



Una Institución Adventista

Funcionamiento familiar y actitudes frente a los hábitos de riesgo de
cáncer cérvico - uterino en estudiantes del 4to y 5to grado del nivel
secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, Ate-Vitarte,
2016

Monica Rosario Pillaca Tineo
Heidy Helisbet Vallejos Correa

Lima, febrero de 2017

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional Enfermería



Una Institución Adventista

Funcionamiento familiar y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico - uterino en estudiantes del 4to y 5to grado del nivel secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, Ate-Vitarte, 2016

Por:

Monica Rosario Pillaca Tineo
Heidy Helisbet Vallejos Correa

Asesora:

Dra. Mayela Cajachagua Castro

Lima, febrero de 2017

Como citar:

Estilo APA

Pillaca, M., & Vallejos, H. (2016). Funcionamiento familiar y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cancer cervico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado del nivel secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, ate-Vitarte, 2016 (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión, Lima.

Estilo Vancouver

Pillaca MR, Vallejos HH. Funcionamiento familiar y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cancer cervico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado del nivel secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, ate-Vitarte, 2016 (Tesis de pregrado). Lima: Universidad Peruana Unión., 2016.

Ficha calcográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación – CRAI – de la UPeU

TEF	Pillaca Tineo, Monica Rosario
2	Funcionamiento familiar y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino en estudiantes del 4to y 5to grado del nivel secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, Ate-Vitarte, 2016 / Monica Rosario Pillaca Tineo y Heidy Helisbet Vallejos Correa; Asesor: Dra. Mayela Cajachagua Castro. -- Lima, 2017.
P57	105 páginas: anexos, tablas
2017	Tesis (Licenciatura)--Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. de Enfermería, 2017. Incluye referencias y resumen. Campo del conocimiento: Enfermería.
	1. Funcionamiento familiar. 2. Actitudes. 3. Hábitos de riesgo. I. Vallejos Correa, Heidy Helisbet, autora.

CDD 362.196 994

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS


Yo, Dra. Mayela Cajachagua Castro, docente de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: ***"FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ACTITUDES FRENTE A LOS HABITOS DE RIESGO DE CANCER CERVICO-UTERINO EN ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO GRADO DEL NIVEL SECUNDARIO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA EDELMIRA DEL PANDO,ATE-VITARTE, 2016"*** constituye la memoria que presentan las **Bachilleres Heidy Helisbet Vallejos Correa, Monica Rosario Pillaca Tineo** para aspirar al título de Profesional de Licenciada en Enfermería ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia a los diez días del mes de febrero de 2017


Dra. Mayela Cajachagua Castro

“Funcionamiento familiar y actitudes frente a los hábitos de riesgo de
cáncer cervico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado del nivel
secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando ATE – Vitarte,
2016”

TESIS

Presentada para optar el título profesional de
Licenciado en Enfermería

JURADO CALIFICADOR


Mg. María Esther Valencia Orrillo
Presidente


Mg. Rut Ester Mamani Limachi
Secretaria


Mg. Wilmer Calsin Pacompia
Vocal


Dra. Keila Ester Miranda Limachi
Vocal


Dra. Mayela Cajachagua Castro
Asesor

UPeU, 13 de febrero de 2017

Dedicatoria

A Melva y Juan, mis queridísimos padres quienes generosamente unieron su amor y sus fuerzas para hacer posible el éxito de mi profesión, por ser mis soportes en situaciones dificultosas y porque el orgullo que sienten por mí, fue la inspiración que me hizo ir hasta el final. A Rosario, mi inigualable hermana. La distancia no fue motivo para sentir tu ausencia. Tus consejos siempre llegaron a tiempo para hacer de mí una mejor persona.

Heidy

A Octavia mi amadísima madre quien incesantemente me brindó su apoyo incondicional, quien nunca cesó de ofrecerme palabras de aliento en los momentos difíciles de mi carrera, cuando me veía luchar por lograr mi meta. A mi adorable hija Estrella, quien nunca dudo en brindarme una sonrisa tras los arduos menesteres de mi profesión. A mis queridísimas hermanas, que me hicieron sentir la tranquilidad y paz interna por el apoyo brindado. A mis amigas y amigos, por ustedes nunca estuve sola en esta incesante lucha por lograr mi realización como enfermera, mujer y madre. Gracias, Dios mío.

Monica

Agradecimientos

Agradecemos a Dios quien nos dirigió y dio la fortaleza para seguir adelante y nos permitió llegar a este momento tan especial en nuestras vidas.

A nuestros padres y hermanos, por sus constantes consejos y apoyo en la realización de nuestros objetivos.

A la Dra. Mayela Cajachagua Castro, nuestra asesora, por su apoyo constante y enseñanzas en el desarrollo de este trabajo.

A la Mg. Janett Chávez Sosa, docente del Programa de Capacitación de Tesis de la Escuela Profesional de Enfermería, por su asesoría permanente para culminar satisfactoriamente el trabajo de investigación.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, por la confianza y facilidad otorgada para la ejecución del proyecto.

Al personal de la Institución Educativa Edelmira del Pando por su disposición y tiempo. A los alumnos del 4to y 5to grado, por su paciencia colaboración y por permitir la aplicación de los instrumentos sin mayor inconveniente.

Índice

Dedicatoria	v
Agradecimientos	vi
Índice general	vii
Índice de tablas.....	x
Índice de anexos.....	xi
Resumen	xii
Asbtrac	xiii
Capítulo I: El problema	14
1. Planteamiento de problema.....	14
2. Identificación del problema.....	17
3. Objetivos de la investigación:	17
3.1. Objetivo general	17
3.2. Objetivos específicos	18
4. Justificación.....	19
5. Presuposición filosófica.....	20
Capítulo II: Marco Teorico.....	22
1. Antecedentes de la investigación	22
2. Marco teórico	27
2.1. La familia.....	27
2.1.1. Definición.....	27
2.1.2. Situación actual de la familia.	29
2.1.3. La familia y la sociedad peruana.	31
2.1.4. Teorías de la familia.	32
2.1.5. Funcionamiento familiar.....	33
2.1.6. Dimensiones del funcionamiento.....	34
2.2. Actitudes.....	36
2.2.1. Concepto.....	36
2.2.2. Componentes de actitud.....	36
2.2.3. Teorías de actitud.....	38
2.3. Hábitos de riesgo.....	39
2.3.1. Concepto.....	39
2.3.2. Formación de hábitos.	40
2.3.3. Tipos de hábitos de riesgo.....	41

2.4.	Cáncer cérvico - uterino.....	42
2.4.1.	Concepto.....	42
2.4.2.	Causas que conllevan al riesgo de cáncer cérvico-uterino	42
2.4.3.	Población proclive al cáncer cérvico-uterino.....	43
2.4.4.	Prevención	44
3.	Modelos teóricos	45
3.1.	El autocuidado bajo el enfoque de la teoría de Dorothea Oren.....	45
3.2.	La promoción de la salud bajo el enfoque de la teoría de Nola Pender. ...	46
4.	Definición de términos.....	47
4.1.	Funcionamiento familiar.....	47
4.2.	Actitudes.....	47
4.3.	Hábitos de riesgo.....	47
4.4.	Cáncer cérvico-uterino.....	48
Capítulo III: Materiales y métodos.....		49
1.	Diseño y tipo de investigación.....	49
2.	Variables de la investigación	49
2.1.	Funcionamiento familiar.....	49
2.2.	Actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino	49
2.3.	Operacionalización de las variables.....	50
3.	Hipótesis de la investigación	51
3.1.	Hipótesis general.....	51
3.2.	Hipótesis específicas.....	51
4.	Delimitación geográfica y temporal.....	53
5.	Participantes	53
5.1.	Población.....	53
5.2.	Muestra.	53
6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	56
6.1.	Funcionamiento familiar (FF-SIL).....	56
6.2.	El Sexual Knowledge and Attitude Test for Adolescents (SKAT)	56
7.	Proceso de recolección de datos.....	57
8.	Procesamiento y análisis de datos.....	58
9.	Consideraciones éticas	58
Capítulo IV: Resultados y discusión.....		59
1.	Resultados	59

2. Discusión	68
Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones	74
1. Conclusiones.....	74
2. Recomendaciones.....	76
Referencias.....	77
Anexos	89

Índice de tablas

Tabla 1 Características sociodemográficas.....	55
Tabla 2 Relación entre funcionamiento familiar y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4to y 5to grado del nivel secundario	59
Tabla 3 Funcionamiento familiar en estudiantes de 4to y 5to de grado del nivel secundario.	60
Tabla 4 Actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer-cérvico uterino en estudiantes de 4to y 5to grado del nivel secundario.....	61
Tabla 5 Relación entre la dimensión “cohesión familiar” y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4yo y 5to grado del nivel secundario.....	61
Tabla 6 Relación entre la dimensión “armonía familiar” y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4yo y 5to grado del nivel secundario.	62
Tabla 7 Relación entre la dimensión “comunicación familiar” y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4to y 5to grado del nivel secundario.....	63
Tabla 8 Relación entre la dimensión “permeabilidad familiar” y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4to y 5to grado del nivel secundario.	64
Tabla 9 Relación entre la dimensión “afectividad familiar” y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4to y 5to grado del nivel secundario.....	65
Tabla 10 Relación entre la dimensión “rol familiar” y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4to y 5to grado del nivel secundario.	66
Tabla 11 Relación entre la dimensión “adaptabilidad familiar” y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4to y 5to grado del nivel secundario.	67
Tabla 12 Análisis descriptivo de funcionamiento familiar	99
Tabla 13 Análisis descriptivo de actitudes frente a los hábitos de riesgo	100

Índice de anexos

Anexo 1. Instrumento de FF-SIL	89
Anexo 2. Instrumento de SKAT	91
Anexo 3. Consentimiento informado	94
Anexo 4. Validación de instrumentos	95
Anexo 5. Prueba de confiabilidad.....	97
Anexo 6. Validez de confiabilidad de AIKEN	98
Anexo 7. Resultados descriptivos	99
Anexo 8. Carta de autorización del área de estudio	103

Resumen

El objetivo del trabajo de investigación es determinar la relación entre el funcionamiento familiar y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4º y 5º grado de secundaria. Métodos: diseño correlacional de corte transversal. La muestra fue probabilística y estuvo conformada por 284 estudiantes. El instrumento empleado en la recolección de datos fue el cuestionario FF-SIL ($\alpha = 0,945$) y SKAT ($\alpha = 0,759$). Siendo el resultado general la no existencia de relación entre ambas variables con un p-valor de 0,205; sin embargo, en el análisis por dimensiones se encontró relación entre las dimensiones permeabilidad (p-valor = 0,009) y afectividad (p-valor = 0,016) frente a las actitudes de los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino. Conclusión: A pesar de no haber encontrado relación entre las variables de estudio, se encontró que sí hay relación entre dos dimensiones del funcionamiento familiar y la actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino. Lo cual explica la importancia que tiene la familia en el desarrollo sexual del adolescente.

Palabras clave: funcionamiento familiar, actitudes, hábitos de riesgo, cáncer cérvico-uterino

Asbtract

The objective of investigation in determine the relationship between family functioning and attitudes face the risk habits of uterine cervical cancer in students of 4th and 5th grade of high school. Methods: cross-sectional correlational design. The sample was probability and was comprised by 248 students. The instruments used in the collection of data were: questionnaire FF-SIL ($\alpha = 0,945$) and SKAT ($\alpha = 0,759$). Being the results general through the Tau b Kendal test it was found that there is not a relationship between both variables with a p-value of 0,205. However, in the analysis by dimensions, a relationship was found between the permeability dimension (p-value = 0.009) and affectivity (p-value = 0,016) with the attitudes face risk habits of uterine cervical cancer. Conclusion: Despite not finding the relationship between the variables of study, it was found that there is a relationship between two dimensions of family functioning and the attitude face risk habits of uterine cervical cancer habits explaining the importance that a family has according with the adolescent sexual development.

Key words: family functioning, attitudes, risk habits, uterine cervical cancer.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento de problema

En la actualidad, la familia constituye el primer cuadro de referencia que tienen los hijos. En su entorno, se establecen los primeros vínculos afectivos y se crean la base de su identidad, por ello se asume que el contexto sigue siendo uno de los factores de socialización más importante para ello. Asimismo, la familia establece un sistema cuya naturaleza y cualidades crea en sus miembros rasgos que le dan una identidad familiar y personal al transmitir la cultura total de valores y patrones de comportamiento que los guía a través de metas congruentes hacia el propósito de la vida (Rojas, 2010).

De acuerdo a lo reportado en la literatura médica internacional, la crianza por ambos padres fomenta una menor iniciación y actividad sexual a edades tempranas. Contrariamente, la mala relación con los padres, la deficiente comunicación familiar, padres adolescentes y la disfunción familiar está relacionada con el inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años (Royuela, Rodríguez, Marugán, y Carbajosa, 2015).

Por otro lado, para Martínez (2014) los medios de comunicación son mucho más relevantes en el intercambio de la información sexual que el rol de la familia como eje socializador. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) refiere que los adolescentes se encuentran en peligro debido al consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección o la exposición a la violencia; pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de años posteriores e incluso la salud de sus futuros hijos. Las enfermedades pueden afectar la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente. Además, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Sin embargo, El Fondo de Población de Las Naciones Unidas informa que la mortalidad y la morbilidad siguen siendo elevadas y se calcula que en el 2015

murieron 1,3 millones de adolescentes, en su mayoría de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones en el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. También nos indica que cada año se registran en el mundo 49 nacimientos por cada 1000 chicas menores de 19 años. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas, por su temor a ser juzgadas y excluidas (citado por UNFPA, 2014).

