIKER se medirá si el adolescente siente la participación que su familia le brinda y le permite	Cualitativa	Ordinal		
	Es la autorrealización de los miembros de una familia. ¹⁴	Gradiente de Crecimiento	Mediante la escala LIKER se medirá si el adolescente está satisfecho como su familia acepta y apoya los deseos de emprender nuevas actividades	Cualitativa	Ordinal		
	Es la relación afectiva entre los miembros de una familia. ¹⁴	Afecto	Mediante la escala LIKER se medirá si el adolescente está satisfecho como su familia expresa afectos y responde a sus emociones como rabia, tristeza y amor	Cualitativa	Ordinal		
	Es el compartir tiempo y recursos en la solución de problemas entre los miembros de una familia. ¹⁴	Resolución	Mediante la escala LIKER se medirá si el adolescente está satisfecho como comparten en su familia el tiempo que están juntos, los espacios en su casa y el dinero	Cualitativa	Ordinal		

Variable 2	Definición conceptual	Dimensión	definición operacional	tipo de variable	escala de medición	categorías o valores	fuentes de verificación
Comportamiento sexual de riesgo	Persona que ha iniciado su actividad coital. ¹⁵	Inicio de actividad coital	Respuesta expresada por el adolescente sobre si tuvo relaciones coitales	Cualitativa	Nominal	Si, No	Cuestionario
	Edad establecida por una persona ante el inicio de su relación coital. ¹⁵	Edad de inicio de las relaciones coitales	Edad manifestada por el adolescente respecto al momento en que inicio relaciones coitales	Cuantitativa	Razón	10 - 15 16 - 19	
	Parejas con que se tuvo relaciones coitales. ¹⁵	Número de parejas sexuales	Total de compañeros con quienes tuvo relaciones coitales	Cuantitativa	Razón	1 2 o mas	
	Uso de un método de barrera ante una relación coital. ¹⁵	Uso de métodos de barrera	Respuesta expresada por el adolescente sobre la utilización del condón	Cualitativa	Nominal	Si, No	
	Uso de drogas o alcohol, como estímulo para las relaciones coitales. ¹⁵	Relaciones coitales con el uso simultaneo de drogas o alcohol.	Respuesta expresada por el adolescente sobre si tuvo o no relaciones coitales bajo los efectos de la droga y/o alcohol	Cualitativa	Nominal	Si, No	

2.3 Población y muestra

2.3.1 Población

La localización donde se llevó a cabo el estudio corresponde al Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”. Esta institución se encargada de la asistencia altamente especializada en salud reproductiva de la mujer con énfasis en la atención materno perinatal y seguimiento coordinado del recién nacido y el niño de alto riesgo hasta los cinco años. Así como, el Servicio de Atención Integral y Diferenciada del Adolescente, localizada en el Av. Brasil s/n Urb. Santa Cristina en el distrito de Nuevo Chimbote, en Ancash, Perú.

2.3.1.1 Población a estudiar:

Adolescentes que acudieron por consulta externa al Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” del 1 al 31 de marzo del 2019, que fue un total de 101 adolescentes.

2.3.1.2 Unidad de análisis:

Adolescentes que acudieron por consulta externa al Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” del 1 al 31 de marzo del 2019.

2.3.2 Muestra:

Según reportes del “Análisis de la Situación de los Servicios Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” del año 2017 se estimó que un total de 101 adolescentes son atendidas mensualmente en los consultorios externos. Las mismas que espera acudan en el periodo de marzo de 2019. Así se procedió al cálculo del tamaño de la muestra empleando la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \times N \times P \times Q}{E^2 (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Dónde:

P: 0.5 Proporción de éxito; que se conoce por estudios anteriores o similares

Q: 0.5 Proporción fracaso

E: 0.05 Error permisible

Z = 1.96 para un nivel de significancia del 5%

N: 101

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 101 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (101 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 81$$

Podemos decir que la muestra estuvo conformado por 81 adolescentes, registrados en el libro atenciones del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”.

2.3.2.1 Tipo y técnica de muestreo:

El tipo de muestreo a empleado fue el probabilístico y la técnica de muestreo aleatorio simple. La recolección de la información se realizó durante el 18 al 30 de marzo de 2019, es decir se planificaron 12 días hábiles para encuestar a un total de 81 adolescentes. Para ello se coordinó con el personal del consultorio externo a cargo de la administración de historias clínicas de aquellas adolescentes citadas.

