

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE MEDICINA HUMANA

**Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento
sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno
Perinatal en el periodo febrero de 2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Marlom Hercy Rafael Chávez

ASESOR

Miguel Othón Benito Masías

Lima – Perú

2016

AGRADECIMIENTOS

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por haberme guiado y acompañado a lo largo de mi carrera y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Son muchas las personas que han contribuido en mi formación profesional a las que me encantaría agradecerles por su amistad, compañía, consejos y apoyo en los momentos más difíciles de mi vida. A todos quienes hicieron posible el presente estudio sin la cooperación desinteresada no hubiese sido posible.

Agradecer mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto que emprendí.

A mis amigos por su cariño, comprensión y haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencia que nunca voy a olvidar.

DEDICATORIA

A Dios. Por darme la oportunidad de vivir con buena salud y permitido llegar hasta este punto para lograr mis objetivos. A mis padres, Adán y Nancy, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por su incondicional apoyo en todo momento, por sus consejos, por sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. A mis hermanas Arisel, Brandon y Maily por estar conmigo, apoyarme y brindarme su cariño. A mi abuelo, como yo le llamo Wardo (Mario Chávez), por sus sabios consejos, por quererme mucho y le doy gracias a Dios por tener vuestra compañía. A mi abuela, Salustia Alvarado Puente como ella solía decir quién es mi ángel guardián que siempre está cuidando de mí. A mi tío, Daniel, por brindarme su cariño. A mis amigos, quienes estuvieron conmigo en cada paso que di.

Reitero mi gratitud a todas las personas que han recorrido conmigo este camino e hicieron de mi existencia una vida lleno de felicidad y una oportunidad más para hacer realidad todos mis sueños al lado de las personas que más quiero.

ÍNDICE

Resumen	vii
Abstract	viii
CAPÍTULO I: Introducción	1
1.1 Marco teórico	1
1.2 Justificación de la investigación	15
1.3 Formulación del problema	17
1.4 Objetivos	19
CAPÍTULO II: Diseño metodológico	21
2.1 Tipo de investigación	21
2.2 Población y muestra	21
2.3 Variables	24
2.4 Técnicas de instrumento	25
2.5 Plan de recolección de datos	26

2.6 Análisis estadístico de datos	28
2.7 Consideraciones éticas	29
CAPÍTULO III: Resultados	30
CAPÍTULO IV: Discusión	38
CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones	44
5.1 Conclusiones	44
5.2 Recomendaciones	46
Referencias bibliográficas	47
Anexos	55

ÍNDICE DE CUADROS

PAG

Cuadro 01.Características sociodemográficas de los adolescentes que acuden por consulta externa al INMP 201630

Cuadro 02.Puntuación por dimensiones de la funcionalidad familias en adolescentes que acuden por consulta externa al INMP 2016.....31

Cuadro 03.Clasificación de la Funcionalidad Familiar en adolescentes que acuden por consulta externa al Instituto Nacional Materno Perinatal 2016.....32

Cuadro 04. Relación entre edad de inicio de relaciones sexuales y la presencia de disfuncionalidad familiar en adolescentes que acuden por consulta externa al INMP 201632

Cuadro 05. Relación entre el número de parejas sexuales y la presencia de disfuncionalidad familiar en adolescentes que acuden por consulta externa al INMP 201633

Cuadro 06. Relación entre el uso de métodos anticonceptivos y la disfunción familiar en adolescentes que acuden por consulta externa al INMP 201634

Cuadro 07. Relación entre el consumo de drogas/alcohol durante una relación sexual y la disfunción familiar en adolescentes que acuden por consulta externa al INMP 201634

Cuadro 08. Relación entre la mantención de relaciones sexuales estables con una sola pareja y la disfunción familiar en adolescentes que acuden por consulta externa al INMP 201635

Cuadro 09. Relación entre el diagnóstico de ITS en alguna oportunidad y la disfunción familiar en adolescentes que acuden por consulta externa al INMP 201636

Cuadro 10. Relación entre la presencia de embarazo adolescente y la disfunción familiar en adolescentes que acuden por consulta externa al INMP 201636

Cuadro 11. Relación entre la experiencia sexual mayor y la disfunción familiar en adolescentes que acuden por consulta externa al INMP 201637

RESUMEN

Título: Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del instituto materno perinatal en el periodo febrero de 2016.

Introducción: La adolescencia es una etapa del desarrollo de gran vitalidad; no obstante, es también un período 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. **Objetivo:** Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016. **Material y Métodos:** Estudio observacional y descriptivo. Se contó con una muestra de 128 adolescentes a quienes se administró un cuestionario sobre conductas sexuales, experiencias sexuales y funcionalidad familiar. El análisis se realizó en el software SPSS 22. **Resultados:** La edad promedio de los adolescentes fue 16,9 años, siendo principalmente menores de edad (58,8%), de sexo femenino (98,3%) y de grado de instrucción de secundaria (96,6%). La disfuncionalidad familiar estuvo presente el 81,4% de adolescentes. Se encontró que “el número parejas sexuales igual o mayor a dos”, las “relaciones sexuales con consumo simultaneo de drogas o alcohol” y tener una “experiencia sexual mayor” no se asociaron a la disfuncionalidad familiar ($p>0,05$); mientras que “el uso de métodos anticonceptivos de barrera” ($p=0,007$), “haber presentado alguna ITS” ($p=0,015$) y una menor edad de inicio de relaciones sexuales si se asociaron con la disfuncionalidad familiar. **Conclusión:** El uso de métodos anticonceptivos de barrera, haber presentado alguna ITS y la edad de inicio de relaciones sexuales como expresión de la conducta sexual se asociaron a la disfuncionalidad familiar.

Palabras clave: funcionalidad familiar, comportamiento sexual, adolescencia.

ABSTRACT

Title: Relationship between family functioning and sexual risk behavior in adolescents of perinatal maternal institute in February 2016 period.

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

Objective: To determine the relationship between family functioning and sexual risk behavior in adolescents attending outpatient National Maternal Perinatal Institute in February 2016 period. **Material and Methods:** An observational, descriptive and prospective study. It featured a sample of 128 teenagers who a questionnaire on sexual behavior, sexual practices and family functioning was administered. The analysis was performed using SPSS software 22. **Results:** The average age of the adolescents was 16.9 years, being mainly minors (58.8%), female (98.3%) and secondary level of education (96.6%). Family dysfunction was present 81.4% of adolescents. It was found that "the number sexual partners equal or greater than two," "sexual relations with simultaneous consumption of drugs or alcohol" and have a "more sexual experience," not associated with family dysfunction ($p > 0.05$); while "the use of barrier contraceptive methods" ($p = 0.007$), "having presented some STD" ($p = 0.015$) and younger age of first sexual relations ($p = 0.015$) Sexual if associated with dysfunctional families. **Conclusion:** The use of barrier methods of contraception, have filed an STI and the age of onset of sex as an expression of sexual behavior associated with dysfunctional families.

Keywords: family functioning, sexual behavior, adolescence.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Teórico

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 1 300 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 períodos 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 ésta etapa del desarrollo, pueden 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,⁽⁵⁾ si a lo anterior se agrega el escaso uso de métodos de barrera como los preservativos, el riesgo no hace más que incrementarse.⁽⁶⁾ No obstante es posible mejorar esta situación pues Lavielle P., et al.⁽⁷⁾ refiere que el nivel de comunicación familiar, el monitoreo del comportamiento, la calidez, la cercanía de la familia influencia sobre conductas sexuales de adolescentes. Así lo reportó también Gonzales S.⁽⁸⁾ quien encontró que los adolescentes con un comportamiento sexual de riesgo proceden por lo general de familias disfuncionales, presentando además necesidades de afecto insatisfechas y una deficiente de comunicación entre sus miembros.

En el Perú los adolescentes representan el 20% del total de habitantes y diversos estudios muestran que una proporción importante de adolescentes lleva a cabo prácticas sexuales de riesgo. Según Chirinos J., et al.⁽⁹⁾ solo el 32,7% de adolescentes manifiestan saber poco o nada sobre sexualidad y anticoncepción y Maturana J.⁽¹⁰⁾ –por su parte– informó que hasta el 27% de estudiantes adolescentes ya han tenido relaciones coitales. Según Salazar A., et al.⁽¹¹⁾ los adolescentes con regular y mala comunicación familiar con sus progenitores son los que presentan una mayor frecuencia de inicio de relaciones sexuales y un escaso uso de los métodos anticonceptivos. Uretra M.⁽¹²⁾ encontró en San Juan de Lurigancho que hasta un 48,7% de adolescentes proviene de una familia disfuncional, lo que los pone en una situación de riesgo.

Por lo expuesto, se considera de suma importancia el presente estudio que tiene por objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes atendidos en consulta

externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016.

Es necesario realizar además de una conceptualización del tema para su mejor abordaje. Así, para la Real Academia de la Lengua (RAE) el término familia proviene del latín *familia* y hace referencia a un grupo de personas emparentadas entre si y que viven juntas o conjunto de ascendientes, descendiente, colaterales y afines de un linaje. Por su parte, la OMS define familia como “miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”.⁽¹³⁾ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) agrega que es una unidad básica y primer espacio de socialización del ser humano orientada al bienestar y desarrollo integral de sus integrantes,⁽¹³⁾ siendo reconocida desde la Constitución Política del Perú de 1993 (art. 4°) como una “sociedad natural y una institución fundamental de la Nación”.

En suma, la familia constituye el núcleo fundamental y referente social para cada uno de sus miembros, más aun en el adolescente quien vive en permanente cambio y evolución, pues es una etapa crucial para su desarrollo.⁽¹⁴⁾ Probablemente, la distinción más conocida de tipos de familia es la que diferencia la familia extensa de la familia nuclear o conyugal. La primera referida a aquella familia donde existe más de dos generaciones conviviendo en el hogar, esto es, por lo menos existe un padre de otra persona que es padre a su vez; la segunda referida a aquella familia conformada por dos adultos cónyuges que ejercen el rol de padres y viven con sus respectivos hijos, sean estos biológicos, incluyendo a la fertilización *in vitro* o adoptivos.⁽¹⁵⁾ Entre otros tipos de familia aunque menos conocidos se encuentran: la familia nuclear ampliada, familia monoparental, familia binuclear, familia reconstituida, etc.

Bajo un concepto tradicionalista hasta hace poco era deseable que mayoría de familias típicamente se encuentren compuestas por un padre que trabaja, una madre que se ocupa de la casa y uno o más hijos, no obstante, existe una tendencia al cambio de esta estructura.⁽¹⁶⁾ Estos cambios se iniciaron en los países desarrollados en las décadas de los años 70 y 80 donde se

registró un notorio incremento en las familias monoparentales y los equivalentes familiares también llamados “hogares no familiares”, formados por personas que vivían solas, o que no tenían lazos de parentesco.⁽¹⁷⁾

Según la OPS el principal cambio observado entre los años 1990 a 2010 fue una caída del porcentaje de hogares nucleares de 68,0% a 63,6% y un incremento en el porcentaje de hogares extensos que se mantiene actualmente alrededor del 20% y hogares no familiares.⁽¹⁷⁾ El Perú no ha estado exento a estos cambios, pues según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) un 15% de niños viven solo con la madre; así como hay una considerable frecuencia de familias monoparentales (19,5%). En relación al porcentaje de diferentes composiciones familiares de hogares peruanos, el departamento de Lima concentra el 28,7% de los hogares nucleares, el 34,1% de los hogares extendidos y el 26,9% de los hogares unipersonales. El resto de departamentos concentra en proporciones menores al 10% los diferentes tipos de estructura familiar;⁽¹⁸⁾ esta profunda transformación en nuestro sistema social, confirma la importancia de una dinámica de relación familiar saludable, que influencia, sobre todo, el desarrollo del adolescente.⁽¹⁴⁾

Se ha reportado también inestabilidad en las familias peruanas a causa del aumento de la convivencia y los nacimientos extramaritales, pues el Perú ocupa el segundo lugar en convivencia.⁽¹⁹⁾ Podemos resumir estos cambios diciendo que las nuevas tendencias se están desplazando hacia: la familia formada por un solo padre o madre y los hogares encabezados por mujeres; el aumento de la edad promedio para el primer matrimonio de las mujeres y el nacimiento de los hijos, lo que retrasa la formación de las primeras familias; el mayor ingreso de las mujeres en la fuerza laboral en números sin precedentes y los cambios en los roles de género dentro de la familia, y el tamaño de la familia/hogar se encuentra en descenso.