Por otro lado, González, Predaza y Luegas (2011) afirman que la familia constituye el primer ambiente social, modela sentimientos y ofrece patrones de conductas para un normal crecimiento y desarrollo humano. Contradicciones en el núcleo familiar pueden generar en el adolescente una crisis evolutiva, en las que son necesarias asumir nuevos modos de funcionamiento. La crisis, marcada por pautas y normas de convivencia precedentes, debe ser aprovechada para su fortalecimiento.

Por ende, para Marta Arrue, "debe prestarse atención especial a los jóvenes de 16 años, porque éste es el punto de inflexión, la edad en que se opta por actividades sanas o cuando surgen los patrones de conducta de riesgo". En cuanto al género, añade que "las mujeres muestran mayores conductas de riesgo que los hombres ya que son más propensas al sedentarismo, el consumo de tabaco, el mal sueño, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. "Los hombres, por otro lado, muestran debilidad por el alcohol, las drogas ilegales y la alimentación inadecuada" British Broadcasting Corporation (BBC Mundo, 2011).

Asimismo, Corona y Peralta (2010) en su estudio "Prevención de conductas de riesgo en adolescentes en Chile" afirman que la actividad sexual no protegida es otra importantísima conducta generadora de enfermedad, en especial si consideramos sus principales posibles consecuencias, embarazo e infecciones de transmisión sexual. Los resultados revelaron que la edad de inicio de relaciones sexuales fue de 17.1 años en mujeres y 16.3 años en hombres. Por otro lado, el 17% los jóvenes con edades entre los 13 y 15 años ya habrían tenido relaciones sexuales y un 17% de los adolescentes de 16 a 19 años declaró haber tenido dos parejas sexuales en el último año. En el 2009, el 17% de los adolescentes de 15 a 19 años declararon haber tenido un embarazo no deseado, y un 35% de éstos reconoció haber realizado al menos un aborto. Por último, se sabe que la mayoría de los 7072 casos de VIH acumulados hasta el 2009 fueron en jóvenes de 20 y 29 años, y que de los 7585 casos de SIDA en adultos de 30 y 39 años fueron contagiados probablemente durante la adolescencia o juventud.

Para el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el Perú existen alrededor de 8 millones de hogares. Además, un análisis paralelo en el cual solo se evaluaron los hogares monoparentales, se encontró que el 81,9% era administrado por madres solteras. Esto refleja cambios significativos en la conformación familiar, donde la familia nuclear es predominante, pero ya no la única. Siendo el 39% casados, el 42% conviviente y el 19% otros (Comisión de Promoción del Perú para la Exportación y el Turismo, 2015).

Por su parte Alegre (2004) refiere que las estadísticas peruanas oficiales tanto como los censos y las encuestas tratan el tema de familia a través de los hogares. La constatación de estas fuentes es que, durante los últimos veintitrés años, la mayoría de hogares peruanos (58%) son del tipo nuclear, y en menor proporción los hogares extendidos (25%). Otros resultados muestran que, sin lugar a dudas, la madre es la persona más mencionada sobre “con quien se lleva mejor”, (35%) y “con quien conversa más” (48%) y “la persona a quien confía sus problemas (35%). En segundo lugar, aparecen los amigos (26%), y en escasos porcentajes aparece el padre (5 a 7%).

También el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) evidencia que el cáncer es un problema de salud pública que ocupa el tercer lugar de las causas de muerte en el Perú, el registro de cáncer en Lima Metropolitana evidenció que las tasas de incidencia para todos los cánceres en hombres y mujeres han aumentado entre los periodos 1968-1970 y 2004-2005 de 152,2 a 174,0 por 100000 hombres y de 166,8 a 187,0 por 100 000 mujeres (Instituto Nacional de Neoplasia, 2016).

Ante lo descrito en párrafos anteriores, se determina que el adolescente es más susceptible a ser dañado su sistema interno y externo, creando desórdenes en su formación y conduciéndolo a ciertas actitudes que puedan desencadenar en hábitos desfavorables para su salud y su vida. Más aún si no cuenta con el apoyo familiar necesario para cubrir las necesidades requeridas durante esta difícil etapa; sabiendo que con la modernidad hay numerosos cambios en la sociedad muchas veces perjudiciales para la población juvenil. Es por eso que es común encontrar problemas de esta índole. Estos sucesos motivaron la realización de este estudio que se desarrolló en la Institución Educativa “Edelmira del Pando” del distrito Ate Vitarte al entrevistar al director, este manifestó “que hay estudiantes con alto nivel académico, pero también hay la contraparte; la mayoría viene por cumplir, porque es parte de su educación o porque los padres les obligan, no toman en serio su educación, pasan por pasar los cursos o lo repiten, algunas son irrespetuosas, a veces no asisten al colegio y no justifican sus faltas, se ha visto que crean grupos con el sexo opuesto en las afueras del

plantel; en años anteriores hubo diez casos de pandillajes; cinco chicas con embarazo, tres de ellas dejaron de estudiar; dos casos de abortos; tres con problemas de alcohol; hay más del 50% con enamorados; 60% de estudiantes acuden a evento, cuando se les convoca a reuniones el 80% de los padres de familia si asiste a la reunión solo por evitar las multas de la APAFA el resto no viene, su justificación es el trabajo”.

Al interactuar con las alumnas del cuarto y quinto grado de secundaria refirieron “conocemos a chicos de los colegios vecinos y de nuestros barrios, algunos de ellos toman y fuman”; referente a su familia manifestaron “yo vivo con mi mamá, con mis abuelos, no conozco a mi papá”; “mis padres son separados”; “mis padres muchas veces discuten”; “no paro con mis padres, ellos trabajan todo el día”; “raras veces nos reunimos y hablamos, ellos son muy cerrados algunas veces callan los problemas de casa y cuando no hacemos algo o no le obedecemos nos castigan y nos dejan de dar propinas, y por no aburrirnos hacemos hora por la zona donde vivimos o en casa de algunas compañeras del salón”.

Frente a la situación problemática, se formula la siguiente pregunta de investigación:

2. Identificación del problema

¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la Institución Educativa “Edelmira del Pando” de Ate Vitarte?

3. Objetivos de la investigación:

3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la Institución Educativa “Edelmira del Pando” de Ate Vitarte.

3.2. Objetivos específicos

- Determinar el funcionamiento familiar en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la Institución Educativa “Edelmira del Pando” de Ate Vitarte.
- Determinar las actitudes frente a los hábitos de riesgo en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la Institución Educativa “Edelmira del Pando” de Ate Vitarte.
- Determinar la relación entre la dimensión “cohesión familiar” y la actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la Institución Educativa “Edelmira del Pando” de Ate Vitarte.
- Determinar la relación entre la dimensión “armonía familiar” y la actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la Institución Educativa “Edelmira del Pando” de Ate Vitarte.
- Establecer la relación entre la dimensión “comunicación familiar” y la actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la Institución Educativa “Edelmira del Pando” de Ate Vitarte.
- Evaluar la relación entre la dimensión “permeabilidad familiar” y la actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la Institución Educativa “Edelmira del Pando” de Ate Vitarte.
- Determinar la relación entre la dimensión “afectividad familiar” y la actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la Institución Educativa “Edelmira del Pando” de Ate Vitarte.
- Establecer la relación entre la dimensión “roles familiares” y la actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino del 4to y 5to grado de nivel secundario de la Institución Educativa “Edelmira del Pando” de Ate Vitarte.
- Evaluar la relación entre la dimensión “adaptabilidad familiar” y la actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la Institución Educativa “Edelmira del Pando” de Ate Vitarte.

4. Justificación

Respecto a la justificación teórica, esta investigación contribuirá al conocimiento científico con información actualizada y especializada de las variables de estudio, permitiendo ser una fuente de referencia confiable y veraz para futuras investigaciones. De igual manera pretende ampliar los conocimientos del adolescente frente a sus hábitos de riesgo que les conlleva a contraer cáncer cérvico uterino. Este trabajo servirá como referente para próximas investigaciones.

En la referente a la justificación metodológica, permitirá utilizar el instrumento que será de referencia para otros estudios de investigación relacionados a este tema. La misma que se convertirá como aporte metodológico porque permitirá su aplicación a otras poblaciones muy ajenas a otras realidades sociales. Del mismo modo, los resultados obtenidos servirán de base estadística a las instituciones interesadas como centros de salud, universidades, centros educativos y comunidad en general, para conocer la situación referente a actitudes frente a hábitos de riesgo de adquirir cáncer cérvico uterino en adolescentes. Así mismo permitirá la elaboración e implementación de estrategias que permitan corregir actitudes de riesgos a fin de prevenir e identificar oportunamente esta enfermedad como es el cáncer cérvico uterino.

Por su justificación social, permitirá que las autoridades de la Institución Educativa Edelmira del Pando puedan tomar medidas para la implementación de un programa educativo y brindar información respecto a las consecuencias de actitudes que puedan desencadenar en hábitos desfavorables para la salud tales como relaciones sexuales a temprana edad. Por otro lado, se explicará a los padres de familia la importancia de la buena dinámica familiar, y el rol tan importante que ellos cumplen en el desarrollo del adolescente.

Por su justificación práctica, representará un aporte importante en la práctica de enfermería que elabora métodos para contribuir a la disminución de la incidencia y prevalencia de este problema, mediante actividades preventivo promocionales a través de la implementación de estrategias educativas, con técnicas participativas que permita un buen funcionamiento familiar y de esta manera se fomentará cambios en sus actitudes y la adopción de hábitos saludables para prevenir incidencias de cáncer cérvico uterino. Los trabajos extramurales permiten al personal de salud conocer más de cerca la realidad a las que se ve expuesta las personas.

5. Presuposición filosófica

White (2012) refiere que “La complacencia en las cosas ilícitas ha llegado a constituirse en un poder para depravar a la humanidad, empequeñecer la capacidad mental y pervertir las facultades del ser. A lo largo de las calles se colocan carteles indecentes con el propósito de seducir los ojos y depravar la moral. Estas presentaciones son de un carácter que excitan las más bajas pasiones del corazón humano por medio de la imaginación corrupta en la cual es seguida por prácticas sucias. Pero lo más terrible es que el mal es llevado a la práctica bajo un ropaje de santidad. Los jóvenes serán contaminados, sus pensamientos serán degradados y su alma manchada”

También dice en, el libro *Conducción del Niño*, que el resultado de la masturbación se manifiesta en diversas enfermedades como catarro, hidropesía, dolores de cabeza, pérdida de la memoria y la vista, gran debilidad en la espalda y hombros, afecciones a la columna vertebral y, a menudo, deterioro cerebral. Tumores cancerosos que se han mantenido latentes en el organismo por largo tiempo se inflaman y comienzan su obra consumidora y destructora (White, 1957).

En 1Cor. 6:15, 19, 20 dice "¿No sabéis que vuestros cuerpos son miembros de Cristo?" "¿O ignoráis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, el cual está en vosotros, el cual tenéis de Dios, y que no sois vuestros? Porque habéis sido comprados por precio; glorificad, pues, a Dios en vuestro cuerpo y en vuestro espíritu, los cuales son de Dios".

Nuestros cuerpos son la propiedad adquirida por Cristo, y no estamos en libertad de hacer con ellos como nos parezca. El hombre ha hecho esto, ha tratado su cuerpo como si las leyes que lo rigen no tuvieran ninguna penalidad. Satanás presenta ante Dios el cuerpo humano que Cristo ha comprado; qué repugnante representación de su Creador es el hombre. Debido a que el hombre ha pecado contra su cuerpo, y ha corrompido sus costumbres.

También en Efesios 6:4 se aconseja “Y vosotros, padres, no provoquéis a ira a vuestros hijos, sino criadlos en disciplina y amonestación del Señor”. Asimismo, Proverbios 6:20-22 “Guarda, hijo mío, el mandamiento de tu padre y no dejes la enseñanza de tu madre; átalos siempre en tu corazón, enlázalos a tu cuello; te guiarán cuando andes; cuando duermas te guardarán; hablarán contigo cuando despiertes”.

Los padres deben tener en cuenta que una de las etapas más críticas por la que atraviesa toda persona, es la adolescencia; ya que surgen grandes cambios físicos, psicológicos y hormonales, razón por la cual el carácter del adolescente es volátil, y si no encuentra el apoyo

familiar su formación será vulnerada. Es por eso que Dios recomienda a los padres guiarlos con paciencia en esta difícil situación. A su vez hace un recordatorio a los jóvenes a no olvidar los mandamientos que dictaminan el respeto que deben guardar hacia sus progenitores.

Capítulo II

Marco teórico

1. Antecedentes de la investigación

Kendall (2017) en Georgia, USA, realizó un estudio titulado “Influencias indirectas proximales y distales sobre actividad Sexual de los comportamientos en los adolescentes”. El objetivo de estudio fue investigar cual es la edad de inicio sexual, como está influenciada por la conexión familiar (frecuencia de las actividades familiares, cena familiar, alabanza de los padres y calidad de los padres-adolescentes comunicación) y determinar el efecto del género y la raza en la edad de inicio sexual. Fue un estudio longitudinal. La muestra se centró en los adolescentes (de edades comprendidas entre 12 y 17 años) y que no tuvieron debut sexual. Los resultados finales fueron que la conexión familiar, entre las comidas familiares semanales y la comunicación entre padres e hijos, fueron factores familiares significativos que retrasaron el comportamiento sexual de los adolescentes. La razón de riesgo de tener un debut sexual con adolescentes en cualquier momento para un individuo que tenía actividad familiar al menos una vez a la semana fue 0.91 (95CI: 0.74, 1.14), tener una cena familiar semanal (HR 0.70, 95CI: 0.53, 0.93) Con los padres (HR 0.78; 95CI: 0.68, 0.91), el apoyo percibido de los padres (HR 1.04; 95CI: 0.91, 1.02), piensa muy bien en los padres (HR 1.08; 95CI 0.93, 1.25). En la conclusión se encontró que la relación familiar era un factor protector sólo entre la cena familiar semanal y la comunicación entre padres e hijos. Las políticas de salud pública y las intervenciones dirigidas a la conectividad familiar por sí solas influirán poco en los comportamientos sexuales de los adolescentes.