2.3.2.2 Criterios de inclusión:

Adolescente de ambos sexos.

Adolescente de 10 a 19 años de edad.

Adolescente cuyos padres o apoderados firmen el consentimiento respecto a la participación de sus hijos.

2.3.2.3 Criterios de exclusión:

Adolescente que no asistan por consulta el día de la aplicación del estudio.

Adolescente que acudan sin acompañantes a la consulta

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica:

La técnica de recolección de datos que se utilizó corresponde a una encuesta.

Instrumento:

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue un cuestionario, la misma que consta de 3 partes: la primera parte referida a datos generales, la segunda a datos de la funcionalidad familiar y la tercera corresponde a datos de los comportamientos sexuales de riesgo.

El instrumento fue validado por juicio de expertos, con el propósito de revisar el instrumento y proponer observaciones para su mejora (ver anexo 1).

2.5 Métodos de análisis de datos

La información fue recolectada a través de los instrumentos descritos fue ingresada y procesadas en el programa estadístico IBM SPSS STATISTICS Versión 23. Los resultados se presentaran en tablas de una y doble entrada, de forma numérica y porcentual. Para determinar si existe relación entre variables se hizo uso de la prueba de independencia de criterios “Chi - cuadrado” que midió la relación entre dos variables con un nivel de significancia del 5%.

2.6 Aspectos éticos

El estudio siguió en todo momento los lineamientos éticos para la investigación en salud de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, donde se instó a investigadores a “velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente”, pues es deber de quien investiga proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación, los cuales se garantizaron en el presente estudio. Asimismo, se dio cumplimiento a los lineamientos establecidos en el capítulo 6 referente a la investigación del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú donde se menciona lo siguiente:

“toda investigación en seres humanos debe necesariamente contar con el consentimiento informado de los sujetos competentes, el consentimiento sustituto en caso de incompetencia o incapacidad, y el asentimiento en caso de niños y adolescentes de 08 a 18 años”.

Ello justifico claramente procederes referentes al consentimiento y asentimiento informado explicado en líneas previas.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Funcionalidad Familiar en adolescentes que acuden por consulta externa del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”

Funcionalidad Familiar	Nº	%
Buena función familiar	15	18.6
Disfunción familiar leve	30	37.3
Disfunción familiar moderada	23	28.8
Disfunción familiar severa	12	15.3
Total	81	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De acuerdo con el Tabla 1, los adolescentes que acuden a los consultorios de adolescencia del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” presentan en la gran parte de casos disfunción familiar, siendo la tipo leve la más frecuente (37,3%), seguido de la disfunción familiar moderada (28,8%) y severa (15,3%). La funcionalidad familiar solo estuvo conservada en el 15% de adolescentes.

Tabla 2. Comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de los que acuden por consulta externa del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”

Comportamiento sexual de riesgo	N°	%
Edad de inicio de relaciones coitales	81	100
10 -15 años	45	55.56
16- 19 años	36	44.44
N° de Parejas sexuales (de 2 a mas)	81	100
2 a + parejas	17	20.99
1 pareja	64	79.01
Uso de método anticonceptivo durante la relación coital	81	100
Si	60	74.07
No	21	25.93
Consumo de drogas o alcohol durante la relación coital	81	100
Si	6	7.41
No	75	92.59

La tabla 2 nos muestra que hubo 55,56% de adolescentes que iniciaron su actividad sexual entre las edades de 10 a 15 años; mientras que el 44,44% de adolescente lo iniciaron entre los 16 a 19 años de edad. Así mismo, el 20,99% de adolescentes tuvieron de 2 a más parejas sexuales y el 79,01% solo tuvo una pareja sexual. Apreciamos también un 74,07% de adolescentes si hace uso de métodos anticonceptivos de barrera en cada relación coital y el 25,93% no refiere emplearlos. Y por último podemos decir que un 7,41% de adolescentes ha mantenido en alguna oportunidad relaciones coitales con consumo simultáneo de drogas o alcohol y el 92,59% niega este tipo de prácticas.