Según Baile L. ⁽²⁰⁾ muchos padres y la propia sociedad creen que los padres deben ser los principales educadores de sus hijos sobre sexualidad; no

obstante, sólo una minoría de padres discuten sobre relaciones sexuales, anticonceptivos u otros temas con sus hijos adolescentes.

Algunos estudios también sugieren que las características familiares, tales como una relación significativa, apoyo y supervisión de los padres, están estrechamente asociadas con una mejor comunicación entre padres y adolescentes, esto corrobora el hecho que la relación significativa y la educación padres-adolescentes son factores protectores de la salud sexual del adolescente y deben ser promovidos. De esto se deduce la necesidad de comunicarse con los jóvenes sobre sexualidad y romper algunos de los tabúes que rodean estos temas.

En la sociedad peruana predomina la familia patriarcal, caracterizada por depender económicamente del padre, quien tiene una actitud dominante en la toma de decisiones; además, se puede dar otro fenómeno, la ausencia física de uno o ambos progenitores, que implica falta de figuras necesarias en el desempeño complementario de acciones vitales para el grupo familiar.^(21,22) Al observar ambos fenómenos, de profunda transformación en nuestro sistema social, se confirma la importancia de una dinámica de relación familiar saludable, que influencia, sobre todo, el desarrollo del adolescente.⁽¹⁴⁾

Un estudio realizado por el Mapa Mundial de la Familia en el año 2013, presentado por la ONG Child Trends con el respaldo de la Universidad de Virginia (EE.UU.), demostró que un 24% de menores de 18 años en nuestro país crece con un solo padre.⁽²³⁾ Su pertenencia a un hogar monoparental no sería perjudicial en su formación frente a aquellos que crecen con sus dos padres, pues los niños que crecen con los dos padres tienen una mejor comprensión lectora y menos posibilidades de repitencia escolar. El estudio también evidencia la inestabilidad de las familias peruanas, a causa del aumento de la convivencia y los nacimientos extramaritales.⁽²⁴⁾

Nuestro país ocupa el segundo lugar en convivencia y se calcula que el 73% de nacimientos ocurren fuera del matrimonio, siendo superados por

Colombia. Los indicadores educativos de los escolares peruanos –tales como comprensión lectora y repitencia– estarían condicionados no solo por las deficiencias del sistema educativo, sino también por la estructura familiar, su nivel socioeconómico y el modo de relacionarse en el hogar.⁽²⁴⁾ El soporte de la familia extensa, formada por tíos y abuelos cumple también un rol clave para mitigar carencias.⁽²⁵⁾

Podemos resumir todo lo expuesto en relación a la familia diciendo que las nuevas tendencias se están desplazando hacia una familia formada por un solo padre o madre y los hogares encabezados por mujeres; un aumento de la edad promedio para el primer matrimonio de las mujeres y el nacimiento de los hijos, lo que retrasa la formación de las primeras familias; un mayor ingreso de las mujeres en la fuerza laboral en números sin precedentes y los cambios en los roles de género dentro de la familia y el tamaño de la familia.

De acuerdo a una encuesta realizada en Estados Unidos, muchos padres y la propia sociedad creen que los padres deben ser los principales educadores de sus hijos sobre sexualidad. Los adolescentes también lo creen así y expresan el deseo de que sus padres sean los principales educadores sobre sexualidad. A pesar de este hallazgo, sólo una minoría de padres discuten sobre las relaciones sexuales, los anticonceptivos u otros temas con sus hijos adolescentes.⁽²⁰⁾

Aunque la investigación es escasa, los estudios encuentran que una mayor comunicación entre padres y adolescentes se relacionado con resultados positivos en la salud sexual y reproductiva del adolescente. La buena comunicación entre padres y adolescentes puede tener un efecto positivo en el uso de anticonceptivos. Además, estudios indican que si la buena comunicación se inicia temprano, esta puede retrasar la edad de inicio de las relaciones sexuales. Los programas educativos que ayudan a los padres a sentirse cómodos hablando con sus hijos y que aumentan y mejoran la calidad de la comunicación tienen efectos prometedores a corto plazo. En suma, se indica que la educación sexual en el hogar puede tener efectos positivos en el comportamiento sexual del adolescente, por lo que se deben realizar esfuerzos para ayudar a los adultos a entender a los adolescentes,

su proceso de desarrollo y la importancia de la familia para su salud en general.⁽²⁵⁾

Algunos estudios también sugieren que las características familiares, tales como una relación significativa, apoyo y supervisión de los padres, están estrechamente asociadas con una mejor comunicación entre padres y adolescentes. Esto corrobora que la relación significativa y la educación padres-adolescentes son factores protectores de la salud sexual del adolescente y deben ser promovidos.⁽²⁶⁾

Respecto al concepto de funcionalidad familiar, según la literatura es un constructo de carácter sistémico, que aborda características relativamente estables, por medio de las que se relacionan internamente como grupo humano, los sujetos que la conforman. Asimismo, se ha dicho que es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.⁽²⁷⁾

La dinámica relacional conforma la calidad del ambiente y la atmósfera del hogar, le imprime al mismo un clima agradable, de satisfacción o un clima desagradable, de tensión y regula el desarrollo del grupo familiar como un todo. Los investigadores de la familia, que generalmente provienen del campo de la terapia familiar, debaten actualmente la pertinencia de las dimensiones que deben conformar el concepto de funcionamiento familiar así como los indicadores para su evaluación.⁽²⁷⁾

A pesar de esas limitaciones, las investigaciones para la evaluación del funcionamiento familiar han aportado métodos y teorías de indudable valor, aunque en la bibliografía consultada sobre el tema “funcionamiento familiar” hallamos una gran variedad de acepciones y descripciones del concepto, una de estas definiciones dice que la funcionalidad familiar no es sólo 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.⁽²⁷⁾

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.⁽²⁸⁾

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.⁽²⁹⁾

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.⁽³⁰⁾

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.⁽³⁰⁾

Rivadeneira G. y Trelles L.⁽³¹⁾ 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⁽³²⁾ mencionan se refiere a una familia conflictiva o en la que suceden conflictos, que hacen no funcional. Por lo que a modo sucinto manifiestan que la disfuncionalidad familiar es el incumplimiento de las funciones básicas de la familia, por lo que no se promueve el desarrollo favorable a la salud de todos los integrantes de la familia.

Se le considera familia disfuncional también a una familia donde las relaciones están basadas en violencia. En este tipo de familias es muy probable que los hijos presenten algunas carencias o que repitan pautas de relación violentas. Debemos aclarar que no necesariamente en familias donde falta el padre o madre existirán problemas, algunas personas adultas del entorno familiar pueden otorgarle el rol que “falta” a algún otro familiar cercano.

Respecto a la relación entre los conceptos de funcionalidad o disfuncionalidad familiar antes expuestos Pérez M.⁽³⁰⁾ menciona que en realidad, toda familia tiene cierto grado de disfuncionalidad. La familia ideal o perfecta en realidad no existe. Los conceptos de funcionalidad y disfuncionalidad son solo dimensiones que sirven para clasificar y medir el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de una familia o persona, dentro de la sociedad.

Respecto a las herramientas para la valoración de la funcionalidad o disfuncionalidad, son innumerables han sido los esfuerzos para evaluar el funcionamiento familiar y de pareja desde los albores de la terapia familiar. Existen diversos modelos de terapia familiar y cada uno cuenta con su manera de ver la funcionalidad familiar, de evaluar la disfunción o los síntomas, establecer sus metas terapéuticas y grupos de profesionales que han contribuido a la construcción de los modelos, así como de los instrumentos que pueden aplicarse en cada uno. Se han descrito varios métodos e instrumentos para la evaluación familiar, además de una propuesta para su selección.⁽³³⁾ Es esencial considerar aspectos psicométricos de los instrumentos; estos aspectos permitirán la toma de

decisiones para su uso y aplicación tanto en el ámbito clínico como en la investigación; no obstante, el instrumento más empleado para la valoración de la funcionalidad o disfuncionalidad familiar es el Apgar familiar basado en el modelo conceptual Smilkstein, el cual es una herramienta desarrollada en el año 1975 y desde ahí ha sido usado en numerosas investigaciones. Por lo tanto, existen varias versiones similares,^(29,34) Una de ellas la de Maddaleno M., et al.⁽³⁵⁾ quienes tradujeron esta escala al español y la adaptaron para su uso en adolescentes chilenos.

La escala contiene cinco preguntas que miden la percepción de satisfacción familiar de los adolescentes. La escala usa cinco criterios para medir el funcionamiento de la familia: adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución. La fiabilidad de este instrumento medida por el coeficiente alfa de Cronbach fluctuó entre 0.82 y 0.86.⁽³⁶⁾ Refiriéndose a adaptabilidad como la capacidad de usar recursos familiares/ comunitarios para resolver momentos de crisis, Participación como la capacidad de compartir y resolver problemas, Gradiente de Crecimiento como la capacidad de atravesar las diferentes etapas del ciclo familiar a la vez teniendo la individualización y separación de los miembros en forma madura, Afecto como la capacidad de demostrar cariño y preocupación por otros miembros de la familia, y Resolución como la capacidad de aplicar lo anterior mientras comparte tiempo y recursos con cada miembro de la familia.⁽³⁷⁾ Los puntajes de los items se suman; el puntaje de la escala total fluctúa entre 0 y 20 puntos. La médico de familia y comunidad peruana Lombardi Z.⁽³⁸⁾ menciona que los puntajes altos indican mayor satisfacción o funcionalidad familiar, clasificándose “Buena funcionalidad familiar” cuando se obtienen de 18 a 20 puntos; no obstante menciona que los diferentes grados de funcionalidad son: “Disfunción familiar leve” si el puntaje se encuentre entre los 14 a 17 puntos, “disfunción familiar moderada” si el puntaje se encuentra entre los 10 a 13 puntos y “disfunción familiar severa” si el puntaje es de 9 o menos puntos.

Según autores como Garza T. y Gutiérrez R.⁽³⁹⁾ es preferible el uso clínico del Apgar familiar para valorar la funcionalidad familiar por su sencillez. Asimismo, agregan que cada pregunta puede plantearse al paciente y/o su familia durante la entrevista como método de detección de insatisfacciones de las dimensiones incluidas, de forma que al encontrar insatisfacción se pueda profundizar en el interrogatorio o referir si así lo considera el profesional de salud.