Chávez (2016) en Lima, realizó un estudio cuyo objetivo de investigación fue 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. El tipo de estudio fue observacional y descriptivo. Se utilizó un cuestionario sobre conductas sexuales, experiencias sexuales y funcionalidad familiar, en la cual fue aplicado a 128 adolescentes. Dicha investigación tuvo como 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 simultáneo 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 ($p = 0,015$) sexuales sí se asociaron con la disfuncionalidad familiar. Proporcionando las siguientes conclusiones: El uso de métodos anticonceptivos de barrera, haber presentado alguna ITS y la edad de inicio de relaciones sexuales como expresión de la conducta sexual se asociaron a la disfuncionalidad familiar.

Oluwatoyin y Modupe (2014) en Nigeria, realizaron un estudio titulado “Comportamiento Sexual de Riesgo entre Adolescentes de Secundaria en el Área de Gobierno Local de Ibadan Norte”. El objetivo de este estudio fue crear conciencia para los adolescentes, los proveedores de atención primaria y los educadores sobre los riesgos y consecuencias de la participación en comportamientos sexuales de riesgo a una edad más temprana. El tipo de estudio utilizado fue descriptivo transversal que utilizó 410 = n cuestionario validado desarrollado por el investigador después de la riqueza de la literatura ha sido revisada. La población total fue de 3087 adolescentes de entre 10- 19 años, todas de tres escuelas secundarias, siendo la muestra final 410 adolescentes. Los resultados fueron que el 45,1% reportó tener relaciones sexuales sin protección contra 54,9% que no lo hicieron; 30,0% admitió tener relaciones sexuales a una edad muy temprana. De los que nunca habían tenido relaciones sexuales; 19,5% dijo que estaba practicando la masturbación, alrededor de 21,0% de los encuestados reportó estar practicando sexo oral en comparación con la mayoría (65,4%) que reportaron no haber participado en sexo oral, mientras 13,7% afirmó no tener idea de lo que el sexo oral. También muestra que los estudiantes entre las edades 10-14 años tenían 1,5 más

probabilidades de practicar el comportamiento sexual de riesgo que aquellos entre las edades de 15-19 años. Aunque esto no fue significativo OR = 1,52, P = 0,07, IC del 95% = 0,98-2,38. Los estudiantes varones fueron más propensos a tener un comportamiento sexual de riesgo que las mujeres OR = 1,11, P = 0,65, IC del 95% = 0,72-1,72 y esto no fue significativo. Asimismo, demuestran que los estudiantes de Yoruba tenían cuatro veces más probabilidades de participar en comportamientos sexuales de riesgo que los estudiantes de Hausa y esto es significativo OR = 4,34, P = 0,01, IC del 95% = 0,07-0,73. Además, se encontró que los estudiantes de secundaria tenían 2.5 más probabilidades de participar en comportamientos sexuales de riesgo OR = 0.39, P = 0.01, IC del 95% = 0.19-0.81. Por esta, razón existe una asociación significativa entre el cuidador primario y la participación de los adolescentes en comportamientos sexuales de riesgo P <0,01. Otro resultado muestra que no hay significación en las puntuaciones medias de conocimientos sobre comportamientos sexual de riesgo en las escuelas secundarias seleccionadas utilizadas para este estudio valor p = 0,5, prueba F = 0,70. En las conclusiones se encontró que los estudiantes varones tenían más probabilidades de participar en comportamientos sexuales de riesgo que las mujeres y esto no era significativo. La salud de los adolescentes es una preocupación importante que se agrava cada vez más. Por lo tanto, se convierte en los papeles del individuo, ya sean los padres, los profesores, los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras para proporcionar información correcta a esta generación de jóvenes de una manera que influirá positivamente en su vida.

Mori, Ocampo y Castillo (2014) en Loreto, Punchana, realizaron un estudio cuyo objetivo de investigación fue determinar la asociación que existe entre la conducta sexual/reproductiva y el cáncer cérvico uterino, en mujeres atendidas los años 2012-2013 en el Hospital Regional de Loreto. El tipo de investigación fue no experimental, correlacional y retrospectivo. La metodología que se empleó fue el instrumento Ficha de Registro de Conducta sexual/reproductiva y cáncer cérvico-uterino, la cual fue aplicado a 113 mujeres atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto, entre los años 2012 y 2013 obteniendo los siguientes resultados sobre la conducta sexual y reproductiva; 50,4% tiene edad de inicio de relación sexual precoz (de 10 a 19 años), 71,7% con múltiples parejas sexuales, 59,3% tiene antecedente de infección de transmisión sexual, 79,6% tiene edad del primer parto temprana o precoz (menor de 20 años), 96,5% en cuanto al números de hijos o paridad fueron multíparas, 39,8% tuvieron aborto provocado. Al asociar la conducta sexual y reproductiva y cáncer cérvico-uterino, se obtuvo que existe relación estadística significativa del cáncer cérvico uterino y la edad de inicio de relaciones sexuales (p = 0,039; p < 0,05), número

de parejas sexuales ($p = 0,013$; $p < 0,05$), infección de transmisión sexual ($p = 0,014$; $p < 0,05$) y aborto ($p = 0,02$; $p < 0,05$). No existe relación estadística significativa entre el cáncer cérvico uterino y edad del primer parto ($p = 0,429$; $p > 0,05$) y paridad ($p = 0,801$; $p > 0,05$). Las conclusiones fueron que la conducta sexual y reproductiva más relevante que presentan las mujeres estudiadas, son: 50,4% tienen edad de inicio de relación sexual entre 10 y 19 años; 71,7% tienen número de parejas sexuales, 59,3% tienen antecedentes de infección de transmisión sexual; 79,6% fueron menores de 20 años de edad en su primer parto, 96,5% en cuanto al número de hijos o paridad fueron multíparas, 39,8% tuvieron aborto provocado.

Aguilar (2014) en Tacna, realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo en adolescentes del nivel secundario, de la Institución Educativa Enrique Paillardelle Tacna-2013. El tipo de estudio fue descriptivo, correlacional y de corte transversal. La metodología que utilizaron fue la aplicación de los instrumentos el Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y Conductas de Riesgo, en la cual fue aplicada a 168 alumnos, obtuvieron los siguientes resultados: Los adolescentes pertenecen a una familia moderadamente funcional con un 37,2%, familias disfuncionales con un 30%, familias funcionales con un 26,8% y 6% tenían familias severamente disfuncionales; el 71,4% de los adolescentes no iniciaron sus relaciones sexuales y el 28,6% sí iniciaron. Para la relación entre variables se utilizó la prueba estadística del Chi cuadrado con 95% de confiabilidad y significancia $p < 0,05$. Obteniéndose que existe relación entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, drogas ilegales e inicio de relaciones sexuales. Las conclusiones fueron: Al valorar el funcionamiento familiar se observa que la mayoría de familias son moderadamente funcional con un 37,2% y solo un 26,8% es una familia funciona. Se observa que la conducta de riesgo de mayor prevalencia fue el consumo de alcohol con un 36,8%; seguido del consumo de tabaco con un 25,6%; inicio de relaciones sexuales con un 28,6% y con una prevalencia menor el consumo de drogas ilegales con un 8,9%, en cuanto a la relación entre variables nos dice que si existe una relación significativa entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo como consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, drogas ilegales e inicio de relaciones sexuales.

González et al. (2013) en Santiago de Chile, realizó un estudio titulado "Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile". El objetivo fue determinar la asociación entre los factores familiares y el inicio de la actividad sexual temprana, en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva con una perspectiva de género. El tipo de estudio fue

transversal analítico. La metodología que se utilizó fue la escala modificada de Graffar; dicho instrumento se aplicó a 3210 adolescentes de ambos sexos entre 12 y 19 años de la Región Metropolitana que han consultado en CEMERA. Se obtuvieron los siguientes resultados: El 90,2% eran mujeres, 96% eran estudiantes. El promedio de edad de inicio de la actividad sexual fue de 15,4 años. El 24,1% había iniciado actividad sexual antes de los 15 años y 75,9% a los 15 años y más. El nivel socioeconómico, se distribuyó de la siguiente manera, 3,8% nivel alto; 61,2% medio; 33,7% bajo; 1,3% muy bajo. Las conclusiones mostraron que las variables familiares asociadas al inicio sexual antes de los 15 años fueron: filiación no matrimonial, no haberse criado con ambos padres, mala relación con los padres, no vivir actualmente con ambos padres, mala relación con los padres, mala comunicación familiar, madre sola, supervisión sin sanción al quebrantamiento de normas, padre con antecedente de paternidad adolescente, madre con antecedente de maternidad adolescente, madre que trabaja, disfunción familiar.

Castillo, Foster y Gutierrez (2012) en Tabasco- México; realizaron un estudio cuyo objetivo fue describir la funcionalidad familiar a conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. El tipo de investigación fue observacional, transversal, descriptivo. Utilizaron la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar SS-FIL aplicada a 100 estudiantes de entre 15 y 19 años de edad pertenecientes al colegio de Bachilleres del Municipio de Jonuta. Los resultados muestran que el 56% pertenecían al género femenino y 44%, al género masculino, con un rango de edad entre 16 y 17 años y una media de 16.85 años. Al aplicar la prueba de percepción del funcionamiento familiar SS-FIL se encontró que el 48% de las familias son Moderadamente Funcional, el 29% Disfuncional, solo el 21% Funcional y 2% Severamente Disfuncional. De los encuestados, el 32% ha consumido alcohol y un 24% reportó el inicio del hábito de fumar. La prevalencia del consumo de drogas es del 8%, predominando la marihuana como droga de consumo. El 45% de la población estudiada ya tiene vida sexual activa, con edad de inicio de 15 años esta misma observada en todas estas conductas de riesgo. Se concluyó en que la mayoría de las familias en este estudio son moderadamente funcionales. Existen conductas de riesgo en esta población, ya que casi la mitad de los estudiantes han iniciado el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas principalmente la marihuana e incluso ya han iniciado su vida sexual a la edad promedio de 15 años.

Alvarez (2007) en México D.F realizó un estudio cuyo objetivo fue conocer si existe correlación significativa entre los estilos de afrontamiento familiar en un grupo de adolescentes. El tipo de estudio fue transversal, correlacional de dos muestras independientes con una sola medición. La metodología que utilizó fue el cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés de Lazarus y Folkman y el Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar, aplicados a 130 adolescentes, de los cuales 72 fueron hombres y 48 fueren mujeres. Dentro de los resultados obtenidos se encontró que aquellos que perciben patrones de comunicación disfuncionales dentro de la familia, tenderán a ser más flexibles con sus estilos de afrontamiento, indicando que los adolescentes podrán escoger diferentes estilos en función de la situación o estresor que se presente. También se obtuvo que los adolescentes del sexo femenino son propensas a percibir con mayor facilidad el involucramiento afectivo de tipo funcional, es decir, mejores relaciones afectivas dentro de su familia. Contrariamente a esto, son menos sensibles con el tipo de involucramiento afectivo disfuncional. En los adolescentes de sexo masculino ocurre a la inversa, ya que son más sensibles a percibir un involucramiento afectivo disfuncional a uno funcional.

2. Marco teórico

2.1. La familia.

2.1.1. Definición.

Es el núcleo fundamental de la sociedad. En ella, el ser humano nace, crece y se desarrolla, en la cual deberían mantener relaciones interpersonales estables, compartiendo y satisfaciendo sus necesidades básicas. Es un grupo de personas unidas por los lazos del matrimonio, la sangre o la adopción; constituyendo una sola unidad doméstica, interactuando y comunicándose entre ellas en sus roles sociales respectivos de marido y mujer, madre y padre, hijo e hija, hermano y hermana; creando y manteniendo una cultura común (Rojas, 2010).

Así mismo el MINSA (2011) afirma que la familia es la unidad fundamental de la sociedad, y se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social, a su vez no es sólo la suma de sus miembros, siendo las relaciones que se establecen entre sus miembros las que determinan el desarrollo positivo o negativo así como el de la familia como un todo. En

el campo de la salud, la familia debe constituirse en la unidad básica de intervención, ya que sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocionalmente y físicamente, compartiendo recursos como el tiempo, espacio y dinero”.

También la Organización de las Naciones Unidas ONU (1994) definió los siguientes tipos de familia, que es conveniente considerar debido al carácter universal y orientador del organismo mundial, en la cual nos dice que existen familia nuclear; familias uniparentales o monoparentales; familias polígamas; familias extensas; familia reorganizada; familias migrantes; familias apartadas y familias enredadas.

Gutierrez (2007) refirió que, gracias a la familia, a los lazos afectivos y consanguíneos ha sido capaz de forjar la propia personalidad, esto se debe al ambiente en el que se desarrollan, en la cual se ha ejercido una importante influencia, para el desarrollo intelectual, psicológico, físico y moral de la persona.

Para Rojas (2010), la familia cumple diferentes funciones en la cual su dinámica resulte flexible y apropiada, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionara a sus miembros la posibilidad de desarrollar solidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar. Por ende, la familia constituye un verdadero sistema, formado por elementos que interactúan entre si sometidos a procesos de cambio. Por otro lado Fontes, Heredia y Peñaloza (2012) indica que durante la adolescencia se producen cambios en las relaciones parento-filiales por eso es necesario tener en cuenta que mientras los chicos y chicas están experimentando las transformaciones propias de esta etapa, algunos de sus padres y madres estarán atravesando lo que se ha denominado “crisis de mitad de la vida”. Es decir, también estarán sujetos a proceso de cambio y transformaciones que influirán sobre la estabilidad del sistema familiar.