Tabla 3. Relación entre la funcionalidad familiar y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes de los que acuden por consulta externa del Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”

Comportamiento sexual de riesgo	Funcionalidad Familiar				X ²	p	Significancia
	Si		No				
	Nº	%	Nº	%			
Edad de inicio de relaciones coitales	66	100.00	15	100.00	6.222	0.013	Significativo
10 -15 años	41	62.12	4	26.67			
16- 19 años	25	37.88	11	73.33			
Nº de Parejas sexuales (de 2 a mas)	66	100.00	15	100.00	0.650	0.420	No significativo
2 a + parejas	15	22.90	2	13.60			
1 pareja	51	77.10	13	86.40			
Uso de método anticonceptivo durante la relación coital	66	100.00	15	100.00	8,765	0.003	Significativo
Si	53	80.30	7	46.67			
No	13	19.70	9	60.00			
Consumo de drogas o alcohol durante la relación coital	66	100.00	15	100.00	0.015	0.903	No significativo
Si	5	8.30	1	9.10			
No	61	91.70	14	90.90			

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De acuerdo con tabla 3, hubo 62,12% de adolescentes con familias disfuncionales que iniciaron su actividad sexual con edad igual o menor a 15 años; mientras que el 27,67% de adolescente de familias funcionales inicio actividad sexual con 15 años o menos edad. Solo el 37,88% de adolescentes procedentes de familias disfuncionales iniciaron su actividad sexual con edades mayores 15 años; mientras el 73,33% de adolescentes procedentes de familias funcionales inicio su actividad sexual con siendo mayor de 15 años. Asimismo, se observó una ligera menor edad promedio de inicio de relaciones en adolescentes de familias funcionales en comparación a Adolescentes de familias disfuncionales (15,0 vs 15,5 años).

Una menor edad de inicio de relaciones coitales se asocia a la disfuncionalidad familiar ($p=0,013$).

Así mismo, el 22,9% de adolescentes procedentes de familias disfuncionales tuvieron de 2 a más parejas sexuales y el 77,1% solo tuvo una pareja sexual. El 13,6% de adolescentes procedentes de familias funcionales tuvieron 2 o más parejas sexuales y el 86,4% solo tuvo una pareja sexual. El numero parejas sexuales como expresión de comportamiento sexual del adolescente no se asocia a la disfuncionalidad familiar ($p=0,420$).

Apreciamos también un 19,70% de adolescentes procedentes de familias disfuncionales no hace uso de métodos anticonceptivos de barrera en cada relación sexual y el 80,30% si refiere emplearlos. El 50,00% de adolescentes procedentes de familias funcionales hacia uso de métodos anticonceptivos de barrera en cada relación sexual, mientras que el 50% no hacía uso de ellos. El uso de métodos anticonceptivos se asocia a la disfuncionalidad familiar ($p=0,003$).

Y por último podemos decir que un 8,30% de adolescentes procedentes de familias disfuncionales ha mantenido en alguna oportunidad relaciones coitales con consumo simultáneo de drogas o alcohol y el 91,70% niega este tipo de prácticas. El 9,10% de adolescentes procedentes de familias funcionales ha mantenido en alguna oportunidad relaciones coitales con consumo simultáneo de drogas o alcohol y 90,90% niega este tipo de prácticas. Las relaciones coitales con consumo simultaneo de drogas o alcohol no se asocia a la disfuncionalidad familiar ($p=0,903$).

IV. DISCUSION

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

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

Según Friedemann, la salud familiar es la experiencia de congruencia de una familia. Esta se logra a través del balance de las cuatro metas como son la estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad dinámicamente y en concordancia con la situación familiar cambiante y considera que la efectividad de la funcionalidad familiar es definida como el nivel de organización de la familia para funcionar y responder positivamente como sistema a las necesidades de cada miembro y del entorno, de igual forma lograr alcanzar las metas a través de las dimensiones, lo que dará como resultado que cada miembro de ésta familia se sienta satisfecho con ella y por ende con su entorno logrando de ésta manera la homeostasis²⁶.