Respecto a disfunción familiar no existe una prevalencia mundial o en América latina aún, pero existen algunos estudios como el estudio de López A.⁽³⁴⁾ donde se reporta una prevalencia de disfunción familiar del 85%, y una prevalencia de familias funcionales del 14,9%, concluyendo que los embarazos adolescentes en la mayor parte del mundo son resultado directo de la condición inferior de la mujer, cuyo papel en la sociedad está devaluado, por tanto, muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, frecuentemente ven a la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo.

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.⁽⁴⁰⁾ 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.

Una teoría que intenta explicar el desarrollo del comportamiento sexual es la teoría de la secuencia del comportamiento sexual de Byrne D. y Kelley K.⁽⁴¹⁾ que intenta integrar los enfoques biológico, social y psicosexual en unidades de secuencia de comportamientos sexuales que incluyen una serie de procesos individuales de excitación, de afectividad y cognitivos que son

afectados por fuerzas culturales o de la estructura social y a su vez son causa del comportamiento sexual individual.

Fisher W.⁽⁴²⁾ señala que desde la pubertad aparecen cambios que implican dominios individuales o fisiológicos (“excitación sexual que se integra con procesos afectivos y cognitivos haciendo prominente las fantasías”) y sociales (“los sentimientos, evaluaciones, creencias, expectativas y fantasías son conformadas por las interacciones sociales que se van produciendo durante la adolescencia”).

La adolescencia es la etapa de la vida en la que se inicia las relaciones sexuales, si bien físicamente los jóvenes son capaces de mantener relaciones completas, no siempre están físicamente preparados a nivel psicológico y en muchas ocasiones inician su actividad sexual sin ningún tipo de prevención.⁽⁷⁾

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

Podemos distinguir dos tipos de comportamiento sexual: el comportamiento sexual sin penetración y comportamiento sexual con penetración. El primero, incluiría la masturbación y el “petting”. La práctica de este comportamiento entraña un riesgo nulo de embarazo o de contagio con una infección de transmisión sexual (ITS). El segundo tipo, entendemos toda práctica sexual en las que se produce introducción del pene en la vagina, boca o ano y por lo tanto, si no se utilizan medidas preventivas, existe riesgo de infección del VIH u otras ITS así como riesgo de embarazo.⁽⁴³⁾

El comportamiento sexual de riesgo vendría a ser la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo

no deseado.⁽⁴⁴⁾ Según esta definición podemos establecer como prácticas sexuales de riesgo el sexo oral, el coito vaginal y el anal, la promiscuidad y el consumo de drogas, dado de forma concomitante a estas prácticas.

El comportamiento sexual de riesgo ha despertado gran interés debido a que hacen más probable la incidencia de situaciones nocivas para el sujeto. Tener relaciones sexuales sin condón o habiendo consumido licor o la promiscuidad, hacen vulnerables a las personas frente a las amenazas referidas.⁽⁴⁵⁾

El inicio precoz de las relaciones sexuales parece estar relacionado directamente con un mayor número de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. Aun así, el inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años disminuyó en algunos países latinoamericanos como para Colombia, Haití, Brasil, Honduras y el Perú, siendo el uso general de métodos anticonceptivos entre adolescentes de solo un 15,3%.⁽⁴⁶⁾

Un estudio realizado en Chile encontró que existe alta prevalencia de síntomas emocionales y percepción de disfunción familiar en adolescentes asociadas a un comportamiento de riesgo como consumo de alcohol, drogas y actividad sexual precoz. La prevalencia de relaciones sexuales alcanza casi 50% en varones, siendo significativamente mayor que en mujeres (40%). El riesgo de mantener relaciones sexuales es significativamente superior en hogares percibidos como disfuncionales, en los cuales la prevalencia para ambos sexos alcanza 50%.⁽⁴⁷⁾

Desde tiempos inmemorables la prevención del comportamiento sexual de riesgo en nuestro país, se ha orientado hacia la anticoncepción y en segundo plano a evitar las enfermedades de transmisión sexual. Esto se debía a las eficaces terapias farmacológicas. Los jóvenes están expuestos a una alta vulnerabilidad en el ejercicio de su sexualidad, hecho que se vincula con la búsqueda social de autoafirmación y aceptación, fenómenos que

frecuentemente involucran la necesidad de establecer relaciones de pareja y experimentar contactos sexuales pasajeros.⁽⁴⁸⁾

Roche J.⁽⁴⁹⁾ detalló los diversos comportamientos sexuales como tomarse de manos, besos, abrazos, beso y abrazo prolongado, caricias sobre la ropa, sentir los órganos femeninos directamente, sentir el pene directamente, sexo oral, masturbación mutua y relación coital, coito o cópula, de esto se deduce que unos más que otros podrían constituir un factor de riesgo para el adolescente.

Los adolescentes y jóvenes están expuestos a factores y un comportamiento de riesgo que son respectivamente los elementos que aumentan la probabilidad de aparición, o de asociarse al desencadenamiento de algún hecho indeseable, enfermar o morir; y las actuaciones repetidas fuera de determinados límites, pueden desviar o comprometer su desarrollo psicosocial normal, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura.⁽⁵⁰⁾ Aproximadamente el 50% de adolescentes entre 15 y 19 años tienen una vida sexual activa, además existe un incremento anual de aproximadamente el 10% de adolescentes mujeres cuyas relaciones sexuales se inician entre los 12 y 19 años de edad. Asimismo, se ha reportado que el 25% de adolescentes con experiencia sexual se embarazan y el 60 % de estos embarazos ocurren en los primeros seis meses de relaciones sexuales; además el 35% de madres adolescentes son solteras, y aproximadamente más del 60% de estos embarazos son no deseados, de manera que podemos comprender los efectos psicológicos de este fenómeno.⁽⁵¹⁾

En el contexto latinoamericano y del Caribe, es probable que la familia, incluyendo la familia extendida, sea el factor más importante en la salud y el desarrollo del adolescente. Las relaciones familiares pueden nutrir, apoyar y ayudar a los jóvenes, fijan límites y desafían ciertos supuestos y creencias prevalentes en una cultura. Las relaciones significativas con adultos y amigos, y las experiencias escolares positivas constituyen aspectos importantes en un ambiente que apoya a los adolescentes. A través de estas

relaciones los jóvenes desarrollan resiliencia para desafiar las prácticas sociales y culturales que pueden ser dañinas para su desarrollo y salud sexual. Durante la adolescencia intermedia, mientras el joven está buscando un balance entre su autonomía y la dependencia de sus padres, la gente joven tiende a identificarse mucho con sus pares. La influencia de los pares es multidimensional y los adolescentes no son igualmente susceptibles a ella. Algunos adolescentes buscan en sus pares el refuerzo de comportamientos y creencias, y muy a menudo adoptan y conforman su comportamiento a la de ellos. Otros son inconformistas y no permiten que sus pares les dicten su comportamiento.^(52,53) Unos de cambios más importantes de la adolescentes son aquellos relacionados al desarrollo sexual y el inicio de la capacidad reproductiva, que a su vez conllevan al inicio de las relaciones sexuales.⁽⁵⁴⁾

Los cambios por los que atraviesa el adolescente están influenciados no solo por el género y el nivel de madurez física, psicosocial y cognitiva del individuo, sino también por el ambiente social, cultural, político y económico en el que vive, siendo su salud sexual un factor crucial en el comportamiento del adolescente.⁽⁵²⁾

1.2. Justificación de la investigación

La adolescencia es la etapa de transición de la niñez a la edad adulta en la que pueden presentarse diversos problemas. Uno de los principales problemas es el embarazo en la adolescencia, que ha sido calificado como un problema de salud pública debido a los estragos que causa a nivel social y el estado de salud, que pueden generar en el adolescente sobre todo si carece de apoyo familiar para afrontar este suceso. Se han planteado

distintos factores que están implicados en un inicio temprano de relaciones sexuales y que conlleven al embarazo adolescente, entre ellos la disfunción de la familia del adolescente. Una familia disfuncional no podrá servir de apoyo debido a la comunicación deficiente entre sus miembros.

A nivel de comportamiento individual se evidencia el aumento de la actividad sexual reciente (en las últimas 4 semanas) en aquellos adolescentes de 15 a 19 años que ya iniciaron sexualmente, proporción que ha ido aumentando sostenidamente en los últimos 20 años. Lo mismo sucede en quienes registraron actividad sexual antes de los 15 años. A esta información habría que agregar, como probable explicación, los cambios registrados a nivel mundial en el descenso en la edad de la menarquía.⁽⁵⁵⁾

Nuevamente, la pobre calidad educativa no hace sino reforzar este circuito de exclusiones; además del embarazo, la deserción escolar también puede resultar de uniones formales tempranas, de la baja calidad de la educación que se ofrece y de expectativas igualmente bajas que tienen los adolescentes para sus propias vidas. Por lo tanto, las políticas que buscan reducir el embarazo adolescente tendrían que considerar mucho más que solo brindar información sobre los anticonceptivos y facilitar su acceso. Es decir, sin educación sexual de calidad o el fortalecimiento de las capacidades de asertividad adolescente, es realmente poco lo que se pueda lograr. Globalmente, las crecientes brechas de oportunidades entre las adolescentes que, siendo pobres, resultan embarazadas sin haberlo planificado, son de tal magnitud que en conjunto pudieran contrarrestar la posibilidad de capitalizar la oportunidad derivada del cambio poblacional.

De no revertirse estas tendencias, el bono demográfico no pasará de haber sido una oportunidad más. Al no estar aprovechando la oportunidad, no dejará de ser sino un pagaré. Es por todo lo expuesto, consideramos un tema de importancia el estudio de la relación entre la disfunción familiar y el comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes, tanto para establecer la relación que existe entre estos factores como para identificar posibles puntos de acción.

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

1.3. Formulación del problema

1.3.1 *Problema General:*

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016?

1.3.2 Problemas específicos:

¿Cuál es la frecuencia y severidad de la disfuncionalidad familiar en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016?

¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar y la menor edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016?

¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar y el mayor número de parejas sexuales en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016?

¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar y el uso de métodos de barrera en cada relación sexual en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016?

¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar y las relaciones sexuales con consumo de drogas o alcohol en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016.

¿Cómo se relaciona la presentación de una ITS y la funcionalidad familiar en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016?

¿Cómo se relaciona la funcionalidad familiar y la mayor experiencia sexual en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016?

1.4. Objetivos

1.4.1 *Objetivo principal*

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016.

1.4.2 *Objetivos específicos*

Identificar la frecuencia y severidad de la disfuncionalidad familiar en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016.

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la menor edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016.

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el mayor número de parejas sexuales en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016.

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el uso de métodos de barrera en cada relación sexual en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016.

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las relaciones sexuales con consumo de drogas o alcohol en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016.

Determinar la relación entre la presentación de una ITS y la funcionalidad familiar en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016.

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la mayor experiencia sexual en adolescentes atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016.

CAPÍTULO II: Diseño Metodológico

2.1. Tipo de investigación

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

2.2. Población y muestra

La localización donde se llevará a cabo el estudio corresponde al Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), fue fundada el 10 de octubre de 1826, por el Mariscal don Andrés de Santa Cruz, con el nombre de “Casa de Maternidad de Lima”. 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 Jr. Miró Quesada N° 941 en el distrito de Cercado de Lima, en Lima, Perú.

Población a estudiar: Adolescentes que acuden por consulta externa del Instituto Materno perinatal del 1 al 29 de febrero de 2016.

Unidad de análisis: Adolescente que acudan por consultorio externo al Instituto Nacional Materno Perinatal en febrero de 2016.