Por otro lado, García (2001) refirió que la familia tiene que adaptarse frente a los cambios que el adolescente presente ya que busca una imagen que no conoce en un mundo que apenas comprende. Además, la búsqueda del adolescente de nuevos contextos sociales en los que desarrollarse tiene que ver también con el incremento de los conflictos en su círculo familiar. Si bien durante la infancia la familia habrá adquirido un patrón de organización bastante estable, durante la adolescencia, el sistema familiar entra en un estado de desequilibrio lo que hace especialmente sensible, e inestable, facilitando u obligando en algunos casos, la aparición de nuevas normas. Sin embargo, Palomino, Nakamura y Silva (2009) acotó que la adolescencia está ligada a los cambios económicos, culturales, al desarrollo industrial, educacional y al papel de la mujer, ya que estos factores son los que

determinan sus procesos psicosociales, por lo cual pueden generar crisis y conflictos, debido a que es en esta etapa donde se generan los grandes cambios y transformaciones biopsicosociales que determinan la independencia personal.

De igual modo el comienzo de la maduración sexual va acompañado de una aceleración brusca del crecimiento, tanto de altura como de peso, seguido del resto de las características sexuales primarias y secundarias, que dura unos dos años. Posteriormente comienzan los cambios físicos y hormonales propios de la adolescencia (Santi, 2000).

También González, Berna, y Veá (1997) refirió que los adolescentes necesitan estar en constante interacción con la familia, ya que ellos son como un sistema de apoyo. Si dicho sistema se encuentra vulnerable, los adolescentes serán afectados por la influencia social puesto que determinadas circunstancias podrían generar conductas de riesgo. Cada persona tiene necesidades que debe satisfacer y que son muy importantes para su calidad de vida. La familia es el primer lugar en donde el niño aprende a satisfacer esas necesidades que, en el futuro, le servirán de apoyo para integrarse a un medio y a su comunidad.

2.1.2. Situación actual de la familia.

Para la ONU (1994), desde la segunda mitad del siglo XX, las estructuras familiares han experimentado una profunda transformación: hogares más pequeños, matrimonios y nacimientos más tardíos, aumento del número de divorcios y de familias monoparentales. Además, ha sido afectada por la evolución mundial de los flujos migratorios, el envejecimiento de la población, la pandemia de VIH/SIDA y las consecuencias de la globalización. Algunas familias experimentan dificultades a la hora de cumplir con sus responsabilidades y les cuesta cada vez más ocuparse de los niños.

Alcázar y Ocampo (2016) confirmaron que la violencia contra la mujer es un gran problema que no solo tiene enormes consecuencias sobre las víctimas directas, sino que perturba todo el ámbito familiar ya que siempre está presente y atenta contra el desarrollo pleno e integral de las niñas y los niños. Particularmente, perjudica su desempeño escolar, pues genera un medio agresivo, en el que el niño o la niña no pueden desenvolverse ni desarrollarse plenamente. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el Perú el 2013, el 71,5% de mujeres de todo el país reportaron haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja.

Merayo (2015) indicó que los problemas económicos y el desempleo afectan a otras muchas áreas de la persona y la sociedad: la estabilidad psicológica de las personas, generando ansiedad o depresión; el miedo de las familias a la incapacidad para hacer frente a una hipoteca; la necesidad de refugiarse en casas ajenas, de los abuelos, que aún disponen de una pequeña pensión para sobrevivir.

Lippman, Wilcox, y Ryberg (2014), comentaron que muchas de las parejas no llegan a consolidar su relación debido a la disminución de nupcialidad en muchas regiones del mundo. Siendo mayormente los casados los adultos. Mientras que la convivencia es más frecuente en Europa, América del Norte, Oceanía y, sobre todo, América Central y del Sur. En esta región, entre el 12%(Chile) y el 38% (Perú) de los adultos con edades comprendidas entre los 18 y 49 años mantiene uniones de convivencia, siendo el Perú el país con de mayor nivel.

La atracción entre personas del mismo sexo y la consecuente formación de parejas parece ser tan antigua como la humanidad, y en no pocas ocasiones estas parejas han convivido con hijos que uno o ambos miembros tuvieron previamente, o han adoptado/acogido a niños y niñas que no podían ser criados por sus familias de origen. Puesto que, si bien en España hasta 1979 hubo personas en prisión por mantener relaciones homosexuales, al día de hoy la seguridad jurídica y el equiparar miento legal para estas familias es, al menos sobre el papel, prácticamente absoluto (Ruiz, 2014).

Hogar y familia, sin embargo, no son sinónimos. Algunos hogares están constituidos por personas entre las que no existe relación de parentesco, así como hay familias que no viven en el mismo hogar. En el 46,6% de las parejas sólo trabaja él a tiempo completo, mientras que la mujer la que lo hace a tiempo parcial o no tiene empleo. Respecto a los matrimonios entre personas del mismo sexo ascienden a 3.193, un 1,6% del total.(INEI, 2009).

La conquista de la autonomía adolescente puede llevar consigo la ruptura familiar, pero también es posible alcanzar la autonomía sin que se produzca el conflicto. Por último, se señaló que los efectos del divorcio sobre los hijos adolescentes no están nada claros. Se han encontrado efectos negativos como el aumento del riesgo de trastornos emocionales y de conductas problemáticas, pero también que el divorcio no es necesariamente una experiencia negativa para los adolescentes, si le ayuda a la liberación de un conflicto constante y le aporta mayor autonomía y responsabilidad en la familia (Montañés, Bartolomé, Montañés, y Parra, 2008).

Según García Cochagne et al., (2008), la madre adolescente es la pieza más débil en la organización familiar, pues enfrenta mayores dificultades para defender sus intereses y

plantear reclamos frente al uso de los recursos familiares, especialmente, en hogares en condición de pobreza. Un aspecto que se debe explorar en este grupo poblacional, es que en poblaciones femeninas la probabilidad de ser jefe de hogar está relacionada con hogares monoparentales, es decir de familias que han pasado un proceso de separación, divorcio o muerte del cónyuge.

2.1.3. La familia y la sociedad peruana.

La Comisión de Promoción del Perú para la Exportación y el Turismo, el concepto tradicional de familia ha ido evolucionando de acuerdo a vínculos, afinidad o decisiones personales; hoy puede dividirse en dos grandes grupos: nucleares y extendidas. Adicionalmente a los cambios de estructura de las familias; ha habido variaciones en el comportamiento de las mismas. La segmentación por estilo de vida de las personas que conforman la familia es producto del análisis de los ingresos, de la forma de actuar, ser y pensar (PromPerú, 2015).

Para La Constitución Política del Perú la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y su especial protección en “El artículo 4° de Límite de las relaciones familiares la Constitución reconoce a la familia como un instituto natural y fundamental de la sociedad, lo que obliga al estado y a la comunidad a prestarle protección. El artículo 17° menciona que la acepción común del término familia lo reconoce como aquel grupo de personas que se encuentran emparentadas y que comparten el mismo techo. Con ello se pretendía englobar a la familia nuclear, conformada por los padres y los hijos, que se encontraban bajo la autoridad de aquellos” (Rios et al., 1993).

Por otro lado, Serrano (2007), también nos dice que en la sociedad peruana existe la familia patriarcal, porque se caracteriza por depender económicamente del padre, quien muestra una actitud dominante en la toma de decisiones, también nos dice que se puede dar por otro fenómeno como la ausencia de uno de los padres la cual puede afectar la unión entre los miembros del hogar.

Las familias actuales están tan saturadas con el trabajo, la escuela y otras tantas actividades que ya no tienen tiempo de platicar, convivir y mucho menos para darse amor. Es esencial entonces recomenzar para formar a nuestros hijos en la afectividad y así ayudarlos a desarrollar su capacidad de amar. No se debe olvidar que el amor se transmite principalmente en el hogar (Ingaroca, 2011).

2.1.4. Teorías de la familia.

Modelo de interacción familiar.

El modelo de Satir (1972), planteó que la interrelación de la salud familiar depende de la habilidad de la familia para entender los sentimientos, necesidades y comportamiento de sus miembros. Por lo cual ayuda a sus miembros a conocerse entre sí, a través de la comunicación y de los eventos o situaciones que se dan en la vida.

De igual manera, Fairlie y Frisancho (1998) refirieron que la interrelación familiar promueve la confianza en sí mismo y la autovaloración en cada miembro; las familias saludables tienen esperanza en el futuro, confianza en los demás y sienten curiosidad acerca de lo que la sociedad puede ofrecerles. La familia funciona sobre bases de creciente producción y de una realidad orientada lo cual promueve una mayor intimidad entre sus miembros. El modelo de familia saludable consiste en cuatro conceptos: valoración propia, comunicación, reglas o normas de comportamiento, interrelación con la sociedad.

Modelo estructural - funcional de la familia.

Friedman (1986) basó su modelo en la interacción de suprasistemas en la comunidad y con los miembros de la familia en forma individual como un subsistema. El modelo está formado por dos enfoques: funcional y estructural. Los componentes del enfoque estructural son: composición de la familia, sistema de valores, patrones de comunicación, roles y jerarquías. Por su parte, el enfoque funcional integra como elementos objetivos; las necesidades físicas y cuidados económico y reproductivo, las relaciones sociales y lugar de la familia en la sociedad.

Sin embargo Chávez y Cabrera (2001) refirieron que este modelo proporciona una organización para examinar la interacción entre los miembros de la familia y dentro de la comunidad. El modelo incorpora los aspectos físicos, psicosociales y culturales de la familia, junto con la interacción entre ellos; además, es de total aplicación a través del proceso de atención de enfermería, a cualquier tipo de familia y ante variados problemas de salud.

Modelo de McGill (Promoción de la salud en la familia).

Según Moyra (1980), la persona es conceptualizada como la familia. Esta posee una gran influencia sobre sus miembros e inversamente, cada miembro influye en la familia. El individuo

y la familia son sistemas abiertos en interacción constante el uno con el otro, con el entorno y la comunidad. La familia es activa y tiende a resolver sus problemas, aprende de sus propias experiencias. De igual modo define que el entorno es el contexto en el que la salud y los hábitos de salud se aprenden. La persona (familia) y el entorno están en interacción constante.

2.1.5. *Funcionamiento familiar.*

El funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar. La funcionalidad o no de la comunicación familiar expresa el grado o la medida en que sus miembros han aprendido a manifestar adecuadamente o no, sus sentimientos en relación con los otros, y también cuánto la familia ha avanzado en la elaboración de sus límites y espacios individuales (Zaldívar, 2004).

Santi (2000) indicó que la familia es el principal eslabón del proceso de tipificación sexual dado que es formada por excelencia y de difícil sustitución. Estos procesos de tipificación sexual se observan en las familias, no solo en el proceso de transmisión de estos valores a las nuevas generaciones, sino como parte intrínseca, importante e indiscutible de las pautas relacionales que se establecen entre sus miembros, que conlleva, en pocas ocasiones, alteraciones en las relaciones familiares y en el funcionamiento familiar

También García (2001) refirió que como indicadores de un funcionamiento familiar adecuado puede considerarse la flexibilidad en las reglas y roles familiares. Es decir, que estas no sean rígidas, que no se impongan, sino que sean claras y que se asuman conscientemente por los miembros existiendo complementariedad entre los integrantes del sistema familiar para su cumplimiento. Por otro lado, la comunicación familiar es interpretada como un elemento modificable; es decir que, al cambiar los estilos y estrategias de comunicación de una familia, probablemente cambiará el tipo de cohesión y adaptabilidad al que pertenecen.

De igual manera Valencia (2010) señaló que el funcionamiento familiar ha sido definido como aquel conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican

las regularidades encontradas en la forma cómo el sistema familiar opera, evalúa o se comporta.

2.1.6. Dimensiones del funcionamiento.

Cohesión

Se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan. Evalúa el grado por el cual los miembros están conectados o separados del resto de la familia. Esta dimensión se define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro (Palomino et al., 2009).

Según Ingaroca (2011), la familia evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. Se define como "El vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí".

Armonía

Según Cáceres (2012) señaló que el equilibrio familiar es la fuente permanente de armonía y seguridad en la vida de los hijos, principalmente, aprenden los "papeles" que tienen que desarrollar en la vida adulta, es más, el propio ambiente familiar es el contexto adecuado en el que el niño ensaya y experimenta los roles que tendrá que realizar cuando sea adulto.

Asimismo Guerrero (2012) señaló que es necesario conseguir la armonía familiar, el entendimiento entre los miembros de un hogar que se expresan en un estado de ánimo armónico y dialogante. En el seno familiar es donde se establecen las relaciones más estrechas y es allí donde se aprenden los valores que convierten a las personas en humanas y que las acompañarán toda la vida.

Comunicación

Comunicación familiar puede entenderse como un índice del clima y la calidad del sistema familiar, así mismo, la comunicación positiva y eficaz entre sus miembros facilita la resolución de las transiciones familiares de una manera adaptativa, mientras que una comunicación negativa obstruye el desarrollo familiar Valencia (2010). Por otro lado, Chávez (2016) refiere que una mayor comunicación entre padres y adolescentes se relaciona 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.

Adaptabilidad

Palomino et al. (2009) definieron a la adaptabilidad como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo. Es decir, que la estructura familiar puede verse afectada en un cambio, la desintegración de una familia nuclear (no logra la adaptabilidad el padre o la madre),

Del mismo modo, Ingaroca (2011) señaló que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Se define como: "la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo".