Por otro lado el comportamiento sexual es un tema constantemente estudiado en diferentes etapas de la vida humana; sin embargo, se produce un marcado interés en la descripción de esta variable en la adolescencia, por ser esta un periodo de riesgo, donde el énfasis en descubrir y explorar la sexualidad se hace mayor en este grupo, llevando ello a aumentar el riesgo, más aún si es que los adolescentes presentan una serie de factores que favorecen el desarrollo de conductas de riesgo, o cuentan con escasos recursos para afrontar esta nueva experiencia. Esta establecido que el desarrollo del adolescente puede verse perturbado por acciones, voluntarias o impensadas del propio adolescente, que pueden llevar a consecuencias de comportamientos riesgosos²⁷.

Hubo una mayor frecuencia de iniciación sexual con edad igual o menor a 15 años en adolescentes de familias disfuncionales en comparación a aquellos procedentes de familias funcionales (62,12% vs 26,67%, respectivamente), este hallazgo es congruente con lo reportado por Arias C., et al²² quienes manifestaron que los adolescentes con familias disfuncionales tienden a iniciar la vida sexual antes que adolescentes con familias funcionales 15,4 años y 14,2 años, con diferencias significativas ($p=0,005$).

La variable edad de inicio de relaciones coitales es gran importancia, pues según Florez C. y Soto C²³ el inicio temprano tiene mucha relevancia principalmente para las adolescentes porque se convierte en un riesgo potencial para embarazos no deseados, abortos y contagio de enfermedades de transmisión sexual. Este es un hallazgo alarmante, ya que los adolescentes con edad menor o igual a 15 años aun han completado el proceso de conformación de su identidad personal, no están psicológicamente maduros aun para establecer una relación de pareja estable y no están capacitados para afrontar las consecuencias de su actividad sexual temprana, como el embarazo, las infecciones de transmisión sexual y las consecuencias emocionales. Por lo tanto, la familia sigue siendo una de las variables más relevantes en el origen y mantenimiento este comportamiento sexual de riesgo.

Si bien la variable número parejas sexuales como expresión del comportamiento sexual del adolescente no resultó estar asociada a la disfuncionalidad familiar ($p=0,420$), se apreció una tendencia sugestiva de una posible relación pues los adolescentes procedentes de familias con disfunción familiar tuvieron con mayor frecuencia de dos a más parejas sexuales en comparación a adolescentes de familias funcionales (22,9% vs 13,6%, respectivamente); este hallazgo guarda relación con lo reportado por Lavielle P et al⁷ quienes, en lugar de emplear el APGAR familiar de Smilkstein para evaluar la funcionalidad familiar usaron un cuestionario, concluyeron que: tener más de tres parejas estuvo relacionado con la expresión del afecto y el grado de satisfacción del adolescente con su familia. La relevancia de este dato radica en que a mayor número de parejas, aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual.²⁴

En este periodo de vida ocurren comportamientos poco responsables como tener relaciones coitales sin el uso de métodos anticonceptivos, el cual puede tener efectos negativos en el

ámbito social, económico y de salud porque derivan en embarazos no deseados y/o enfermedades de transmisión sexual. El preservativo es desde lejos el método anticonceptivo de mayor disponibilidad y acceso por su bajo costo, razón por la cual investigadores como García E., et al²⁴ encuentran que el método anticonceptivo usado habitualmente en las relaciones coitales de adolescentes es el preservativo, esto supone algo ventajoso pues este método de barrera no solo previene un embarazo no deseado sino la transmisión de posibles ITS.

El hallazgo del investigador antes mencionado es corroborado en el presente estudio donde también la mayoría de adolescentes refirió hacer uso de métodos anticonceptivos de barrera como el preservativo e incluso se asoció con la disfuncionalidad familiar, es decir quienes más hacen uso de los métodos anticonceptivos son los adolescentes de familias funcionales y los que menos la usan son los adolescentes de familias disfuncionales. Así como en el presente estudio, Lavielle P et al⁷ encontró que: La falta de uso de condón se relacionó con deficiente expresión del afecto y comunicación dentro de la familia, si bien este investigador empleo un cuestionario de familiar en lugar del APGAR familiar, su hallazgo es evidencia irrefutable de papel que cumple la familia como moderadora de las prácticas sexuales relacionadas al uso de métodos anticonceptivos, especialmente el preservativo.