Tamaño de la muestra: según reportes del “Análisis de la Situación de los Servicios Hospitalarios del Instituto Nacional Materno Perinatal” del año 2014 se estimó que un total de 424 adolescentes son atendidas quincenalmente en los consultorios externos de adolescencia del INMP,⁽⁵⁶⁾ las mismas que espera acudan en el periodo de febrero de 2016. Así se procedió al cálculo de tamaño de la muestra empleando la fórmula para poblaciones finitas:

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

El tamaño de muestra se calculó para los siguientes valores:

Tamaño de Población: N=848 adolescentes

Nivel de Confianza (95%): $Z\alpha=1.96$

Proporción a favor: $p=0.5$

Proporción en contra: $q=0.5$

Error de precisión: $E=0.8$

Reemplazando los valores se obtiene un total:

$$n=128 \text{ adolescentes}$$

Si bien se recogió 139 de esta cantidad de muestra, solo se contó con 128 adolescentes ya que no todas cumplieron el criterio de inclusión de llenar de forma completa y legible las encuestas.

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

La recolección de la información se realizó durante el 01 al 15 de febrero de 2016, es decir se planificó 11 días hábiles para encuestar a un total de 139 adolescentes. Para ello se coordinó con el personal técnico del consultorio a cargo de la administración de historias clínicas de aquellas adolescentes citadas.

De los todos los listados individuales de adolescentes con citas programadas en la fecha de recolección programada se tomó de forma aleatoria 139 adolescentes mediante uso del software Microsoft Office 2015, específicamente su herramienta informática MS Excel. Para ello se empleó la función Números aleatorios dentro de un rango con el siguiente argumento de función:

“=ALEATORIO.ENTRE(1,424)”

Del listado de adolescentes citadas se seleccionó de forma aleatoria un listado de 139 adolescentes, las cuales pueden apreciarse en la sección de anexo 6.

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.

Criterios de exclusión:

- Adolescente que no asistan por consulta el día de la aplicación del estudio.
- Adolescente que acudan sin acompañantes a la consulta

2.3. Variables:

Variable	Dimensión	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categorías o valores	Fuente de verificación
Funcionalidad familiar	Adaptación	Valoración del adolescente mediante escala Likert respecto a la utilización de recursos para resolver problemas familiares	Cualitativa	Ordinal	Buena funcionalidad familiar	Apgar familiar
	Participación	Valoración del adolescente mediante escala Likert respecto a su participación en la toma de decisiones y responsabilidades	Cualitativa	Ordinal	Disfunción familiar leve	
	Crecimiento	Valoración del adolescente mediante escala Likert respecto a la posibilidad de maduración emocional, física, y de autorrealización.	Cualitativa	Ordinal	Disfunción familiar moderada	
	Afecto	Valoración del adolescente mediante escala Likert respecto a la relación de amor y atención que existe entre los miembros de su familia	Cualitativa	Ordinal	Disfunción familiar severa	
	Recursos	Valoración del adolescente mediante escala Likert respecto al compromiso o determinación de dedicar tiempo a los miembros de su familia	Cualitativa	Ordinal		
Comportamiento sexual de riesgo	Inicio de actividad sexual	Respuesta expresada por el adolescente sobre si tuvo o no relaciones coitales	Cualitativa	Nominal	Si, No	Cuestionario
	Edad de inicio de las relaciones sexuales	Edad manifestada por el adolescente respecto al momento en que inicio relaciones coitales	Cuantitativa	Razón	En años	
	Número de parejas sexuales	Total de compañeros con quienes tuvo relaciones coitales	Cuantitativa	Razón	En números	
	Uso de métodos de barrera	Respuesta expresada por el adolescente sobre la utilización del condón	Cualitativa	Nominal	Siempre, A veces, Nunca	
	Relaciones sexuales con consumo simultáneo de drogas o alcohol	Respuesta expresada por el adolescente sobre si tuvo o no relaciones coitales bajo los efectos de drogas y/o alcohol	Cualitativa	Nominal	Si, No	
	Nivel de experiencia sexual	Grado de experiencia sexual medido a través de la escala Schofield	Cualitativa	Ordinal	Nivel 1,2,3,4 y 5	Escala de Schofield

2.4. Técnicas e instrumentos

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

Para la evaluación de la variable funcionalidad familiar se empleara el cuestionario Apgar Familiar de Smilkstein, creado en 1978.⁽²⁸⁾ Este instrumento ha sido sometido posterior a su creación a un proceso continuo de validación y adaptación en diversas investigaciones, demostrando un buen nivel de validez y confiabilidad.^(57,58,59) Es importante mencionar que Castilla H., et al.⁽⁶⁰⁾ han validado también este cuestionario para el Perú en el 2014, encontrando que la Escala APGAR familiar aplicada en adolescentes peruanos cuenta con adecuadas propiedades psicométricas, que permiten considerarla como una medida válida y confiable para ser empleada en investigaciones futuras. Este instrumento consta de cinco ítems o preguntas relacionadas a adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos, cuyas opciones de respuesta se presentan en escala de Likert: siempre=4, casi siempre=3, algunas veces=2, casi nunca=1 y nunca=0. La clasificación de funcionalidad familiar se efectuará de la siguiente manera:

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

Si bien existen diferentes formas de categorizar los resultados del Apgar familiar, los puntajes antes expuestos en el presente estudio tuvieron como

referente las sugerencias de Lombardi Z.,⁽³⁸⁾ quien es médico de familia y comunidad peruana especialista en el tema.

Para la evaluación del comportamiento sexual de riesgo se elaboró un cuestionario donde se incluyeron aquellos comportamientos de adolescentes que incrementan las probabilidades de contraer una ITS o embarazo. Este cuestionario se desarrolló tomando como referente variables indicadas en la “Guía para Medir Comportamientos de Riesgo en Jóvenes” del Banco Interamericano de Desarrollo,⁽⁶¹⁾ así como otras fuentes bibliográficas relacionadas al tema. Las variables que formaron parte del comportamiento sexual de riesgo del adolescente fueron: inicio de actividad sexual, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso de métodos de barrera, relaciones sexuales con consumo simultáneo de drogas o alcohol y mayor experiencia sexual.

Para establecer la validez del instrumento se realizará un Juicio de Expertos, a partir de cuyas valoraciones sobre el instrumento se aplicará la prueba binomial determinando así la concordancia entre jueces respecto a la validez del instrumento (Anexo 4).

Para establecer la confiabilidad del instrumento se realizará una prueba piloto al 10% de la muestra identificada, a partir de ello se procederá con cálculo del coeficiente de confiabilidad de Kuder Richardson

2.5. Plan de recolección de datos

La realización del presente trabajo de investigación fueron las siguientes:

- En primer término se presentó el proyecto de investigación a la E.A.P de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marco y luego se subsanaron observaciones.

- La E.A.P de Medicina humana elevó el protocolo de investigación al Comité de Ética e Investigación de la UNMSM, con el propósito de obtener Resolución de Decanato, lo cual evidenció la conformidad con el contenido del protocolo, listo para su ejecución.
- Aprobado el proyecto de investigación, se solicitó la autorización del Director del Instituto Nacional Materno Perinatal para la ejecución del estudio en el periodo febrero de 2016.
- Las garantías que permitieron desarrollar la presente investigación en el INMP además de la disposición del investigador, fueron: 1) la fácil accesibilidad que se tendrá a los adolescentes a la institución, pues estas cuentan con un servicio diferenciado que permite distinguirlos, 2) la buena concurrencia de adolescentes demandando atención especializada a la institución, y 3) el respaldo administrativo por parte del personal.
- En el día de la encuesta, se solicitó a los familiares o apoderados que acompaña al adolescente el consentimiento informado con el fin de obtener de estos la firma del consentimiento respecto a la participación de sus hijos.
- Se hizo uso de los horarios de asistencia y se identificó la disponibilidad de tiempo, se procedió a identificar a los adolescentes que acuden por consultorio externo del Instituto Nacional Materno Perinatal para luego, obtener el asentimiento de los adolescentes respecto a su participación.
- Es importante mencionar que el investigador fue quien realizó la recolección de la información con el fin de garantizar la veracidad de todo dato obtenido.
- Una vez recolectada la información, se procedió a la tabulación de estos datos para su posterior evaluación y análisis en el programa estadístico.

2.6. Análisis estadístico de los datos

Luego de la recolección de datos, se creó una base de datos en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) en su versión número 22 en español teniendo en consideración la operacionalización de variables y objetivos del estudio.

Análisis descriptivo

Para el análisis descriptivo de variables cuantitativas como: edad, año de estudios y edad de la primera relación sexual, se emplearon medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar); mientras que para el análisis descriptivo de variables cualitativas como el sexo, comportamiento sexual de riesgo y la funcionalidad familiar se emplearon frecuencias absolutas y relativas (porcentaje).

Análisis inferencial

Para el análisis inferencial, es decir establecer existencia de la relación entre las variables de interés, la variable funcionalidad familiar se categorizó dicotómicamente en: "funcionalidad familiar" y "disfuncionalidad familiar"; mientras que de forma similar la macrovariable comportamiento sexual de riesgo fue también dicotomizado: tenencia de alguna vez en la vida relaciones sexuales ("sí" y "no"), menor edad de inicio de relaciones sexuales: edad menor o igual 15 años ("sí" y "no"), mayor número de parejas sexuales: 2 parejas o más ("sí" y "no"), ausencia de uso del preservativo en cada relación sexual ("sí" y "no"), promiscuidad: mantener relaciones sexuales con distintas personas ("sí" y "no") y tenencia en alguna ocasión alguna ITS ("sí" y "no"). Dado que ambas variables de interés eran cualitativas dicotómicas, para determinar la relación entre las variables se usó la Prueba Chi-cuadrado con un nivel de confianza (IC) del 95% considerándose un valor de $p \leq 0.05$ como "significativo" y un valor de $p < 0,01$ como muy significativo.

Se diseñaron además gráficos circulares y de barras en el programa Microsoft Excel 2010, las cuales permitieron una apreciación más sencilla de los resultados.

2.7. Consideraciones éticas

El estudio siguió en todo momento los lineamientos éticos para la investigación en salud de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, donde se instó a investigadores a “velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente”, pues es deber de quien investiga proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación, los cuales se garantizaron en el presente estudio. Asimismo, se dio cumplimiento a los lineamientos establecidos en el capítulo 6 referente a la investigación del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú donde se menciona lo siguiente:⁽⁶²⁾

“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 justificó claramente procedimientos referentes al consentimiento y asentimiento informado explicado en líneas previas.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de 128 adolescentes atendidos en los consultorios de adolescencia en el periodo febrero de 2016. Se excluyeron las fichas de 10 adolescentes por encontrarse incompletas y/o ilegibles.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los adolescentes que acuden por consulta externa al Instituto Nacional Materno Perinatal 2016

Características sociodemográficas	N	%
Grupo de edad		Media (\bar{x}): 16,9 años
<18 años	75	58.5%
≥18 años	53	41.5%
Sexo		
Masculino	2	1.7%
Femenino	126	98.3%
Grado de instrucción		
Secundaria	123	96.6%
Superior	5	3.4%
Total	128	100.0%

De acuerdo con el cuadro 1, el 58,5% de adolescentes atendidos en los Consultorios Externos de adolescencia tuvieron edades menores a 18 años y el 41,5% tuvieron edades de 18 a más. El 98,3% pertenecieron al sexo femenino y solo el 1,7% pertenecieron al sexo masculino. El 96,6% tuvieron un grado de instrucción de secundaria y el 3,4%, superior.