Afectividad

Un clima afectivo adecuado constituye un factor de protección ante posibles conductas de riesgo. Asimismo, una adecuada expresión de los afectos a lo largo del desarrollo evolutivo de los hijos, incide en otros factores de carácter individual, favorece el desarrollo saludable del auto concepto, la autoestima, la aceptación personal, la seguridad en sí mismo (Velásquez, 2015).

También Triana (2016) indicó que es el amor, cuidado y protección, brindando tiempo de calidad en el que los niños y niñas puedan expresar sus sentimientos y formas de pensar sin perjuicios, y a la par se inculquen pautas de convivencia.

Rol

Según Mendez, Aragón, Lagunes y Loving (2006) los roles son las pautas de relación acordadas en la familia que permite a sus integrantes conocer los roles que les corresponde. Del mismo modo Solorzano y Toro (2016) indicaron que conocer el rol que cumplen cada uno de los integrantes de la familia será importante para tener una mejor visión del funcionamiento familiar, en la cual está organizada según el orden jerárquico en que se disponen sus miembros.

Cada posición le confiere obligaciones y prerrogativas delimitadas por reglas concretas las cuales contribuyen a vincular el funcionamiento de la familia con los fines del grupo familiar.

Permeabilidad

La familia está organizada por límites que forman un perímetro familiar que contiene a sus integrantes, protegiéndolos de las presiones externas, controlando el flujo de información entrante y saliente del contexto familiar y de su entorno, cumpliendo funciones protectoras y reguladoras, con el objeto de mantener unidos al sistema familiar. Sin embargo, de existir resquebrajamientos de estos límites dándose una permeabilidad excesiva, la familia puede perder su identidad e integridad, por el contrario, si es escasa, el sistema familiar se cierra y se aísla (Campoverde, 2015).

2.2. Actitudes

2.2.1. Concepto

Una definición clásica de actitud es la establecida por Allport, quien la considera como “un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones” (Allport, 1935). Asimismo, Ubillos, Mayordomo y Páez (2004) refieren que la actitud es una variable no observable directamente, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos; tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción.

Por otro lado, Kimball Young la definieron como “la tendencia o predisposición, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas” (Edu. Física, 2009).

2.2.2. Componentes de actitud.

Cognoscitivo

La OMS (2017) afirmó que el desarrollo cognitivo son los cambios en el modo de pensar. En los adolescentes la salud y el desarrollo están estrechamente interrelacionados. El desarrollo físico (cambios sexuales y corporales) que se origina durante la adolescencia va seguido de importantes cambios psicosociales que describen a este periodo como una etapa decisiva en el camino hacia la adultez. Un ejemplo de ello es que los cambios físicos inducen a cambios cognitivos y en la pubertad se registra un desarrollo tanto físico como emocional.

Durante la adolescencia se ponen en marcha un conjunto de cambios que perturban decisivamente a la capacidad de pensamiento y de razonamiento de los individuos. La adquisición de esta nueva forma de pensar (más abstracto, complejo, lógico y sistemático) habilita al individuo para afrontar en mejores condiciones las tareas evolutivas de la transformación hacia la edad adulta. Su adquisición está condicionada a la experiencia de procesos educativos que provean su desarrollo, a través de la instrucción de contenidos y propuestas didácticas que favorezcan aprendizajes significativos desde esta perspectiva (Serrano, 2012).

Afectivo

El desarrollo afectivo se refiere a los sentimientos negativos o positivos relacionados con experiencias e ideas; compone la base de la salud mental. El aspecto de los adolescentes puede hacer que las personas crean y esperen que su modo de pensar sea maduro o que es capaz de controlar sus emociones, cuando es probable que esto no sea así (OMS, 2017).

Durante la adolescencia, la persona está sensible a la afectividad (entendida como experiencias interiores en las que motivaciones, emociones y sentimientos se entremezclan de manera confusa). Es más, en contra de lo que totalmente se piensa, el afecto es un sentimiento sobre el estado de la propia conciencia que no se diferencia esencialmente del conocimiento que posee una persona. Es decir, el afecto es una forma muy singular de colocar e interaccionar aspectos cualitativos del conocimiento en relación a las vivencias particulares lo que implica que el conocimiento influye en el desarrollo de la afectividad o ésta, a su vez, es una afirmación del conocer (Gómez, 2012).

Conductual.

La conducta humana es un conjunto de acciones que presenta el hombre a través de su vida en la sociedad. El individuo nace dentro de una sociedad y en ella cumple todas sus actividades, las cuales implican acciones o comportamiento. Existen conductas no visibles directamente como la cognición y emoción, pero sí observables indirectamente, a través de la expresión corporal, reacciones fisiológicas, movimiento, palabra etc. (Tobergte y Curtis, 2013).

La adolescencia es una etapa de tránsito de la infancia a la adultez. El problema continuo entre las distintas actitudes, valores, ideologías y estilos de vida, que identifica la conducta adolescente, se debe a que se vive una situación de transito de un grupo otro. La conducta adolescente resulta de la conformación y del dinamismo del espacio vital: la expansión del campo psicológico, la condición marginal en relación con la niñez y la adultez, así como los cambios físicos (Saavedra, 2004).

La OMS (2017) publicó que, aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, forma también una etapa de riesgos imponentes, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante. Más en concreto, un adolescente no es plenamente capaz de entender conceptos complejos, ni de comprender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de medidas relacionadas con la salud, por ejemplo, decisiones referidas a su conducta sexual.

2.2.2. Teorías de actitud

Teoría de la acción razonada

Se basa en el modelo, la *expectativa-valor*. Según estos modelos, las personas poseen una variedad de creencias asociadas con la actitud, creencias que van desde estimaciones de la probabilidad y deseabilidad de las conductas asociadas con el objeto de actitud hasta las expectativas en relación con lo que sería deseable para los demás. Este modelo describe algunas de las creencias que pueden contribuir a la formación y el cambio de actitudes. Fazio (1990) propuso, que las actitudes guían la conducta a través de procesos psicológicos automáticos. Es decir, en la medida en que una actitud relevante venga a la mente, la correspondiente conducta asociada con dicha actitud es probable que aparezca automáticamente, con poca o ninguna deliberación previa, por parte de la persona. Es decir,

que, según esta perspectiva, una actitud puede guiar la conducta sin necesidad de que medie ningún pensamiento. Las personas no siempre tienen la suficiente confianza en la validez de sus propios pensamientos, lo cual, reduce su impacto en la evaluación general del objeto de actitud (Briñol, Falces, y Becerra, 2007)

2.3. Hábitos de riesgo

2.3.1. Concepto.

En primer lugar, para Rubio (2009) los hábitos son mecanismos estables con lo que se crean destrezas y habilidades. Estos son flexibles, es decir, los podemos modificar. En efecto para Real Academia Española, (2016) refiere que el modo especial de preceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales a semejantes u originado por tendencias instintivos.

Asimismo, para Aristóteles, en el comportamiento moral desempeñan una función fundamental. Cuando los hábitos son buenos o positivos se denominan «virtudes», en cambio, cuando son malos o negativos, reciben el nombre de «vicios». Los vicios nos alejan de nuestro fin y de nuestra felicidad, mientras que las virtudes nos ayudan a conseguirlos. Puesto que para Aristóteles, la virtud “es un hábito selectivo que consiste en un término medio relativo a nosotros, determinado por la razón tal y como lo determinaría una persona prudente” (Pérez, Gómez y Codazzi, 2013).

Un hábito es la consecuencia de una acción que repites continuamente de forma inconsciente. La ventaja de un hábito es que se automatiza, de tal forma que sin pensar se hace (sin motivación y sin fuerza de voluntad). La desventaja es que cualquiera de esos hábitos en la vida probablemente no son saludables y se los estará repitiendo una y otra vez a pesar de que afectan el bienestar. Un hábito poco saludable trae consecuencias negativas a tu salud física, mental, emocional o social (Sanz, 2014).

Los hábitos son factores poderosos en nuestras vidas. Dado que se trata de pautas consistentes, a menudo inconscientes, de modo constante y cotidiano expresan nuestro carácter y generan nuestra efectividad o ineffectividad. Para Horace Mann, “Los hábitos son como hebras. Si día tras día se las trenza en una cuerda, pronto resultará irrompible”. Contrariamente para Covey los hábitos no son irrompibles; es posible quebrarlos, pueden aprenderse y olvidarse. Ya que es una fuerza poderosa, y si se le emplea con efectividad, se

puede utilizar los hábitos para generar la cohesión y el orden necesarios para lograr la efectividad en nuestras vidas (Covey, 2005).

Por un lado, (Levy, 2013) afirmó que el riesgo es la probabilidad de que una amenaza se convierta en un desastre. La vulnerabilidad o las amenazas, por separado, no representan un peligro. Pero si se juntan, se convierten en un riesgo. Sin embargo, los riesgos pueden reducirse o manejarse. La gestión del riesgo no solo nos permite prevenir desastres. También nos ayuda a practicar lo que se conoce como desarrollo sostenible.

Por otro lado, Carballo y Goldberg (2014) afirman que se entiende por riesgo como la probabilidad de que algo potencialmente dañino suceda, es parte de una ecuación en la que se conjuga la amenaza y la vulnerabilidad. Tanto en los procesos sociales, políticos y económicos como los naturales son algunos de los elementos que contribuyen a construir el riesgo.

El riesgo es la exposición a una situación donde hay una posibilidad de sufrir un daño o de estar en peligro. Es esa vulnerabilidad o amenaza a que ocurra un evento y sus efectos sean negativos y que alguien o algo puedan verse afectados por él. Riesgo y peligro no es lo mismo, el riesgo se basa en una posibilidad de resultar afectado o sufrir un daño y el peligro se refiere a probabilidad del daño, es decir es posible que un sujeto o ente sea factible al peligro por consecuencia de un riesgo (Venemedia, 2014).

Riesgo puede denotar un factor que aumenta la probabilidad de un resultado sanitario adverso, una consecuencia, una adversidad, una amenaza, o un factor que aumenta esa probabilidad. La prevalencia del riesgo es la proporción de la población que está expuesta a un determinado riesgo (Chapter, 2002).

2.3.2. Formación de hábitos.

Un hábito puede formarse con cierta inocencia, repitiendo una y otra vez una acción hasta formar una especie de cable prácticamente irrompible. Nadie nace con buenos o malos hábitos, sino que los va a prendiendo hasta conformar un comportamientos que llevamos a todas partes y que operan a nuestro favor o en nuestra contra (Alvarado, Calderón y Ortiz, 2015).

Un hábito bueno o malo se forma por la repetición constante sobre el tiempo. Si una acción es persistente en la práctica, es muy probable que termine por grabarse en el cerebro en forma

de un hábito. Poco a poco sin darnos cuenta lo que hacíamos algunas veces se vuelve cada vez más frecuente, y formamos un hábito. Como se sabe, esta repetición hace que poco a poco el esfuerzo por realizar esa acción disminuya considerablemente, e incluso se logre hacerla sin pensarlo (Sanz, 2014).

A su vez, para Durante y Fábregas (2013) refirieron que todos aquellos hábitos que tienen que ver con la formación integral de la persona, ayudan para su propio trabajo sin necesidad de que el profesor esté recordando a cada momento la forma correcta de hacer cada cosa, sino que la persona los integre a su ritmo de vida. También refiere que la persona está constantemente absorbiendo impresiones del ambiente. Es necesario entonces desarrollar técnicas y herramientas que capitalicen este momento y se adecuen al concepto de mente absorbente.

2.3.3. Tipos de hábitos de riesgo.

Referente a los tipos de hábitos, Garcia (2012) indicó que dentro su clasificación se encuentran entre buenos y malos hábitos. Explico que los malos hábitos es todo aquello que limita el crecimiento, en principio puede resultar muy atractivos, por lo cual resulta fácil adquirirlos principalmente cuando una persona se deja llevar por la satisfacción inmediata y los buenos hábitos permite mejorar, madurar y alcanzar tus objetivos o metas.

Es importante detenernos a revisar qué tipo de patrones de conducta estamos formando. Es necesario ejercer un autocontrol preventivo o decidirse a remediar algo negativo que ya está ocurriendo. Los hábitos saludables nos llevarán a promover la vida y la satisfacción. Pero, al igual que los negativos, todo empieza el día de hoy; hoy podemos comenzar a hacer una diferencia. Aunque aparentemente nos esclavicen, podemos luchar y atacar una y otra vez para eliminar las acciones indeseables y sustituirlas por actos deseables. Sí podemos cambiar un hábito que nos esté llevando o que sin duda nos llevará al fracaso (Alvarado et al., 2015).

Es esencial adquirir ciertos hábitos que pueden ayudar a conservar la salud en la adolescencia, y mantenerlos en la edad adulta, entre ellos tenemos la higiene: lavarse las manos, ducharse esto ayudará a prevenir enfermedades de transmisión, especialmente, sexual. Descanso: dormir al menos 6 horas diarias. Posturas: escoger posturas cómodas, sanas y sostenibles y evitar posiciones viciadas o forzadas para realizar las actividades de la vida diaria. Ejercicio: mantener un hábito de ejercicio regular. Dieta: seguir una alimentación variada, correcta y equilibrada (Herrero y Esquirol, 2016).

2.4. Cáncer cérvico-uterino

2.4.1. Concepto.

Para la OPS (2013), el cáncer cérvico uterino es causado por el VPH que se da mediante la transmisión sexual, es la infección vírica más frecuente del aparato reproductor. Casi todos los individuos sexualmente activos serán infectados por VPH en algún momento de sus vidas, y algunos pueden ser infectados reiteradamente. La mayoría de las infecciones por VPH remiten espontáneamente y no causan síntomas ni enfermedad. Sin embargo, la infección repetida por tipos específicos de VPH puede conducir a lesiones precancerosas.