Existe suficiente evidencia en la literatura médica para aseverar la relación entre el consumo de alcohol/drogas y el comportamiento sexual, pues el alcohol ejerce efectos sobre el deseo o su expresión y en las respuestas sexuales fisiológicas en base a la euforia y desaparición de las desinhibiciones que genera, por tanto su consumo es posible catalogarla como un comportamiento sexual de riesgo.²⁵ En la presente investigación las relaciones coitales con consumo simultaneo de drogas o alcohol no se asoció a la disfuncionalidad familiar ($p=0,903$), no habiendo mayor tendencia respecto al consumo del alcohol entre adolescentes procedentes de familias disfuncionales como funcionales.

V. CONCLUSIONES

1. La Funcionalidad Familiar en Adolescentes del Hospital Eleazar Guzmán Barrón fue, buena 18,6%, leve 37,3%, moderada 28,8% y severa 15,3%.
2. El Comportamiento Sexual de Riesgo en adolescentes del Hospital Eleazar Guzmán Barrón fue: 55,56% de adolescentes que iniciaron su actividad sexual entre las edades de 10 a 15 años; mientras que el 44,44% de adolescente lo iniciaron entre los 16 a 19 años de edad. Así mismo, el 20,99% de adolescentes tuvieron de 2 a más parejas sexuales y el 79,01% solo tuvo una pareja sexual. Así mismo un 74,07% de adolescentes si hace uso de métodos anticonceptivos de barrera en cada relación coital y el 25,93% no refiere emplearlos. Y por último un 7,41% de adolescentes ha mantenido en alguna oportunidad relaciones coitales con consumo simultáneo de drogas o alcohol y el 92,59% niega este tipo de prácticas.
3. La edad de inicio de las relaciones coitales y el uso de MAC de barrera se asoció significativamente con la Funcionalidad Familiar.

VI. RECOMENDACIONES

Realizar estudios donde se amplié el tamaño muestral a fin de reducir el error aleatorio, disminuir la variabilidad natural y lograr una mayor precisión de los resultados.

En futuros estudios se recomienda realizar un seguimiento comparativo (cohorte) a mediano/largo plazo a adolescentes con el factor exposición disfuncionalidad familiar y valorar la ocurrencia del algún comportamiento sexual de riesgo.

Promover el uso de métodos anticonceptivos de barrera (preservativo) en adolescentes como un comportamiento sexual favorable, más aun en adolescentes que proceden de familias con disfuncionalidad familiar.

Adicionar intervenciones basadas en la familia a los esfuerzos que actualmente viene desplegando el MINSA para prevenir algún comportamiento sexual de riesgo, ya que se centra en intervenciones realizadas por las instituciones educativas y sanitarias.

REFERENCIAS

1. Fondo de Naciones Unidad para la Infancia. El poder de 1800 millones: Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro. Washington D.C. (U.S.A): Oficina para América Latina de la UNFPA. 2014.
2. Organización de las Naciones Unidas. La situación demográfica en el mundo: Informe conciso. Nueva York (Estados Unidos de Norteamérica: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. 2014. p.15.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Suiza (Ginebra): Centro de Prensa de la OMS. 2016.
4. Saavedra MV, Miele VS. La orientación familiar de las adolescentes de 12 a 14 años con embarazos de alto riesgo. *Revista Cognosis*. 2018;3(5): 65-80.
5. Acosta N, Larreal E, Guerra M, Leal N, León M, González L, Márquez MD. SP-013: Infecciones de transmisión sexual y sus factores de riesgos en adolescentes. *Investigación Clínica*. 2017; 58(1 SI); 698-704.
6. Medina R, Negrete DJ. Factores asociados a la consistencia en el uso del condón en adolescentes en conflicto con la ley. *Psicología Iberoamericana*. 2017;25(1); 78-86.
7. Lavielle P, Jimenez F, Vasquez A, Aguirre M, Castillo M, Coronado F, et al. Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014; 52(1): 38-43.
8. Ruiz-Canela M, López-del Burgo C, Carlos S, Calatrava M, Osorio A, de Irala J. Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;31(1):54–61. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v31n1/54-61/es>. (Último acceso 15 de marzo de 2019).