Cuadro 2. Clasificación de la Funcionalidad Familiar en adolescentes que acuden por consulta externa al Instituto Nacional Materno Perinatal 2016

Clasificación de la Funcionalidad	N	%
Buena funcionalidad familiar	23	18.6%
Disfunción familiar leve	48	37.3%
Disfunción familiar moderada	37	28.8%
Disfunción familiar severa	20	15.3%
Total	128	100.0%

De acuerdo con el Cuadro 2, los adolescentes que acuden a los consultorios de adolescencia de INMP 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 18,6% de adolescentes.

Cuadro3. Dimensiones de la Funcionalidad Familiar de los adolescentes que acuden por consulta externa al Instituto Nacional Materno Perinatal 2016

Dimensiones	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Adaptabilidad					36	30.5%	37	31.4%	45	38.1%	128	100.0%
Participación			4	3.4%	42	35.6%	29	24.6%	43	36.4%	128	100.0%
Crecimiento			9	7.6%	40	33.9%	36	30.5%	33	28.0%	128	100.0%
Afecto	1	0.8%	5	4.2%	40	33.9%	42	35.6%	30	25.4%	128	100.0%
Resolución			25	21.2%	21	17.8%	33	28.0%	39	33.1%	128	100.0%

De acuerdo con el Cuadro 3, el 38,1% de adolescentes refirió “siempre” sentirse satisfecho con la ayuda recibida por su familia frente a problemas (adaptabilidad). El 36,4% de adolescentes refirió “siempre” sentirse satisfecho con la participación que su familia le permite (participación). El 33,9% de adolescentes refirió sentirse solo “algunas veces” satisfecho con el apoyo recibido por su familia en sus deseos de emprender nuevas actividades (crecimiento). El 35,6% de adolescentes refirió “casi siempre” satisfecho con el afecto recibido por su familia (afecto). El 33,1% de adolescentes refirió “siempre” sentirse satisfecho con el tiempo familiar compartido y el uso de espacios y dinero (resolución).

Cuadro 4. Edad de inicio de relaciones sexuales según disfunción familiar en los adolescentes que acuden por consulta externa al Instituto Nacional Materno Perinatal 2016

Edad de inicio relaciones sexuales	Disfuncionalidad familiar				p*
	Si		No		
	$\bar{x} \pm DS$ (Min. - Máx.)		$\bar{x} \pm DS$ (Min. - Máx.)		
	N	%	N	%	
≤15 años	64	60.4%	7	31.8%	0,015
>15 años	42	39.6%	15	68.2%	
Total	106	100.0%	22	100.0%	

* prueba de chi-cuadrado

De acuerdo con el Cuadro 4, hubo 60,4% de adolescentes con familias disfuncionales que iniciaron su actividad sexual con edad igual o menor a 15 años; mientras que el 31,8% de adolescente de familias funcionales inició actividad sexual con 15 años o menos edad. Solo el 39,6% de adolescentes procedentes de familias disfuncionales iniciaron su actividad sexual con edades mayores 15 años; mientras el 68,2% de adolescentes procedentes de familias funcionales inició 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 sexuales se asocia a la disfuncionalidad familiar ($p=0,015$)

Cuadro 5. Parejas sexuales según disfunción familiar en los adolescentes que acuden por consulta externa al Instituto Nacional Materno Perinatal 2016

De 2 a más parejas sexuales	Disfuncionalidad familiar				p*
	Si		No		
	N	%	N	%	
Si	24	22.9%	3	13.6%	0.337
No	82	77.1%	19	86.4%	
Total	106	100.0%	22	100.0%	

* prueba de chi-cuadrado

De acuerdo con el Cuadro 5, 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 número parejas sexuales como expresión de comportamiento sexual del adolescente no se asocia a la disfuncionalidad familiar ($p=0,337$).

Cuadro 6. Uso de método anticonceptivo según disfunción familiar en los adolescentes que acuden por consulta externa al Instituto Nacional Materno Perinatal 2016

Uso de método anticonceptivo	Disfuncionalidad familiar				p*
	Si		No		
	N	%	N	%	
Si	83	78.1%	11	50.0%	0.007
No	23	21.9%	11	50.0%	
Total	106	100.0%	22	100.0%	

* prueba de chi-cuadrado

De acuerdo con el Cuadro 6, el 21,9% de adolescentes procedentes de familias disfuncionales no hace uso de métodos anticonceptivos de barrera en cada relación sexual y el 78,1% si refiere emplearlos. El 50,0% 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 ($p=0,007$).

Cuadro 7. Consumo de drogas o alcohol durante la relación sexual según disfunción familiar en los adolescentes que acuden por consulta externa al Instituto Nacional Materno Perinatal 2016

Consumo drogas o alcohol durante la relación sexual	Disfuncionalidad familiar				p*
	Si		No		
	N	%	N	%	
Si	9	8.3%	2	9.1%	0.908
No	97	91.7%	20	90.9%	
Total	106	100.0%	22	100.0%	

* prueba de chi-cuadrado

De acuerdo con el Cuadro 7, el 8,3% de adolescentes procedentes de familias disfuncionales ha mantenido en alguna oportunidad relaciones sexuales con consumo simultáneo de drogas o alcohol y el 91,7% niega este tipo de prácticas. El 9,1% de adolescentes procedentes de familias funcionales ha mantenido en alguna oportunidad relaciones sexuales con consumo simultáneo de drogas o alcohol y 90,9% niega este tipo de prácticas. Las relaciones sexuales con consumo simultáneo de drogas o alcohol no se asocia a la disfuncionalidad familiar ($p=0,908$).

Cuadro 8. Relaciones sexuales con la pareja según disfunción familiar en los adolescentes que acuden por consulta externa al Instituto Nacional Materno Perinatal 2016

Relaciones sexuales estables con una misma pareja	Disfuncionalidad familiar				p*
	Si		No		
	N	%	N	%	
Si	100	94.8%	20	90.9%	0.487
No	6	5.2%	2	9.1%	
Total	106	100.0%	22	100.0%	

* prueba de chi-cuadrado

De acuerdo con el Cuadro 8, el 5,2% de adolescentes procedentes de familias disfuncionales refirió mantener relaciones sexuales de forma esporádica con distintas personas y el 94,8% refirió mantener relaciones sexuales siempre con la misma persona. El 9,1% de adolescentes procedentes de familias funcionales refirió mantener relaciones sexuales de forma esporádica con distintas personas y 90,9% niega este tipo de prácticas. Mantener relaciones sexuales esporádicas con distintas personas como un comportamiento sexual no se asocia a la disfuncionalidad familiar ($p=0,487$).

Cuadro 9. Diagnóstico ITS en alguna ocasión según disfunción familiar en los adolescentes que acuden por consulta externa al Instituto Nacional Materno Perinatal 2016

Diagnóstico ITS en alguna ocasión	Disfuncionalidad familiar				p*
	Si		No		
	N	%	N	%	
Si	3	2.1%	3	3.6%	0.015
No	103	97.9%	19	96.4%	
Total	106	100.0%	22	100.0%	

* prueba de chi-cuadrado

De acuerdo con el Cuadro 9, el 2,1% de adolescentes procedentes de familias disfuncionales refirió haber tenido una ITS en alguna ocasión y el 97,9% manifestó no haberlas tenido. El 3,6% de adolescentes procedentes de familias funcionales refirió haber tenido una ITS en alguna ocasión y el 96,4% negó haber tenido ITS. Haber padecido una ITS como expresión del comportamiento sexual se asoció a la disfuncionalidad familiar ($p=0,015$).

Cuadro 10. Embarazo actual según disfunción familiar en los adolescentes que acuden por consulta externa al Instituto Nacional Materno Perinatal 2016

Embarazo actual	Disfuncionalidad familiar				p*
	Si		No		
	N	%	N	%	
Si	66	62.5%	16	72.7%	0.366
No	40	37.5%	6	27.3%	
Total	106	100.0%	22	100.0%	

* prueba de chi-cuadrado

De acuerdo con el Cuadro 10 el 62,5% de adolescentes procedentes de una familia disfuncional presentó un embarazo en curso y el 37,5%, no. El 72,7%

de adolescentes procedentes de familias funcionales presentaba un embarazo en curso y el 27,3% no tenía un embarazo en curso. Tener una gestación en curso durante la adolescencia no se asoció con la disfuncionalidad familiar ($p=0,366$).

Cuadro 11. Mayor experiencia sexual según disfunción familiar en los adolescentes que acuden por consulta externa al Instituto Nacional Materno Perinatal 2016

Experiencia sexual mayor	Disfuncionalidad familiar				p*
	Si		No		
	N	%	N	%	
Si (Schofield 4,5)	100	94.8%	21	95.5%	0.898
No (Schofield 1,2,3)	6	5.2%	1	4.5%	
Total	106	100.0%	22	100.0%	

* prueba de chi-cuadrado

De acuerdo con el Cuadro 11, una “experiencia sexual mayor” se definió como un nivel 4 o 5 en la escala de Schofield que equivalió a tener experiencias íntimas que incluyeron el coito; mientras que una “experiencia sexual menor” fue tener nivel 1, 2 o 3 en la escala de Schofield que equivalió a tener experiencias íntimas sin llegar al coito. A partir de estas aclaraciones se encontró que 94,8% de adolescentes con familias disfuncionales tuvieron una experiencia sexual mayor comparados con adolescentes de familias funcionales que el 95,5% tuvo también esta experiencia sexual mayor. El 5,2% de adolescentes de familias disfuncionales tuvieron una experiencia sexual menor y el 4,5% de adolescentes con familias funcionales tuvieron esta experiencia sexual menor. Tener una experiencia sexual mayor como expresión del comportamiento sexual adolescente no se asoció con la disfuncionalidad familiar ($p=0,898$).

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

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

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

En primera instancia se describe el perfil sociodemográfico del adolescente que acude a los consultorios externos del INMP. Se encontró que los adolescentes tuvieron una edad promedio de 16,9 años, es decir en promedio y según la clasificación de la OMS los adolescentes se encontraron en la adolescencia intermedia (16,9 años). Este es un dato muy

importante pues según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)⁽⁶³⁾ este es un periodo del desarrollo donde el adolescente se caracteriza en el aspecto sexual por la exploración, búsqueda, descarga de impulsos sexuales e incluso el inicio de la vida sexual, particularidades que las distinguen de otras etapas de la adolescencia y favorece el comportamiento sexual de riesgo.