Igualmente, para el Instituto Nacional del Cáncer (2016) el cáncer de cuello uterino es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos del cuello uterino.

Es el crecimiento anormal de las células que se encuentran en el cuello de la matriz. Al inicio las lesiones son tan pequeñas que no se pueden ver a simple vista y duran así varios años. Cuando el cáncer está en una etapa avanzada se puede ver a simple vista en la exploración ginecológica o causar otras molestias, entre ellas, el sangrado anormal después de la relación sexual, entre los periodos menstruales o después de la menopausia, aumento del flujo de sangrado vía genital con mal olor, dolor de cadera y pérdida de peso; según lo afirmó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS , 2016).

El cáncer cervical es visiblemente una enfermedad multifactorial y los virus del papiloma no son capaces por sí mismos para la inducción del tumor, siendo necesarios otros factores y cofactores agregados como el tabaquismo, algunos microorganismos, deficiencias nutritivas, antioxidantes, retinoides y de modo muy específico la deficiencia del sistema inmunológico, algunos de estos al actuar sinérgicamente podrían en un tiempo de alrededor de 25 años, evolucionar hasta la enfermedad maligna pasando por las lesiones intraepiteliales (Chang y Nápoles, 2006).

2.4.2. Causas que conllevan al riesgo de cáncer cérvico-uterino

Las causas que conllevan al riesgo son diferentes en la cual encontramos, genético. Al respecto, Serrano et al. (2004) indicó que a causa de la integración los genes E6 y E7 se expresan en el cáncer positivo para VPH. También no mencionó que la enfermedad de transmisión sexual facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer

entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH, entre las tantas causas también se encuentra la paridad en la cual refiere que el 80% de las mujeres multíparas corren riesgo debido que pueden presentar lesión intraepiteliales. Por otro lado, Caraballo et al.,(2010) sostuvieron que el sexo anal es otra manera de infección por VPH ya que es común en mujeres sexualmente activas. Puede ser transmitida por coito anal receptivo, y otras formas de transmisión pueden ser la descarga vaginal y el semen infectado, debido a la proximidad de la vagina con el ano y el contacto genital no penetrante, que incluye la manipulación digital y el sexo oral. También que la presencia de nicotina, cotonina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepiteliales les puede ocasionar cáncer cérvico uterino. Por otro lado, señaló la utilización de los métodos anticonceptivos orales constituye otro hábito que les conlleva a contraer cáncer. De igual manera las mujeres con mayor número de compañeros sexuales tienen más riesgo de infectarse por VPH del mismo modo los adolescentes que comienzan su vida sexual a temprana edad se encuentran más vulnerables ya que los tejidos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.

Para El Comercio Perú, la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), es el principal causante del cáncer de cuello uterino y del 98% de las lesiones precancerosas. Este virus se transmite por vía sexual a través de las relaciones sexuales y la masturbación. Para evitar contraer el virus es importante la vacunación temprana. Es así que, el Gobierno del Perú ha iniciado una campaña de vacunación en niñas de quinto y sexto grado, explica Gilmar Grisson, ginecólogo de la Liga Contra el Cáncer; (Alfonso y Martinez, 2015).

2.4.3. Población proclive al cáncer cérvico-uterino.

Como muestra la American Cancer Society (2014) todas las mujeres corren el riesgo de contraer cáncer de cuello uterino. se estima que cada año 12,000 mujeres en los Estados Unidos contraen cáncer de cuello uterino. La causa principal de cáncer de cuello uterino es el virus del papiloma humano (VPH), un virus que se puede transferir de una persona a otra durante las relaciones sexuales. Al menos la mitad de las personas sexualmente activas se infectarán por el VPH en algún momento de su vida, pero pocas mujeres contraerán cáncer de cuello uterino.

Después de todo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (2008) indicó que esta incidencia se ha mantenido a lo largo de las últimas dos décadas. Es frecuente encontrar que la población rural y de áreas urbanas marginales, alrededor del 80 % de las mujeres nunca ha tenido un examen de Papanicolaou. La incidencia pico para carcinoma in situ del cérvix es alrededor de 30 a 35 años, mientras que para el invasivo es cerca de los 50. Por esta razón, los programas de tamizaje concentran sus esfuerzos en el grupo de 30 a 50 años. Pero un factor importante como lo es el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, hace importante priorizar nuestra población para tamizaje, detección y tratamiento de lesiones pre cáncer en el grupo de 25 – 50 años.

El virus papiloma humano (VPH) es una infección de transmisión sexual (ITS) frecuente entre mujeres y hombres, bastante común en población joven, y reconocido como el factor de riesgo más importante para desarrollar cáncer cérvico-uterino. En recientes estudios se encontró entre las edades 17 y 18 años, con una frecuencia referida entre 2 y 3 parejas sexuales. Teniendo en cuenta los hallazgos es importante realizar estudios citológicos y colposcópicos a pacientes menores de 25 años siempre que existan factores de riesgo (Martínez y Sarduy, 2005).

2.4.4. Prevención

Por las mencionadas razones, la OPS (2013) indicó que el principio central de un método completo de prevención y control del cáncer cérvico-uterino radica en actuar durante todo el ciclo vital utilizando la evolución natural de la enfermedad para identificar en los grupos de edad pertinentes las oportunidades de efectuar intervenciones eficaces. A nivel nacional, conviene que el método integral de prevención y control del cáncer cérvico uterino sea multidisciplinario, desde educación comunitaria, la movilización social, la vacunación, la detección y el tratamiento hasta los cuidados paliativos.

Es así que la (OMS, 2015) publicó que actualmente existen dos vacunas que protegen contra los VPH, causantes del 70% de los casos de CCU. Las vacunas pueden conferir cierta protección cruzada frente a otros tipos de PVH menos comunes que también son causa de este cáncer. Una de las vacunas también protege contra los tipos 6 y 11, causantes de verrugas ano genital. Los resultados de los ensayos clínicos muestran que ambas vacunas son seguras y muy eficaces en la prevención de la infección provocada por PVH 16 y 18. Es preferible administrarlas antes del inicio de la vida sexual.

Por otro lado, Tejeda, Velasco y Pastrana (2007) refirieron que las vacunas no sirven para tratar las infecciones por PVH ni las enfermedades asociadas, como el cáncer. Algunos países han empezado a vacunar a los niños, dado que la vacuna previene distintos tipos de cáncer genital tanto en hombres como en mujeres; además, una de las dos vacunas disponibles también previene las verrugas genitales en ambos sexos. La OMS (2015) recomendó que se vacune a las niñas de edades comprendidas entre los 9 y los 13 años, ya que esta es la medida de salud pública más costo eficaz contra el CCU. La vacunación contra los PVH no sustituye a las pruebas de detección del CCU. En los países donde se introduzca la vacuna, podría seguir siendo necesario crear programas de detección o afianzarlos.

3. Modelos teóricos

Al respecto, López y Guerrero (2006) afirmaron que los modelos y teorías son conceptos semejantes que requieren ser adecuadas según las necesidades del trabajo. Protagonizan diferentes puntos de vista y explicaciones sobre la naturaleza de los objetivos, los métodos de enfermería y la forma específica de abordar los sujetos de cuidado. Las teorías plasman los diferentes panoramas de sus autoras sobre la profesión de enfermería, cómo observan la salud, la interacción con el medio ambiente y, en últimas, su dominio social. Cada teoría o modelo conceptual personifican una manera particular de referirse a la práctica de la enfermería.

El trabajo de investigación tiene como referencia las teorías que plantean el autocuidado en la salud de las personas de las siguientes formas:

3.1. *El autocuidado bajo el enfoque de la teoría de Dorothea Oren*

Esta teoría expresa la práctica de actividades que los individuos realizan por sí y para sí mismos, para mantener la vida, la salud y el bienestar. Por tanto, el individuo satisface sus necesidades básicas los cuales garantizan el crecimiento y desarrollo normal, desde la concepción hasta la senectud y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo; las alteraciones o desvíos en el estado de salud llevan a la persona a buscar asistencia médica segura, a atender las consecuencias molestas de una enfermedad; a aceptar una nueva imagen corporal y los cuidados necesarios para fortalecer el auto concepto o asimilar a vivir con la patología) (López y Guerrero, 2006).

Efectivamente, para Gamboa (2000), dentro de las hipótesis de Oren, las necesidades de autocuidado siempre existen; la capacidad y habilidad para satisfacer estas necesidades dependen de las habilidades cognoscitivas y motoras, del nivel emocional, de la edad y de las influencias culturales y familiares del propio individuo o de sus agentes.

Las necesidades de autocuidado fueron fichadas en tres categorías o requisitos, que deben ser satisfechos:

3.2. La promoción de la salud bajo el enfoque de la teoría de Nola Pender.

El modelo de promoción de la salud presentado por Pender es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están separados en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud (Giraldo et al., 2003).

Por lo tanto, la concepción de la salud, en la perspectiva de Pender, parte de un componente crecientemente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida.

Para Pender, se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la acción razonada: Originalmente basada en Ajzen y Fishben, y que explica que el mayor determinante de la conducta es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la acción planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la teoría social-cognitiva de Albert Bandura en la cual se plantea que la autoeficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida

como “Los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la autoeficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Para concluir es necesario resaltar el aporte de Pender en el modelo de Promoción de la Salud, quien retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, debido a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

4. Definición de términos

4.1. *Funcionamiento familiar*

El funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de 7 dimensiones: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles, adaptabilidad (González, Berna y Vea, 1997).

4.2. *Actitudes*

Kimball Young las definen como “la tendencia o predisposición, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas” (Revista Edu. Física, 2009).

4.3. *Hábitos de riesgo.*

Los hábitos son mecanismos estables con lo que se crean destrezas y habilidades. Estos son flexibles, es decir, modificables (Rubio, 2009).

4.4. *Cáncer cérvico uterino.*

Es el crecimiento anormal de las células que se encuentran en el cuello de la matriz uterina, es causado por el VPH que se transmite mediante relaciones sexuales. Es la infección vírica más frecuente del aparato reproductor femenino (OPS, 2013).

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación.

Este estudio fue de enfoque cuantitativo porque proporcionó datos sobre propiedades que indican una característica numérica; estas pueden contarse y medirse, (Pérez, Molina y Lechuga, 2014) de diseño correlacional porque describen relaciones de las variables en un momento determinado en relación causa - efecto (Sampieri, Collado y Lucio, 2010) y con un corte transversal porque buscó describir y cuantificar la distribución de determinadas variables en una población en un momento dado (Varkevisser, Pathmanathan, y Brownlee, 2011).

2. Variables de la investigación

2.1. Funcionamiento familiar

Se entiende por funcionalidad a la buena dinámica familiar que existe entre sus miembros, en la cual cada uno obtiene su propia identidad.

2.2. Actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino

Comportamiento que adquiere la persona debido su formación o por la misma influencia de la sociedad, hacia los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino.

2.3. Operacionalización de las variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición
Funcionamiento familiar	Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia (Santi, 2000).	Se entiende por funcionalidad a la buena dinámica familiar que existe entre sus miembros, en la cual cada uno obtiene su propia identidad. Para medir esta variable se utilizó el instrumento FF-SILL.	- Cohesión - Armonía - Comunicación - Permeabilidad - Afectividad - Roles - Adaptabilidad	- Ítems 1 y 8 - Ítems 2 y 13 - Ítems 5 y 11 - Ítems 7 y 12 - Ítems 4 y 14 - Ítems 3 y 9 - Ítems 6 y 10	- Siempre - Muchas veces - A veces - Pocas veces - Nunca
Actitudes sobre hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino	Kimball Young la define como “la tendencia o predisposición, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas” (Edu. Física, 2009).	Comportamiento que adquiere la persona durante su formación o por la misma influencia de la sociedad. Para medir esta variable se utilizó el instrumento SKAT.	-Afectivo -Cognoscitivo -Conductual	- Ítems 1 - 13 -Ítems 14 - 26 -Ítems 27- 40	-Totalmente de acuerdo -De acuerdo -Ni de acuerdo ni desacuerdo -En desacuerdo -Totalmente desacuerdo.

3. Hipótesis de la investigación

3.1. Hipótesis general.

H_i: Existe relación entre funcionamiento familiar y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la institución educativa Edelmira del Pando.

H₀: No existe relación entre funcionamiento familiar y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la institución educativa Edelmira del Pando.

3.2. Hipótesis específicas.

H_{i1}: Existe relación entre la dimensión “cohesión familiar” y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la institución educativa “Edelmira del Pando”.

H₀₁: No existe relación entre la dimensión “cohesión familiar” y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la institución educativa Edelmira del Pando.

H_{i2}: Existe relación entre la dimensión “armonía familiar” y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la institución educativa “Edelmira del Pando”.

H₀₂: No existe relación entre la dimensión “armonía familiar” y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la institución educativa “Edelmira del Pando”.

H_{i3}: Existe relación entre la dimensión “comunicación familiar” y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la institución educativa “Edelmira del Pando”.

Ho₃: No existe relación entre la dimensión “comunicación familiar” y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la institución educativa “Edelmira del Pando”.

Hi₄: Existe relación entre la dimensión “adaptabilidad familiar” y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la institución educativa “Edelmira del Pando”.

Ho₄: No existe relación entre la dimensión “adaptabilidad familiar” y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la institución educativa “Edelmira del Pando”.

Hi₅: Existe relación entre la dimensión “afectividad familiar” y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la institución educativa “Edelmira del Pando”.

Ho₅: No existe relación entre la dimensión “afectividad familiar” y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la institución educativa “Edelmira del Pando”.

Hi₆: Existe relación entre la dimensión “rol familiar” y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la institución educativa “Edelmira del Pando”.

Ho₆: No existe relación entre la dimensión “rol familiar” y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la institución educativa “Edelmira del Pando”.