9. Gómez V, Jiménez A. Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. Polis. Revista Latinoamericana 40.2015. Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/10784>. (Último acceso 26 de enero de 2019).
10. Jiménez M, Ovejero A. Percepción del clima social familiar y actitudes ante el acoso escolar en adolescentes. European Journal of investigation in health, psychology and education. 2015;3(2): 149-160. Disponible en: <https://www.formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/42/29>. (Último acceso 26 de enero de 2018).
11. González V et al. Comunicación familiar y toma de decisiones en sexualidad entre ascendientes y adolescentes. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 2017;15(1);419-430. disponible en: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/rlicsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/2972/805> (Último acceso 26 de enero de 2018).
12. González RM, Martínez L, Ferrer DM. Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares. Rev Cubana Med Gen Integr. 2017; 33(3):281-295. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79144>. (Último acceso 26 de enero de 2018).
13. González J et al. Relación entre violencia, género y familia en adolescentes de instituciones educativas distritales de Suba, Bogotá. CC [Internet]. 26oct.2017 [citado 27ene.2019];25(145):6-1. Available from: <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/229>
14. Palomino E. Disfunción familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en el hospital distrital Jerusalén de la esperanza en el período enero febrero 2015 [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Universidad Privada Antenor Orrego. Perú. 2015. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1281> (Último acceso 26 de enero de 2018).

15. Rafael M. Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el período febrero de 2016. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. 2016. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4696/Rafael_cm.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Último acceso 26 de enero de 2018).
16. Carmona G et al. Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2017;(34):601-610. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2017.v34n4/601-610/> (Último acceso 26 de enero de 2018).
17. Llerena de Mendiburu J, Maldonado F. Comunicación familiar y comportamiento sexual en adolescentes de 14 a 16 años, Institución Educativa Ludwing Van Beethoven-Arequipa 2017. 2018. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5146/ENllmej.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Último acceso 26 de enero de 2018).
18. Chávez L et al. Disfunción familiar por roles de género en estudiantes universitarios." PsicoEducativa: reflexiones y propuestas. 2018;4(8); 34-43. Disponible en: <https://psicoeducativa.iztacala.unam.mx/revista/index.php/rpsicoedu/article/view/100>. (Último acceso 26 de enero de 2018).
19. Cabello H et al. Análisis factorial confirmatorio de la escala de percepción del funcionamiento familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos. Salud & Sociedad. 2015;6(2); 140-153. Disponible en: <http://146.83.115.167/index.php/saludysociedad/article/view/952>. (Último acceso 26 de enero de 2018).
20. Ospino, G , Ceballos, and Rodríguez-De Ávila H. Relación entre el consumo de alcohol y relaciones sexuales en adolescentes. Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud 13.2 (2016): 76-78.

21. Ministerio de Salud. Plan Operativo Institucional del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima (Perú): Oficina de Planeamiento Estratégico del INMP. 2014.
22. Arias A, Cogollo Z, Díaz C. Comportamientos de riesgo para la salud en adolescentes estudiantes: prevalencia y factores asociados. *Revista Científica Salud Uninorte*. 24(2); 101-107.2011.
23. Florez C. Soto V. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Colombia: Universidad de los Andes. 2013.
24. Garcia E, Menendez E, Fernandez P, Cuesta M. Sexualidad, Anticoncepcion y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*. 5(1);79-87.2012
25. Rosabal E, Romero N, Gaquin K, Hernandez R. Conductas de riesgo en adolescente. *Rev Cubana Med Mil*. 44(2);154-59. 2015
26. Castellón H. Caracterización de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes en una comunidad urbana del Municipio de Malambo (Atlántico) [Tesis Grado]. digital. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2014.
27. Mayorga E et al. Comportamiento Sexual de riesgo en escolares de secundaria de Lima Sur. *Cátedra Villarreal-Psicología*, 1(1).2017.

ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento de recolección de datos

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL DE NUEVO CHIMBOTE - 2018

Numero de encuesta:.....

Fecha de aplicación:.....

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

I. Datos generales

Edad: 10-15 () 16-19 ()

Sexo:

II. Comportamiento sexual de riesgo

1. ¿Ha tenido alguna vez en su vida relaciones coitales? () Si () No

En caso que la respuesta fuera sí, continúe:

2. ¿Qué edad tenía usted aproximadamente cuando tuvo su PRIMERA relación sexual coital?.....años

3. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones coitales, aunque fuera una sola vez?