En esta investigación los adolescentes pertenecieron principalmente al sexo femenino (98,3%), hallazgo que era de esperarse pues el Instituto Nacional Materno Perinatal es un institución que principalmente se orienta a la atención materna, tal como se establece en el plan operativo institucional: “Dar atención especializada y altamente especializada a la mujer en salud Sexual y reproductiva”.⁽⁶⁴⁾ De otro lado, los adolescentes tuvieron en la mayor parte de casos un grado de instrucción de secundaria (96,6%), entre adolescentes con estudios inconclusos como conclusos de este nivel educativo; el nivel educativo resulta una variables importante en la medida que aquellas personas con mayor nivel de instrucción incorporan mejores prácticas de protección sexual.⁽⁶⁵⁾

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 (60,4% vs 31,8%, respectivamente), este hallazgo es congruente con lo reportado por Arias C., et al.⁽⁶⁶⁾ 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 sexuales es gran importancia, pues según Flórez C. y Soto C.⁽⁶⁷⁾ 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 una hallazgo alarmante, ya que los adolescentes con edad menor o igual a 15 años aún 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 ($p=0,337$), 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 los reportado por Lavielle P, et al.⁽⁷⁾ 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”.⁽⁷⁾ La relevancia de este dato radica en que a mayor número de parejas, aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual.⁽⁶⁸⁾

El noviazgo en la adolescencia no marca la unión consensual, es por ello que quizás los adolescentes pudieran haber tenido relaciones de corta duración estando inmersas en lo que podría considerarse una “monogamia secuencial”, de forma que si los adolescentes han tenido relaciones sexuales exclusivas con cada una de sus parejas podría considerarse que ha sido fiel, sin embargo esta situación que es teóricamente cierta no evita constituirse como comportamiento sexual de riesgo.⁽⁶⁹⁾

En este período de vida ocurren comportamientos poco responsables como tener relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos, el cual puede tener efectos negativos en el ámbito social, económico y de salud porque derivan en embarazos no deseados y/o enfermedades de transmisión sexual. El preservativo es desde lejos el método anticonceptivo de mayor disponibilidad y acceso por su bajo costo, razón por la cual investigadores como García E., et al.⁽⁶⁸⁾ encuentran que el método

anticonceptivo usado habitualmente en las relaciones coitales de adolescentes es el preservativo en un 68,5% de casos, esto supone algo ventajoso pues este método de barrera no solo previene un embarazo no deseado sino la transmisión de posibles ITS. El hallazgo del investigador antes mencionado es corroborado en el presente estudio donde 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 MAC 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 al.⁽⁷⁾ 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 empleó 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,⁽⁷⁰⁾ por tanto su consumo es posible catalogarla como un comportamiento sexual de riesgo. En la presente investigación las relaciones sexuales con consumo simultáneo de drogas o alcohol no se asoció a la disfuncionalidad familiar ($p=0,908$), no habiendo mayor tendencia respecto al consumo del alcohol entre adolescentes procedentes de familias disfuncionales como funcionales; hallazgo que si bien no guarda relación con lo descrito en la literatura: los adolescentes de “familiares positivas, pautas de comunicación adecuadas, se correlacionan con una menor probabilidad de consumo de sustancias en particular”,⁽¹²⁾ tampoco entra en contradicción.

La vivencia de una sexualidad propiamente dicha se inicia en la adolescencia intermedia, ya se acrecienta el interés por la experimentación sexual, logrando en la etapa tardía priorizar las relaciones íntimas. Si bien

Luengo X.⁽⁷¹⁾ menciona que en este periodo muchos adolescentes buscan establecer relaciones con personas de su edad como una preparación para una relación de pareja estable, es probable que no con todas se llegue a la plena experimentación sexual, pues en el presente estudio más del 90% de adolescentes refirió mantener relaciones sexuales estables siempre con una misma pareja. Se ha dicho muchas veces que la familia ejerce influencia directa en adolescentes respecto a este tipo de prácticas, no obstante en la presente investigación se encontró que mantener relaciones sexuales esporádicas con distintas personas no se asoció con la disfuncionalidad familiar ($p=0,487$); no habiendo mayores diferencias entre adolescentes con y sin disfuncionalidad familiar; hallazgo. Es necesario mencionar que si bien este hallazgo no es acorde a lo que se dice en la literatura, tampoco entra en contradicción, por lo que es necesario continuar investigando sobre esta problemática. Al respecto Alarcón A. y Coello J.⁽⁷²⁾ plantean que los adolescentes que tienen relaciones adecuadas con los padres, no reciben apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantienen relaciones estables de pareja y no conversan con los padres aspectos de sexualidad y reproducción presentan 5,65 veces más riesgo de quedar en embarazo. Existe el mito de que si se proporciona información y servicios sobre sexualidad, anticoncepción y prevención de ITS/VIH-Sida, a los adolescentes se estaría contribuyendo a que dejen de mantener relaciones estables; sin embargo, las evidencias sugieren lo contrario: a mayor información, tendrían mayor responsabilidad en su comportamiento ⁽⁷³⁾ y probablemente limitarían el número de parejas sexuales.

Las infecciones de transmisión sexual representan uno de los problemas de salud pública de mayor riesgo que ha tenido que afrontar el mundo en los últimos años.⁽⁷⁴⁾ Según el Ministerio de Salud (MINSA) en el Perú 1 de cada 20 adolescentes se ve afectado por infecciones de transmisión sexual (ITS). En lo que respecta a las ITS y su relación con la disfuncionalidad familiar, se encontró que haber padecido una ITS como expresión del comportamiento sexual se asocia a la disfuncionalidad familiar ($p=0,015$); si bien se puede apreciar una clara relación entre estas dos variables, la poca cantidad de casos pone en tela de juicio este resultado pero a pesar de esta limitación,

este hallazgo constituye un indicio del rol que cumple la familia. El Ministerio de Educación, al ser conciencia de la magnitud de ITS en adolescentes, considera a las instituciones educativas escenarios significativos para la formación integral de las y los estudiantes, constituyendo, por excelencia, el espacio para desarrollar acciones relacionadas con la prevención de las ITS, VIH y SIDA.⁽⁷⁵⁾ Asimismo, es necesario que parte de las estrategias para disminuir las ITS se centran en el abordaje de las familias para generar las condiciones que favorezcan espacios seguros, sanos y relaciones familiares propicias para el desarrollo integral de los adolescentes.

Ni el embarazo en la adolescencia ($p=0,366$) ni una experiencia sexual mayor ($p=0,898$) se asociaron a la disfuncionalidad familiar, no obstante sobre esta última variable si existió una tendencia a ser más experimentadas sexualmente los adolescentes provenientes de familias disfuncionales, siendo sugestivo de una probable relación entre ambas variables. Por ello es importante resaltar que los resultados corresponden a una determinada área geográfica con características sociodemográficas propias y con un determinado aprendizaje social de aquello que constituye un comportamiento sexual de riesgo. La extrapolación directa de estos resultados a otras áreas no podrá hacerse sin estudios previos de otras poblaciones con características sociodemográficas e históricas diferentes, es por ello que es necesario seguir investigando respecto al tema.

Dado que la gran parte de adolescentes que acuden por consulta al INMP presentan disfuncionalidad familiar (81,4%) y por haberse encontrado relación con al menos algún comportamiento sexual de riesgo, hay necesidad de una acción más amplia por parte de las instancias gubernamentales, especialmente junto a las familias ya que muchas veces reproducen los valores sociales vigentes, que pueden causar daños por la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o por riesgo de embarazo. Por último, no es suficiente la Información que reciben los adolescentes en el centro de salud o colegio, sino también el aspecto emocional y sobre todo la libertad para descubrir y desarrollar la confianza entre los adolescentes y sus padres.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Los adolescentes atendidos en el servicio de consulta externa del INMP se caracterizaron por tener una edad media de 16.9 años, fueron en la mayor parte de casos menores de edad, pertenecieron al sexo femenino y tuvieron un grado de instrucción de secundaria.
- La gran parte de adolescentes que acuden por consulta al INMP presentaron disfuncionalidad familiar (81,4%), siendo principalmente de tipo leve, seguido de la disfunción familiar moderada y severa.
- La edad de inicio de relaciones sexuales como expresión del comportamiento sexual se asoció a la disfuncionalidad familiar ($p=0,015$); de forma que los adolescentes con familias disfuncionales iniciaron con mayor frecuencia su vida sexual con 15 o menos años comparados con adolescentes de familias funcionales.

- El número parejas sexuales como expresión del comportamiento sexual del adolescente no se asoció a la disfuncionalidad familiar ($p=0,337$); no obstante, los adolescentes con familia disfuncional tuvieron con mayor frecuencia de dos a más parejas sexuales en comparación a adolescentes de familias con funcionalidad conservada.
- El uso de métodos anticonceptivos de barrera en cada relación sexual se asoció a la funcionalidad familiar ($p=0,007$), es decir los adolescentes de familias con funcionalidad conservada hicieron un significativo mayor uso de métodos anticonceptivos de barrera.
- Las relaciones sexuales con consumo simultáneo de drogas o alcohol no se asoció a la funcionalidad familiar ($p=0,908$).
- Haber presentado una ITS como expresión del comportamiento sexual del adolescente no se asoció a la disfuncionalidad familiar ($p=0,015$).
- Tener una “experiencia sexual mayor” (Schofield 4/5), es decir haber tenido experiencias íntimas incluyendo el coito no se asoció a la disfuncionalidad familiar.

5.2 RECOMENDACIONES

- Realizar estudios donde se amplie 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, mas aún 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 BIBLIOGRÁFICAS

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. Huerta N, Valadés B. Sánchez L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica del ISSSTE en la ciudad de México. Arch Med Fam. 2001; 3(4): 95-98.
5. García R, Mesquia A. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Rev Cub Med Intergr. 2006; 22(1): 38-43.
6. Soto V. Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. An Fac Med. 2006; 67(2): 152-159.
7. Lavielle P, Jiménez F, Vásquez A, Aguirre M, Castillo M, Coronado F, et al. Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52(1): 38-43.
8. González E. El Varón y la Paternidad Precoz. En: Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Editorial Mediterráneo. 2003. pp.15-23.
9. Chirinos J, Brindis C, Salazar V, Bardales O, Reátegui L. Perfil de las estudiantes adolescentes sexualmente activas en colegios secundarios de Lima, Perú. Rev Med Hered. 1999; 10(2): 49-61.
10. Maturana J, Álvarez J, Carbonel W, Neira J. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. Acta Med Per. 2009; 26(3): 175-179.
11. Salazar A, Santa María A, Solano I, Lázaro K, Arroyo S, Araujo V, et al. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar en adolescentes de instituciones educativas

- nacionales del distrito de el Agustino, Lima – Perú. Rev. Horizonte Medico. 2007 7(2): 79-85.
12. Uretra M. Relación familiar entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del hospital San Juan de Lurigancho [Tesis de para optar título de Licenciada en Enfermería]. Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008.
 13. Organización Panamericana de Salud. Organización Mundial de la Salud. Notas de Prensa No 543: La Familia y la Salud. Washington D.C. (USA): Oficina Regional para las Américas. 2006.
 14. Zegarra L, Camacho I. Trastornos de conducta y Funcionamiento Familiar en adolescentes. Revista Umbrales de Investigación. Rev Psicología UNFV. 2004; 1(1): 55-66.
 15. Estévez E, Jiménez T, Musitu G. Relaciones entre padres e hijos adolescentes. 2ª ed. España: Editorial Nau Libres. 2007
 16. Mc Daniel S, Campbell T. Orientación Familiar en Atención Primaria: Manual para Médicos de Familia y otros profesionales. 1998; 5(9): 26-32.
 17. Ullmann H, Maldonado C, Nieves M. La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. Unicef, CEPAL. 2011.
 18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima (Perú): INEI. 2010.
 19. Annie E. Casey Foundation. World Family Map 2013: Mapping family change and child wellbeing outcomes. Universidad Los Andes, Universidad de Piura. 2006.
 20. Bailel. Estudiando la homosexualidad: Teoría e Investigación. Madrid: Ediciones Pirámide. 2008.
 21. Pinto F, Livia J, Zegarra V, Ortiz M, Camacho O, Isidoro J. Trastornos de la conducta y funcionamiento familiar en adolescentes. Rev Científica Umbrales de Investigación en Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal. 2004; 1(1): 55-65.
 22. Chicoma B. Psicopatología infantil y niveles de adaptabilidad y Cohesión familiar. [Tesis]. Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2003.
 23. Salcedo K. ¿Cómo es la familia peruana? En: Los múltiples rostros de la familia peruana. Lima (Perú): Publicación mensual del Instituto