Hi₇: Existe relación entre la dimensión “permeabilidad familiar” y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la institución educativa “Edelmira del Pando”.

Ho₇: No existe relación entre la dimensión “permeabilidad familiar” y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundario de la institución educativa “Edelmira del Pando”.

4. Delimitación geográfica y temporal

La Institución Educativa Edelmira del Pando pertenece a la UGEL N° 6 a cargo del Director. Se encuentra ubicada en la Carretera Central S/N del distrito de Ate Vitarte, provincia de Lima, departamento de Lima. Es una institución estatal, secundaria y estrictamente de mujeres, con turnos continuos mañana y tarde, cuenta con docentes profesionales capaces de brindar una educación de calidad lo cual ha servido para formar alumnos modelos capaces de liderar. En la gestión anterior se gestionó la regularización mediante R.D. N° 02925 la cual es denominada Institución Educativa de Mujeres Edelmira del Pando y por acuerdo de Concejo de la Municipalidad de Ate N° 025 de fecha 4/4/2007, es declarada "Institución Educativa Emblemática". Con una infraestructura sólida con cuatro laboratorios de cómputo y 25 aulas y con equipos de última tecnología. En la actualidad la I.E.E. Edelmira del Pando alberga a 1,114 alumnas en ambos turnos, más de un centenar de trabajadores entre docentes, administrativos y técnicos.

5. Participantes

5.1. Población.

La población general estuvo constituida por 1,114 estudiantes de la institución educativa "Edelmira del Pando" de Ate Vitarte. En los turnos mañana y tarde entre los 13 - 17 años, de 1ro - 5to grado del nivel secundario.

5.2. Muestra.

La muestra estuvo constituida por 284 alumnas de 14 - 17 años de edad de 4to y 5to grado del turno de la tarde. La selección de la muestra se realizó mediante el muestreo probabilístico a través de la fórmula estadística y considerando criterios de inclusión y exclusión.

Fórmula de muestreo

$$n = \frac{N (z)^2 p.q}{e^2 (N-1) + z^2 p.q} = \frac{n = 1114 (1.96)^2 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 (1114 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = n = 285$$

5.2.1. Criterios de inclusión y exclusión

Para identificar las unidades de análisis se utilizaron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de inclusión:

- Estudiantes matriculados.
- Que acepten participar del estudio.
- De 4to y 5to grado del nivel secundario.

Criterio de exclusión:

- Estudiantes ausentes.
- De intercambio.
- Que abandonaron el año escolar.

5.2.2. Características de la muestra

En la tabla 1 se observa que del 100% de los adolescentes encuestados, el 44,4% tenían 16 años de edad, el 52,5% eran del 4to año, en la cual 88,7% solo se dedicaban a estudiar, el 82% eran procedentes de la costa, además, el 90,1% indicó que vivía con sus padres y el 54,2% manifestaron que no tenían enamorado.

Tabla 1

Características sociodemográficas

Variable	Escala	n	%
Edad	14	12	4,2
	15	109	38,4
	16	126	44,4
	17	37	13,0
Grado Escolar	4to año	149	52,5
	5to año	135	47,5
Situación Laboral	Solo estudia	252	88,7
	Estudia y trabaja	32	11,3
Procedencia	Costa	233	82,0
	Selva	41	14,4
	Sierra	10	3,5
Vive con padres	Si	256	90,1
	No	28	9,9
Tipo de familia	Nuclear	182	64,1
	Monoparenteral	54	19,0
	Extendida	48	16,9
Tiene enamorado	Si	130	45,8
	No	154	54,2

6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

6.1. *Funcionamiento familiar (FF-SIL)*

El cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) fue elaborado en el año 1994 por Pérez, Cuesta, Louro y Bayarre. Dicho instrumento permite identificar el funcionamiento familiar a través de la percepción de uno de los miembros. Tiene las siguientes dimensiones: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad.

El estudio de la confiabilidad se realizó a través del cálculo del coeficiente de confiabilidad del cual se obtuvo un coeficiente igual a 0.945.

Para evaluar las áreas de funcionamiento funcional se utilizó la escala de Likert clasificada en siempre (5), muchas veces (4), a veces (3), pocas veces (2), nunca (1). El puntaje se clasificó en familia funcional de 70 a 57 puntos, familia moderadamente funcional de 43 a 56 puntos, familia disfuncional 28 a 42 puntos, familia severamente disfuncional 14 a 27 puntos.

Dicho instrumento fue aplicado en Perú por las Bachiller en Enfermería, Carballo y-Lezcano de la Universidad Nacional De San Martín, en la aplicación de su tesis titulada Funcionamiento Familiar y Rendimiento Académico en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa 0292-Tabalosos. marzo 2011 y abril 2012.

6.2. *El Sexual Knowledge and Attitude Test for Adolescents (SKAT)*

La Prueba de Conocimiento y Actitud por Sexo (SKAT) fue desarrollada por Miller y Lief para medir los conocimientos, actitudes y el grado de experiencia en una variedad de comportamientos sexuales y para ser utilizado como un instrumento de enseñanza y de investigación.

El SKAT fue administrado a más de 35.000 estudiantes, aproximadamente dos tercios de los cuales han sido los estudiantes de medicina de USA.

Este instrumento constó de 40 sentencias (opiniones, juicios, conocimientos y sentimientos) que se traducen en comportamientos relacionados con promiscuidad, inicio precoz de relaciones sexuales, abortos, consumo de tabaco, masturbación, consumo de carnes rojas, higiene femenina, partos a temprana edad.

Para evaluar las áreas de SKAT se utilizó la escala de Likert clasificada en totalmente de acuerdo (5), de acuerdo (4), ni de acuerdo ni desacuerdo (3), en desacuerdo (2), totalmente desacuerdo (1). El puntaje se clasificó en: actitud comportamental consistente de 27 a 40 puntos, actitud comportamental poco consistente de 14 a 26 puntos, actitud comportamental nada consistente de 1 a 13 puntos.

Confiabilidad del Instrumento

El método que se utilizó para comprobar la confiabilidad del cuestionario de SKAT fue el Alfa de Cronbach. Se trata de un índice de constancia interna que toma valores entre 0 y 1, la cual sirve para comprobar si el instrumento recopila información defectuosa y, por tanto, nos llevaría a conclusiones equivocada, o si no se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes. Alfa es, por tanto, un coeficiente de correlación al cuadrado que, a grandes rasgos, mide la homogeneidad de las preguntas promediando todas las correlaciones entre los ítems para ver que efectivamente, se aproximan.

El cuestionario de SKAT presentó un α de 0.759 indicando que es un instrumento que funciona consistentemente, si al aplicarlo por observadores independientes o en mediciones diferentes siempre habrá la seguridad de que los resultados sean consistentes entre las diferentes dimensiones de las variables. También se obtuvieron la confiabilidad por dimensión: cognoscitivo (0.728), afectivo (0.760), conductual (0.702).

7. Proceso de recolección de datos

Después de obtener la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud para la ejecución del presente estudio, se envió una carta de solicitud dirigida al director de la Institución Educativa Edelmira del Pando, para iniciar la ejecución del proyecto de investigación.

Con la previa autorización del director de la Institución Educativa Edelmira del Pando, se procedió a la recolección de datos, en coordinación con el subdirector y auxiliar encargados del turno al momento en que se efectuó la aplicación de los instrumentos.

La aplicación de los instrumentos estuvo a cargo de las investigadoras y se realizó en el mes de noviembre del 2016. Una vez identificadas las alumnas correspondientes, se le invitó a participar del estudio, informándole verbalmente el objetivo, la confidencialidad de los resultados y del consentimiento informado, pidiendo la veracidad en sus respuestas. Las

encuestas se aplicaron a las alumnas del 4to y 5to grado del nivel secundario durante 20 minutos.

8. Procesamiento y análisis de datos.

El procesamiento de datos se inició con el ingreso de los datos al paquete estadístico SPSS 22. Se realizó la limpieza de datos verificando la fiabilidad del instrumento.

Para el análisis descriptivo se utilizaron las tablas de distribución de frecuencias y para la estadística inferencial la prueba tau-b de Kendall, que es una medida no paramétrica de asociación para datos ordinales (Zúñiga, 2012).

9. Consideraciones éticas

Durante el proceso del estudio se consideraron los principios éticos pertinentes, y se respetó la autonomía de los participantes.

Según Ley general de salud No 26842 “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo de la persona llamada legalmente a darlo” (Capítulo I, artículo 4).

En materia de investigación para la salud, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, protección de sus derechos, su bienestar y su privacidad (artículo 13 y 16).

Se elaboró un consentimiento informado en el cual se explicó el objetivo del trabajo, la confiabilidad y el anonimato de la persona al participar, así mismo se explicó que la información que se recoja no se usará para ningún propósito fuera de los de la investigación y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio. Se entregó por escrito al sujeto de investigación quien recibió explicación clara y completa para el desarrollo de los cuestionarios.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

Tabla 2

Relación entre funcionamiento familiar y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4to y 5to grado del nivel secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, Ate Vitarte, 2016.

		Actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino			Total
		Actitud nada consistente	Actitud poco consistente	Actitud consistente	
Funcionamiento familiar	Familia severamente disfuncional	0 0.0%	1 0.4%	2 0.7%	3 1.1%
	Familia disfuncional	1 0.4%	14 4.9%	39 13.7%	54 19.0%
	Familia moderadamente funcional	0 0.0%	51 18%	102 35.9%	153 53.9%
	Familia funcional	0 0.0%	29 10.2%	45 15.8%	74 26.1%
	Total	1 0.4%	95 33.5%	188 66.2%	284 100%

*Tau-b de Kendall = - ,071; p = 0,205

Se observa que del 100% de los encuestados, el 35,9% detallan tener una familia moderadamente funcional e indican tener una actitud consistente respecto a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino. Por otro lado, el 0,4% de estudiantes que manifiestan tener una familia disfuncional presentaron una actitud nada consistente frente a estos hábitos. Con respecto a la relación entre variables, se observa que el estadístico Tau b Kendall evidencia un coeficiente de correlación de -0,071 y un p - valor de 0,205, siendo éste mayor a 0,05, lo que permite rechazar la H_a y aceptar la H_0 , por lo que queda demostrado que no existe relación entre el funcionamiento funcional y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiante de 4to y 5to del nivel secundario de la Institución Edelmira del Pando

Tabla 3

Funcionamiento familiar en estudiantes de 4to y 5to de grado del nivel secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, Ate Vitarte, 2016.

Funcionamiento familiar	N	%
Familia severamente disfuncional	3	1,1
Familia disfuncional	54	19
Familia moderadamente funcional	153	53,9
Familia funcional	74	26,1
Total	284	100

Se observa que del 100% de los encuestados, el 53,9% pertenecen a una familia moderadamente funcional, por otro lado, el 26,1% tienen una familia funcional. Además, el 19% indicó tener una familia disfuncional y el 1,1% señaló pertenecer a una familia severamente disfuncional.

Tabla 4

Actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4to y 5to grado del nivel secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, Ate Vitarte, 2016.

Actitud frente a los hábitos de riesgo	N	%
Actitud nada consistente	1	0,4
Actitud poco consistente	95	33,5
Actitud consistente	188	66,2
Total	284	100

Se observa que del 100% de los encuestados, el 66,2% señaló tener una actitud consistente. Asimismo, el 33,5% posee una actitud poco consistente y el 0,4% tienen una actitud nada consistente.

Tabla 5

Relación entre la dimensión “cohesión familiar” y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4yo y 5to grado del nivel secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, Ate Vitarte, 2016.

		Actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino			Total
		Actitud nada consistente	Actitud poco consistente	Actitud consistente	
Cohesión	Familia severamente disfuncional	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	Familia disfuncional	0 0.0%	12 4.2%	25 8.8%	37 13%
	Familia moderadamente funcional	1 0.4%	50 17.6%	107 37.7%	158 55.6%
	Familia funcional	0 0.0%	33 11.6%	56 19.7%	89 31.3%
	Total	1 0.4%	95 33.5%	188 66.2%	284 100%

*Tau-b de Kendall = -,039; p=0,495

En la tabla 3 se muestra que del 100% de la población, el 37,7% refiere tener una familia moderadamente funcional en la dimensión de cohesión, la cual poseen una actitud consistente respecto a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino. Asimismo, el 0,4% del mismo grupo familiar conservan una actitud nada consistente. Al haber aplicado la prueba estadística Tau b Kendall esta señaló un coeficiente de correlación -0,039 y un p- valor de 0,495 demostrando que no existe relación entre la dimensión de cohesión y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiante de 4to y 5to del nivel secundario de la Institución Edelmira del pando.

Tabla 6

Relación entre la dimensión “armonía familiar” y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4to y 5to grado del nivel secundario de la Institución Educativa Educativa Edelmira del Pando, Ate Vitarte, 2016.

		Actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino			Total
		Actitud nada consistente	Actitud poco consistente	Actitud consistente	
Armonía	Familia severamente disfuncional	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	1 0.4%
	Familia disfuncional	0 0.0%	15 5.3%	32 11.3%	47 16.5%
	Familia moderadamente funcional	1 0.4%	51 18%	110 38.7%	162 57.0%
	Familia funcional	0 0.0%	28 9.9%	46 16.2%	74 26.1%
		1 0.4%	95 33.5%	188 66.2%	284 100%
	Total				

*Tau-b de Kendall = -,034; p=0,544

Se muestra que del 100% de la población, el 38,7% señaló tener una familia moderadamente funcional en la dimensión armonía y reflejan una actitud consistente respecto

a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino, por otro lado, el 0,4% de encuestados poseen una familia severamente disfuncional y una actitud poco consistente. Con respecto a la prueba estadística Tau b Kendall señala un coeficiente de correlación -0,034 y un p- valor de 0,544 demostrando que no existe relación entre la dimensión de armonía y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiante de 4to y 5to del nivel secundario de la Institución Edelmira del Pando.