() 1 pareja () 2 o más

4. Cuando mantienes relaciones coitales, ¿utilizas el condón como método anticonceptivo?

Siempre A veces Nunca

5. ¿Alguna vez en tu vida tuviste relaciones coitales con el uso simultáneo de drogas o alcohol?

Si No

III. Funcionalidad familiar

Nombre: Family APGAR.

Autor: Smilkstein, Ashworth y Montano (1982).

Adaptación: Bellon, Luna y Lardelli (1996). Escala de Funcionamiento Familiar. N° de ítems: 5

Características del Cuestionario: El Cuestionario Family APGAR mide las siguientes características familiares de las cuales toma su nombre (APGAR): Adaptación (utilización de recursos para la procuración del bien común y la ayuda mutua para la resolución de problemas familiares) Participación (distribución solidaria de responsabilidades familiares se comparten y resuelven los problemas), Gradiente de Crecimiento (autorrealización de los miembros de la familia), Afecto (relación afectiva entre los miembros de la familia) y Resolución (compartir tiempo y recursos en la resolución de problemas).

Administración: Individual o Colectiva.

Tiempo aproximado de aplicación: 3 minutos.

Población a la que va dirigida: Desde los 11 años.

Propiedades psicométricas:

Para el registro de los datos el APGAR familiar, el cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X.

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

0: Nunca 1: Casi un nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre

FUNCIÓN	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Estas satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes algún problema y/o necesidad					
Sientes la participación que tu familia te brinda y te permite					
Te satisface como tu familia acepta y apoya tus deseos de emprender nuevas actividades o decisiones importantes					
Sientes que tu familia expresa afectos y responde a tus emociones como rabia, tristeza, amor.					
Estas satisfecho como compartes con tu familia el tiempo para estar juntos.					

FUNCIÓN	PUNTAJE
Buena función familiar	18 a 20 puntos
Disfunción familiar leve	14 a 17 puntos
Disfunción familiar moderada	10 a 13 puntos
Disfunción familiar severa	9 o menos puntos

ANEXO 2: Validación de Instrumentos

FORMATO PARA EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO

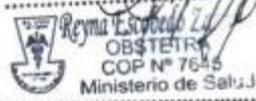
Datos del Evaluador:

Apellidos y nombres: Escobedo Zarzosa Reyna
 Número de colegiatura: COP N° 7645
 Profesión: Obstetra
 Lugar de trabajo: Centro de Salud Yugoslavia
 Cargo que desempeña: Obstetra Asistencial
 Área: Servicio de Obstetricia

VARIABLE	ITEMS	ESCALA EVOLUTIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	1-5	X			
COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO	1-5	X			

ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA VARIABLE-ITEMS

- A. TOTALMENTE DE ACUERDO
- B. DE ACUERDO
- C. DESACUERDO



 Reyna Escobedo Zarzosa
 OBSTETRA
 COP N° 7645
 Ministerio de Salud

FORMATO PARA EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO

Datos del Evaluador:

Apellidos y nombres:..... García Bravo Susy
 Número de colegiatura:..... COP N° 17038
 Profesión:..... Obstetra
 Lugar de trabajo:..... Centro de Salud Yugoslavia
 Cargo que desempeña:..... Obstetra Asistencial
 Área:..... Planificación Familiar.

VARIABLE	ITEMS	ESCALA EVOLUTIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	1 - 5	X			
COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO	1 - 5	X			

ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA VARIABLE-ITEMS

- A. TOTALMENTE DE ACUERDO
- B. DE ACUERDO
- C. DESACUERDO



FORMATO PARA EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO

Datos del Evaluador:

Apellidos y nombres: Sagastegui Huamán Ana María
 Número de colegiatura: COP N° 10913
 Profesión: Obstetra
 Lugar de trabajo: Centro de Salud Yugoslavia
 Cargo que desempeña: Obstetra Asistencial
 Área: Servicio de Obstetricia

VARIABLE	ITEMS	ESCALA EVOLUTIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	1 - 5	X			
COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO	1 - 5	X			

ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA VARIABLE-ITEMS

- A. TOTALMENTE DE ACUERDO
- B. DE ACUERDO
- C. DESACUERDO



 Ana María Sagastegui Huamán
 OBSTETRA
 C.O.P. 10913