- Bartolomé de Las Casas y del Centro de Estudios y Publicaciones. 2013. pp.6-7.
24. Diario Publimetro. 24% de niños peruanos crecen con un solo padre. [fecha de acceso: 21 de febrero de 2016]. Lima, Perú. Disponible en: <http://publimetro.pe/actualidad/noticia-24-ninos-peruanos-crecen-solo-padre-13555>
 25. Ministerio de Educación. Cuaderno de orientaciones: Conversando sobre sexualidad con nuestras hijas e hijos. Lima (Perú): Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud. 2010.
 26. Jiménez A, Moyano E. Factores laborales de equilibrio entre trabajo y familia: medios para mejorar la calidad de vida. *Revista Universum*. 2008; 1(23): 116-133.
 27. Castellón S. Ledesma A. El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una Comunidad Suburbana de Sancti Spíritus. Cuba: Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2012.
 28. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Fam. Pract.* 1978; 6(6): 1231-1239.
 29. Good M, Smilkstein G, Good J, Shaffer T, Aarons T. The family APGAR index: A study of construct validity. *J Fam Pract.* 1979; 8: 577–582.
 30. Pérez M. Familias disfuncionales. México: Universidad Veracruzana. 2009.
 31. Rivadeneira G, Trelles L. Incidencia de las familias disfuncionales en el proceso de la formación integral en los niños del sexto año de Educación Básica de la Unidad Educativa República del Educador, Cantón Huamboya, provincia de Morona Santiago. Cuenca (Ecuador): Universidad Politécnica Salesiana. 2013. p.14.
 32. Espinoza Y. Estudio sobre la disfuncionalidad familiar y su incidencia en el aprendizaje de los niños y niñas de primero y segundo año de educación primaria de la Escuela Sagrado Corazón de Jesús de Tulcán. 2015.p.15.
 33. Gómez F, Irigoyen A, Ponce E. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch Med Fam* 1999; 1(2): 45-57.

34. López A. Disfunción Familiar en embarazadas adolescentes que acuden al Hospital Rural de Hecelchakan, Campeche. México. Memorias del Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia 2007.p.11.
35. Maddaleno M, Horwitz N, Jara C, Florenzano R, Salazar D. Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. Rev Chil Pediatr.1987;58:246-9.
36. Goodman S, Hoven C, Narrow W, Cohen P, Fielding B, Alegria M, et al. Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiologic community survey: The National Institute of Mental Health Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1998; 33(4): 162-173.
37. Organización Mundial de la Salud. Familias Latinas y jóvenes: Un Compendio de Herramientas de Evaluación. Washington, DC: OPS, 2013.
38. Lombardi Z. Instrumentos de atención integral a la familia. [diapositivas de PowerPoint]. Recuperado de: <https://sancosmecentro de salud.files.wordpress.com/2010/08/exposicion-apgar-familiar.pdf>
39. Garza T, Gutiérrez R. Trabajo con familias: Abordaje médico e integral. 3ª ed. México D.F.: Editorial el Manual Moderno. 2015.
40. Spira A, Bajos N, Legroupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Rapport au ministre de la Recherche et de l'espace. La documentation française, Paris, Francia. 1999.
41. Byrne D, Kelley K. Alternative approaches to the study of sexual behavior. Londres: Lawrence Erlbaum Associate Publishers, 1986. pp.1-12.
42. Fisher W. Psychological approach to human sexuality: The sexual behavior sequence. Lawrence Erlbaum Associates, 1998. pp.131-171.
43. Cunill M. Comportamientos de riesgo durante la adolescencia: paralelismo en el uso de casco y uso de preservativo. [Tesis para optar el grado de doctora], Universidad de Girona. 2008.

44. Espada J, Quiles M, Méndez J. Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. Papeles del psicólogo. 2003. pp.1-12.
45. Fina A. Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del Vih. Anales de Psicología. 2009; 25(2): 32-37.
46. Bernabé A, White P, Carcamo C, Hughes J, Gonzales M, Garcia P. Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country. CMAJ. 2009; 180(3):298-304.
47. Santander R, Zubarew G, Santelices C, Argollo M, Cerda L, Bórquez P. Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. Rev Méd Chile. 2008; 136: 317-324.
48. Ospina J, Manrique F. Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. Rev. Av. Enfermería. 2007; 25(2):101-111.
49. Roche J. Premarital sex: Attitudes and behavior by dating stage. Adolescence 1986; 31(81): 107-121.
50. Magaña M. Salud en la escuela y adolescencia. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. 2005.
51. UNICEF. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe Tendencias, problemas y desafíos. Publicación de las Naciones Unidas. 2007. pp.52-48.
52. Schutt J, Maddaleno M. Sexual health and development of adolescents and youth in the Americas: program and policy implications. Washington, DC: Pan American Health Organization. 2003.
53. Caballero J, Conde C, Villaseñor A. ITS y VIH/SIDA en adolescentes y adultos jóvenes. En Ángulos de la problemática en México. México: Consejo Estatal del SIDA- Jalisco e Instituto Nacional de Salud Pública. 2006.
54. Espinosa A, López B. Adolescentes. Rev Med Hosp Gen Mex. 2001; 64(3): 24-28.
55. Mujica J, Cavagnoud R. Mecanismos de explotación sexual de niñas y adolescentes en los alrededores del puerto fluvial de Pucallpa. Anthropologica. 2011; 29(29): 91-110.

56. Instituto Nacional Materno Perinatal. Análisis de la Situación de los Servicios Hospitalarios del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima (Perú): Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. 2014.p.11.
57. Castilla H, Caycho T, Ventura J, Palomino M, De la Cruz M. Análisis factorial confirmatorio de la escala de percepción de funcionamiento familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos. Salud y Sociedad. 2015; 6(2): 140-153.
58. Suarez M, Alcalá M. Apgar familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Med La Paz. 2014; 20(1): 53-57.
59. Lima J, Lima M, Jiménez N, Domínguez I. Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. Rev. Esp. Salud Pública. 2012; 86(5): 509-521.
60. Castilla H, Shimabukuro M, Valdivia A. Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. Revista Psicología Educativa. 2014; 2(1):24-26.
61. Banco Interamericano de Desarrollo. Guía para Medir Comportamientos de Riesgo en Jóvenes. Columbia (Estados Unidos): División de Protección Social y Salud. 2013.
62. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima (Perú): Comisión de Alto Nivel de Asesoría Técnica. 2007.p.17.
63. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Oportunidades en tiempos de crisis: Evitar el VIH desde la adolescencia hasta el comienzo de la edad adulta. New York (EE.UU): Division of Communication UNICEF. 2011.
64. Ministerio de Salud. Plan Operativo Institucional del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima (Perú): Oficina de Planeamiento Estratégico del INMP. 2014.
65. Ministerio de Salud. Perú: Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos. Lima (Perú): MINSA/UNFPA. 2009
66. Arias A, Cogollo Z, Díaz C. Comportamientos de riesgo para la salud en adolescentes estudiantes: prevalencia y factores asociados. Revista Científica Salud Uninorte. 2011; 24(2): 101-107.

67. Flórez C. Soto V. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Colombia: Universidad de los Andes. 2013.
68. García E, Menéndez E, Fernández P, Cuesta M. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*. 2012; 5(1): 79-87.
69. Lugo C, Márquez M. Asociación entre funcionalidad familiar y conductas sexuales de riesgo en adolescentes escolarizados de los colegios Pablo VI y CEIS del municipio de Sopó-Cundinamarca. [Tesis de especialización en Medicina de Familia y Salud de la Población]. Colombia. Universidad de Cundinamarca. 2011.
70. Rosabal E, Romero N, Gáquin K, Hernández R. Conductas de riesgo en adolescente. *Rev Cubana Med Mil*. 2015; 44(2): 154-59.
71. Luengo X. Características de la adolescencia normal. En: Molina R. Sandoval J y González E. editores. *Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia*. Santiago. 2003. Editorial Mediterráneo. 16-23.
72. Alarcón-Argota IR; Coello-Larrea J; Cabrera-García J; Monier-Despeine G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Enfermer*. 2009; 25:1-14.
73. Cannoni G, Gonzáles M, Conejero C, Merino P, Schulin C. Sexuality in adolescent: Counseling. *Rev Méd Clin Condes*. 2015; 26(1): 81-87.
74. Orcasita, L.T. & Uribe, A. F. La importancia del Apoyo Social en el Bienestar de los Adolescentes. *Psychologia, Avances de la disciplina*. 2010; 4(2): 69-82.
75. Ministerio de Educación. Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida. Lima (Perú): Dirección de Tutoría y Orientación Educativa. 2008.
76. Hunt J. La Familia Disfuncional, Haciendo las paces con el pasado. Bogotá (Colombia): Barral Editores S.A. 2007.p.151-152.
77. Esteinoi R. Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social. 2006. p.35.
78. Montenegro R. Biología evolutiva. 2ª ed. Argentina: Editorial Brujas. 2004.p.15.

79. Gómez C, Hernández G, Rojas A, Santacruz H, Uribe M. Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. 3ª ed. Bogotá (Colombia): Editorial Médica Internacional. 2008.
80. Espada J, Quiles M, Méndez J. Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. Papeles del psicólogo. 2003. pp.1-12.
81. Anes A, Diezma J, Lasheras L, Pires M. Los métodos anticonceptivos: Como son, como actúan, sus ventajas, sus inconvenientes. 2ª ed. España: Servicio Territorial de Salud Pública XI. 2013.p.14.

ANEXOS

ANEXO N°1: Glosario de términos

- ❖ **Disfuncionalidad familiar:** “Una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia”.⁽⁷⁶⁾

- ❖ **Familia funcional:** “Una familia funcional es donde se cultiva el sano crecimiento emocional, psicológico y espiritual de todos los miembros de la familia...aunque enfrentan problemas, cultivan la capacidad de enfrentarlos con confianza y con el apoyo de los otros miembros de la familia”.⁽⁷⁶⁾

- ❖ **Familia:** “se define como dos o más personas que comparten recursos, comparten la responsabilidad de las decisiones, comparten valores y metas y tienen un compromiso mutuo a lo largo del tiempo... es una red de cosas compartidas y compromisos lo que describe más fielmente la unidad familiar, sin consideraciones de sangre, vínculos legales, adopción o matrimonio”.⁽⁷⁷⁾

- ❖ **Conducta humana:** según Montenegro R. “el comportamiento humano es el resultados de la interacción entre los componentes genéticos o heredables y los componentes culturales o aprendidos”.⁽⁷⁸⁾ Asimismo, “es aquello que hacemos los humanos, la forma en que nos comportamos, es decir las maneras como pensamos, sentimos, explicamos nuestras acciones, nos relacionamos con los demás, damos cuenta del mundo, planteamos dilemas, recordamos circunstancias...”⁽⁷⁹⁾

- ❖ **Comportamiento sexual de riesgo:** se define como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado.⁽⁸⁰⁾

❖ **Métodos anticonceptivos de barrera:** “Estos métodos interponen una barrera mecánica y/o química entre el pene y el cuello del útero, evitando la entrada de los espermatozoides. No todos son eficaces en la prevención de embarazos. Sólo son eficaces el preservativo y el diafragma asociado a un espermicida”.⁽⁸¹⁾

ANEXO N°2: Consentimiento informado

RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES DEL INSTITUTO MATERNO PERINATAL EN EL PERIODO FEBRERO DE 2016

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su hija(o) ha sido seleccionada para participar en una investigación titulada "RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL EN EL PERIODO FEBRERO DE 2016". Esta investigación será realizada por Marlon Hercy Rafael Chávez, alumno de la Facultad Medicina Humana de la UNMSM. Las cuales desean la presentación de este trabajo de investigación.

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

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

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

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

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

Padre

Nombre:..... Firma.....Edad:..... Fecha:

Adolescente:

Nombre:..... Firma.....Edad:..... Fecha:

ANEXO 2: Asentimiento informado

Nombre del Proyecto de Investigación: “Relación entre disfunción familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016.”

Parte I: Información

Introducción

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

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

Queremos determinar el grado de funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo existente en adolescentes que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal mediante la aplicación del Test APGAR familiar modificado y un cuestionario de comportamiento sexual de riesgo.

Si aceptas participar en esta investigación, se le solicitará llenar una encuesta y le tomará un tiempo aproximadamente de 5-10 minutos. Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado o preocupado por ellas. Por favor, puedes pedirme en cualquier momento que se te explique y me tomaré tiempo para hacerlo.

Riesgos y beneficios

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

Confidencialidad:

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

Parte 2: Formulario de Asentimiento

Entiendo que con la investigación se quiere encontrar “la funcionalidad familiar y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal”. Para lo cual se me hará una encuesta, que consta de una serie de preguntas, esta tendrá una duración promedio de 5-10 minutos. Y que mis respuestas serán confidenciales. Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. Se me ha leído la información y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer más preguntas después si las tengo. Acepto participar en la investigación.

Nombre del
participante:.....Edad:.....Firma:.....Fecha:.....

ANEXO 3: Instrumento de recolección de datos

RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL PERIODO FEBRERO DE 2016

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

1. Edad:
2. Sexo:
3. Año de estudios:

II. Comportamiento sexual de riesgo

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

12. Nivel de experiencia sexual:

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

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

III. Funcionalidad familiar

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

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Te satisface la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes algún problema o necesidad?					
¿Te satisface la participación que tu familia te brinda y te permite?					
¿Te satisface como tu familia acepta y apoya tus deseos de emprender nuevas actividades?					
¿Te satisface como tu familia expresa afectos y responde a tus emociones como rabia, tristeza, amor?					
¿Te satisface como comparten en tu familia el tiempo que están juntos, los espacios en tu casa y el dinero?					

Gracias por tu participación...

ANEXO4: Ficha de juicio de expertos

La ficha de recolección se validará por juicio de expertos a través de la prueba binomial.

JUICIO DE EXPERTOS

Nombres y Apellidos:

Nº Experto: _____

Fecha: _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre la ficha de recolección que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

Tenga a bien anotar sus observaciones y sugerencias en los espacios correspondientes.

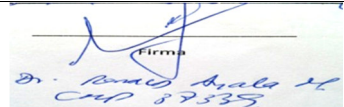



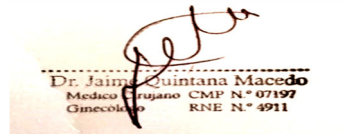
CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. La ficha de recolección recoge la información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. La ficha de recolección responde a los objetivos de la investigación.			
3. La ficha de recolección responde a la operacionalización de las variables.			
5. La estructura de la ficha de recolección es adecuada.			
4. La secuencia presentada facilita el llenado de la ficha de recolección.			
6. Los ítems son claros y comprensibles para la recolección.			
7. El número de ítems es adecuado para la recopilación.			
8. Se debería de incrementar el número de ítems en la ficha de recolección.			
9. Se debe eliminar algunos ítems en la ficha de recolección.			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

Firma

ANEXO 5: Reporte de validez del instrumento

La relación de jueces expertos que valoraron el instrumento de recolección de datos se presenta en la matriz que se presenta a continuación:

N°	Juez experto	Título profesional	Especialidad	Grado académico	Filiación institucional	Firma
1	Hernán Sanabria Rojas	Médico cirujano	Medicina interna	Magister	UNMSM	
2	Ronald Mendivil Ayala Espinoza	Médico cirujano	-Medicina interna y salud pública	Magister y doctorado	UNMSM	
3	Eduardo Monge Salgado	Médico cirujano	Gastroenterología	Magister	UNMSM HNDAC PUCP	
4	Elgin Daniel Castro Roldán	Médico cirujano	Ginecología y obstetricia	Magister	HNDAC	
5	Jorge Yarinsueca Gutiérrez	Médico cirujano	Medicina interna	Magister	HNDM	
6	Julio Aguilar Franco	Médico cirujano	Ginecología y obstetricia	Magister	HNDAC	
7	Jaime Quintana Macedo	Médico cirujano	Ginecología y obstetricia	Magister	UNMSM Clínica universitaria UNMSM	

PRUEBA BINOMIAL PARA VALIDEZ DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

Luego de solicitar la evaluación mediante la ficha de expertos a 7 **especialistas**, se calculó su grado de concordancia, para ello se utilizó la prueba binomial.

Para evaluar la concordancia entre las respuestas de los expertos de cada ítem, se establecen las siguientes hipótesis:

Ho: La proporción de los jueces que dicen “Si” (están de acuerdo) es igual a la de los jueces que dicen “No” (están en desacuerdo).

Es decir que entre los jueces no hay concordancia, pues la proporción es de 50% para “Si” y 50% para “No”, dicho de otra manera la probabilidad de éxito es solo del 50%.

Hi: La proporción de los jueces que dicen “Si” (están de acuerdo) es diferente del 50%.

Es decir que si hay concordancia entre los jueces, porque la mayoría está de acuerdo o en desacuerdo respecto a un ítem.

Luego de establecer las hipótesis se aplica la prueba binomial, donde: “1” es SI o significa de acuerdo (éxito), mientras que “0” es NO o significa en desacuerdo.

ID	JUECES							Éxitos	P-Valor
	1	2	3	4	5	6	7		
1	1	1	1	1	1	1	1	7	0.008
2	1	1	1	1	1	1	1	7	0.008
3	1	1	1	1	1	0	1	6	0.055
4	1	1	1	1	1	1	1	7	0.008
5	1	1	1	0	1	1	1	6	0.055
6	1	1	1	1	1	1	1	7	0.008
7	1	1	1	1	1	1	1	7	0.008
8	1	1	1	1	0	1	1	6	0.055
9	1	1	0	1	0	0	1	4	0.273

Total de acuerdos: 57 Total en desacuerdos: 6 **Total de respuestas: 63**

En la mayoría de los ítems se observa concordancia a excepción de los ítems 3, 5,8 y 9 ($p>0,05$), sin embargo evaluando el grado de concordancia en general se observa una concordancia del 90% (57/63). Por lo cual el instrumento tiene validez de contenido.

ANEXO 6: CONFIABILIDAD - COEFICIENTE KUDER RICHARDSON

Para el cálculo del coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson se utiliza el siguiente procedimiento:

$$KR20 = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{Vt} \right]$$

Donde:

KR-20 = Kuder-Richardson

K = Número de ítems

pq = Variabilidad de cada Item

Vt = varianza del total

En la tabla de respuesta por cada columna se calcula la probabilidad de éxito y de fracaso de la respuesta de interés. Luego, se suman los productos de éxitos y fracasos de todas las preguntas (en el cuadro esta como Suma PQ), este valor se reemplaza en la fórmula.

Regla de decisión: Cuando el valor de KR-20 es >0.50 se considera que el instrumento es confiable

ITEM	TABLA DE RESPUESTAS								TOTAL
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	
1	1	1	1	0	1	0	1	1	6
2	1	0	0	0	1	0	0	1	3
3	0	1	1	0	0	0	1	1	4
4	1	0	0	1	1	0	0	1	4
5	1	1	1	1	1	1	1	1	8
6	1	0	1	0	1	0	0	0	3
7	1	1	1	0	1	1	0	1	6
8	1	0	0	0	0	0	0	0	1
9	1	0	1	0	0	0	0	1	3
10	1	1	1	0	1	0	0	1	5
11	1	1	1	0	1	0	0	0	4
12	0	0	1	1	1	0	1	1	5
13	1	0	0	0	1	0	1	0	3
14	1	0	1	0	0	1	1	1	5
15	1	0	1	1	1	0	1	1	6
16	0	0	1	0	1	0	1	0	3
17	1	0	1	1	1	1	0	1	6
18	1	1	1	1	1	0	1	1	7
19	1	0	1	1	1	0	1	1	6
20	1	0	1	0	1	0	1	1	5
Suma	17	7	16	7	16	4	11	15	
n	20								
K	8								
P	0.85	0.35	0.80	0.35	0.80	0.20	0.55	0.75	
Q	0.15	0.65	0.20	0.65	0.20	0.80	0.45	0.25	
PxQ	0.13	0.23	0.16	0.23	0.16	0.16	0.25	0.19	
Suma(PxQ)	1.50								
VT	2.87								
KR-20	0.55								

El valor de KR-20 es 0.65 que es superior a 0.5 es decir se considera que el instrumento es aceptable para su aplicación.

ANEXO 6: listado de adolescentes seleccionadas mediante números aleatorios

Libro1 - Microsoft Excel

Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Calibri 11 Fuente Alineación Número

Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Estilos Celdas

Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

C2 =ALEATORIO.ENTRE(1,424)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
		Adolsc. cidad	Adolsc. Selec		Adolsc. cidad	Adolsc. Selec		Adolsc. cidad	Adolsc. Selec		Adolsc. cidad	Adolsc. Selec		Adolsc. cidad	Adolsc. Selec	
1																
2		1*	226		28*	248		55*	380		82*	268		109*	187	
3		2*	339		29*	104		56*	107		83*	374		110*	213	
4		3*	78		30*	158		57*	221		84*	263		111*	257	
5		4*	258		31*	339		58*	180		85*	191		112*	154	
6		5*	247		32*	80		59*	371		86*	117		113*	125	
7		6*	97		33*	338		60*	352		87*	404		114*	252	
8		7*	416		34*	336		61*	10		88*	16		115*	91	
9		8*	321		35*	287		62*	8		89*	46		116*	386	
10		9*	131		36*	268		63*	327		90*	220		117*	34	
11		10*	38		37*	247		64*	187		91*	222		118*	311	
12		11*	304		38*	3		65*	56		92*	303		119*	51	
13		12*	120		39*	103		66*	112		93*	174		120*	156	
14		13*	376		40*	273		67*	376		94*	416		121*	151	
15		14*	201		41*	358		68*	270		95*	326		122*	191	
16		15*	292		42*	161		69*	300		96*	43		123*	311	
17		16*	9		43*	124		70*	147		97*	3		124*	243	
18		17*	327		44*	390		71*	245		98*	40		125*	122	
19		18*	36		45*	176		72*	133		99*	404		126*	249	
20		19*	397		46*	412		73*	26		100*	393		127*	292	
21		20*	299		47*	144		74*	385		101*	331		128*	209	
22		21*	142		48*	211		75*	212		102*	376		129*	35	
23		22*	285		49*	185		76*	369		103*	5		130*	59	
24		23*	325		50*	311		77*	154		104*	274		131*	19	
25		24*	344		51*	63		78*	424		105*	121		132*	347	
26		25*	51		52*	324		79*	246		106*	254		133*	169	
27		26	268		53*	86		80*	264		107*	332		134*	424	
28		27*	238		54*	406		81*	13		108*	241		135*	281	
29														136*	321	
30														137*	60	
31														138*	122	
32														139*	98	
33																

Gráfico3 Gráfico2 Gráfico1 Gráfico4 Gráfico6 Gráfico5 Gráfico7 Hoja1 Hoja2 Hoja3

Listo 80%