Tabla 7

Relación entre la dimensión “comunicación familiar” y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4to y 5to grado del nivel secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, Ate Vitarte, 2016.

		Actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino			Total
		Actitud nada consistente	Actitud poco consistente	Actitud consistente	
Comunicación	Familia severamente disfuncional	0 0.0%	3 1.1%	1 0.4%	4 1.4%
	Familia disfuncional	0 0.0%	12 4.2%	44 15.5%	56 19.7%
	Familia moderadamente funcional	1 0.4%	59 20.8%	101 35.6%	161 56.7%
	Familia funcional	0 0.0%	21 7.4%	42 14.8%	63 22.2%
Total		0 0.0%	95 33.5%	188 66.2%	284 100%

*Tau-b de Kendall = -,047; p=0,405

Se observa que del 100% de la población en estudio el 35,6% refieren tener una familia moderadamente funcional en la dimensión de comunicación y establecen una actitud consistente referente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino, del mismo modo, el 0,4% del mismo grupo familiar muestran una actitud nada consistente. En cuanto a la relación

de las variables se observa que la prueba estadística Tau b Kendall señala un coeficiente de -0,047 y un p- valor de 0,405 demostrando que no existe relación entre la dimensión de comunicación y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiante de 4to y 5to del nivel secundario de la Institución Edelmira del Pando

Tabla 8

Relación entre la dimensión “permeabilidad familiar” y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino en estudiantes de 4to y 5to grado del nivel secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, Ate Vitarte, 2016.

		Actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino			Total
		Actitud nada consistente	Actitud poco consistente	Actitud consistente	
Permeabilidad	Familia severamente disfuncional	0 0.0%	0 0.0%	2 0.7%	2 0.7%
	Familia disfuncional	0 0.0%	16 5.6%	44 15.5%	60 21.1%
	Familia moderadamente funcional	1 0.4%	56 19.7%	120 42.3%	177 62.3%
	Familia funcional	0 0.0%	23 8.1%	22 7.7%	45 15.8%
	Total	1	95	188	284

*Tau-b de Kendall = -,148; p=0,009

La Tabla 6 evidencia que del 100% de los encuestados de la dimensión permeabilidad el 42,3% señalan tener una familia moderadamente funcional y una actitud consistente, sin embargo, 0.4% actitud comportamental nada consistente referente a hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino. Con respecto a la relación de las variables se demuestra que la prueba estadística Tau b Kendall señala un coeficiente de -,148 y un P- valor de 0,009, pues el nivel de significancia es menor a 0.05, deduciéndose que existe relación entre la dimensión de permeabilidad y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiante de 4to y 5to del nivel secundario de la Institución Edelmira del Pando.

Tabla 9

Relación entre la dimensión “afectividad familiar” y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4to y 5to grado del nivel secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, Ate Vitarte, 2016.

		Actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino			Total
		Actitud nada consistente	Actitud poco consistente	Actitud consistente	
Afectividad	Familia severamente disfuncional	0 0.0%	2 0.7%	1 0.4%	3 1.1%
	Familia disfuncional	1 0.4%	54 19%	81 28.5%	136 47.9%
	Familia moderadamente funcional	0 0.0%	36 12.7%	103 36.3%	139 48.9%
	Familia funcional	0 0.0%	3 1.1%	3 1.1%	6 2.1%
	Total	1 0.4%	95 33.5%	188 66.2%	284 100%

*Tau-b de Kendall = -,141; p=0,016

La Tabla 7 evidencia que del 100% de los encuestados de la dimensión afectividad el 36,3% indica tener una familia moderadamente funcional y una actitud consistente, de igual modo, 0,4% posee una familia disfuncional en la cual tienen actitud nada consistente respecto a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino. Con respecto a la relación de las variables se demuestra que la prueba estadística Tau b Kendall señala un coeficiente de -,141 y un P- valor de 0,16, pues el nivel de significancia es menor a 0.05, deduciéndose que existe relación entre la dimensión de afectividad y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiante de 4to y 5to del nivel secundario dela Institución Edelmira del Pando.

Tabla 10

Relación entre la dimensión “rol familiar” y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4to y 5to grado del nivel secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, Ate Vitarte, 2016.

		Actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino			Total
		Actitud nada consistente	Actitud poco consistente	Actitud consistente	
Roles	Familia severamente disfuncional	0 0.0%	2 0.7%	1 0.4%	3 1.10%
	Familia disfuncional	0 0.0%	13 4.6%	35 12.3%	48 16.90%
	Familia moderadamente funcional	1 0.4%	55 19.4%	121 42.6%	177 62.3%
	Familia funcional	0 0.0%	25 8.8%	31 10.9%	56 19.70%
	Total	1 0.4%	95 33.5%	188 66.2%	284 100%

*Tau-b de Kendall = -,093; p=0,101

La Tabla 8 demuestra que del 100% de los encuestados de la dimensión roles el 42,6% señalan tener una familia moderadamente funcional y una actitud comportamental consistente, por lo tanto, el 0.4% tienen una familia moderadamente funcional y demuestran una actitud nada consistente con respecto a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino. Con respecto a la relación de las variables se demuestra que la prueba estadística Tau b Kendall señala un coeficiente de -,093 y un P- valor de 0,101, pues el nivel de significancia es mayor a 0.05, deduciéndose que no existe relación entre la dimensión de roles y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiante de 4to y 5to del nivel secundario dela Institución Edelmira del Pando.

Tabla 11

Relación entre la dimensión “adaptabilidad familiar” y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4to y 5to grado del nivel secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, Ate Vitarte, 2016.

		Actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino			Total
		Actitud nada consistente	Actitud poco consistente	Actitud consistente	
Adaptabilidad	Familia severamente disfuncional	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	Familia disfuncional	0 0.0%	10 3.5%	25 8.8%	35 12.3%
	Familia moderadamente funcional	1 0.4%	58 20.4%	122 43%	181 63.7%
	Familia funcional	0 0.0%	27 9.5%	41 14.4%	68 23.9%
	Total	1 0.4%	95 33.5%	188 66.2%	284 100%

*Tau-b de Kendall = -,0071; p=0,217

La Tabla 9 se prueba que del 100% de los encuestados de la dimensión adaptabilidad el 43,0% indica tener una familia moderadamente funcional y una actitud consistente, de igual modo, el 0.4% del mismo grupo familiar tienen actitud nada consistente respecto a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino. Con respecto a la relación de las variables se demuestra que la prueba estadística Tau b Kendall señala un coeficiente de -,0071 y un P- valor de 0,217, pues el nivel de significancia es mayor a 0.05, deduciéndose que no existe relación entre la dimensión de adaptabilidad y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiante de 4to y 5to del nivel secundario de la Institución Edelmira del Pando.

2. Discusión

El funcionamiento familiar en el Perú es preocupante desde el ámbito de la formación de las familias, ya que tanto en la nuclear como en la extensa se puede dar la ausencia de uno o ambos progenitores. En este contexto el adolescente se torna vulnerable a la influencia social, puesto que en determinadas circunstancias podrían generar conductas de riesgo o ausencia de factores protectores en su desarrollo (Palomino, Nakamura, y Silva , 2009). Diversos estudios indican que existe un mayor número de casos de comportamientos anormales debido al mal funcionamiento familiar que a los de origen biológico. Por lo tanto se puede aseverar que la familia es el principal factor del mantenimiento de conductas anormales (Millan y Serrano, 2002).

Para Carreño, Loredó, y Soto (2012) el comportamiento inadecuado en la adolescencia puede tener repercusiones durante toda la vida; el acceso de información sexual dispersa, la mayor libertad y el desconocimiento de las consecuencias de una actividad sexual sin protección, llevan a los adolescentes a incurrir en prácticas de riesgo para la salud. A sí mismo el uso incorrecto del preservativo o la ausencia del mismo en todas las relaciones sexuales predisponen al contagio de transmisión sexual.

Seguidamente Lavielle et al. (2013) refiere que la adolescencia es la etapa de la vida en la que se presentan grandes cambios físicos, psicosociales y cognitivos y se determina la forma de comportarse en la vida adulta. Entre estos cambios destaca la adquisición de habilidades para la independencia sexual, lo que permitirá la consolidación del desarrollo psicosexual saludable. Por otro lado (Zarate, 2003) indica que en esta etapa los adolescentes suelen tomar decisiones personales que pueden tener consecuencias a largo plazo, razón por la que necesitan mayor orientación por parte de la familia.

Los hallazgos encontrados en el estudio revelan que no existe relación significativa el funcionamiento familiar y las actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino con un p-valor de 0,205. De igual manera los datos descriptivos señalaron que del 35,9% de jóvenes que indicaron tener una familia moderadamente funcional presentaron una actitud consistente en relación a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino, por otro lado, solo un 0,4% con una familia disfuncional manifestaron una actitud nada consistente. Resultados parecidos reportaron Castillo, Foster, y Gutiérrez (2012) en su trabajo "Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco" donde el 44,4%

de los adolescentes que ya habían iniciado relaciones sexuales se encontraron dentro de las familias moderadamente funcionales y el 26,7% funcional.

De igual manera Aguilar (2014) resalta en su estudio “funcionamiento familiar y su relación con las conductas de riesgo en adolescentes del nivel secundario, Institución Educativa Enrique Paillardelle, Tacna” que el 24,9% de los adolescentes con familias disfuncionales y severamente disfuncionales ya habían iniciado su actividad sexual, mientras que el 11,1% aún no se habían iniciado.

Según la OMS (1995) los adolescentes tienden a ocultar sus impulsos y conductas sexuales, lo que hace más difícil la comunicación acerca del desarrollo sano de la sexualidad y limita la existencia de relaciones afectuosas y responsables entre los jóvenes, familiares y personal sanitario para abordar este aspecto tan importante de la vida. Es así que al personal sanitario le cuesta abordar con mayor soltura temas de sexualidad que aún en la actualidad siguen siendo controversiales (Citado por Rodríguez y Álvarez , 2006).

Desde un enfoque de la atención primaria en salud, Moldenhauer y Ortega (2004) resaltan que “los equipos de salud nos vemos también involucrados en este período; por lo mismo debemos reconocer las falencias que existen en nuestros establecimientos para enfrentar los cuestionamientos, dudas y rebeliones de esta especial población. El solo hecho que como grupo humano sintonicemos en una sola línea de orientación y evitando ser influenciados por opiniones, ideas o respuestas personales que solo logran que el adolescente aumente sus dudas y desinformación puede marcar la diferencia en el crecimiento personal y sano desarrollo sexual”.

Por otro lado Guzón y Castañeda (2011) refiere que es común que el adolescente mienta para ocultar la verdad, por lo general es un intento por cubrir comportamientos prohibidos y, en ocasiones, hasta peligrosos. Recientemente, un estudio realizado por el Instituto Josephson de Ética en Estados Unidos, mostró que el 80% de los estudiantes de preparatoria encuestados admitió haber mentido a sus padres sobre algo "significativo" en el último año. En la adolescencia es muy común que los jóvenes no controlen sus impulsos, hagan cosas pensando en su bienestar temporal y luego mientan al respecto.

En relación a la muestra de estudio, hay que resaltar que todos los adolescentes fueron del sexo femenino. Según Royuela, Rodríguez, Marugán y Carbajosa (2015) son los varones los que suelen tener más parejas ocasionales y adoptan mayores riesgos que las chicas. En cambio, las chicas suelen tener relaciones sexuales en el marco de una relación estable y asociada a una relación de amor y confianza.

Y es que chicos y chicas viven la sexualidad de modo esencialmente diferente, a pesar de que en los últimos años parecen haberse diluido algo esas diferencias. Las mujeres asocian la actividad sexual más a los afectos, la intimidad y el compromiso que los varones. De hecho, suelen tener menos parejas y dar un significado afectivo y social más fuerte a la pareja que han tenido o tienen. Otra característica que las distingue es que piensan menos explícitamente en la sexualidad (Bermúdez, Teva y Buela, 2009).

Por último Martín (2013) señala que los hombres alcanzan su mayor deseo sexual en los años de la adolescencia y que con el pasar de los años se normalizan y tranquiliza conforme, mientras tanto las mujeres tiene más claro lo que buscan e inhiben su sexualidad.

En relación a la variable factores de riesgo de cáncer cérvico uterino estudios en Latinoamérica, mencionan que la mujer es la más vulnerable frente al cáncer, pues el 65% de dicha población, presenta una tasa de mortalidad alta (Rojas, 2015). De igual manera Carreño et al. (2012) refieren que los factores culturales tales como costumbres y tradiciones nos enseñan que es un tabú hablar de sexualidad y pocas son las familias que conversan sobre este asunto con sus hijos, por miedo a incitarlos o inducirlos a las prácticas sexuales.

Además, Iñiguez, Cisneros y Delgadillo (1998) revelan que el inicio temprano de las relaciones sexuales se ha asociado, en numerosos estudios, con el incremento en el riesgo de padecer cáncer cervical: esa relación se ha explicado con base en la consideración de que la zona de transformación del epitelio cervical, la más proliferativa durante la pubertad y la adolescencia (el llamado “periodo vulnerable”), es especialmente susceptible a alteraciones que pueden ser inducidas por agentes transmitidos sexualmente, entre ellos el VPH. Lo anterior es congruente con la idea de que las infecciones por VPH durante la adolescencia tienen una probabilidad más alta de convertirse en infecciones crónicas y que implican un mayor riesgo de contraer cáncer cervical. Ese riesgo se reduce al postergar el inicio de las relaciones sexuales

De igual manera Chang y Nápoles (2006) refieren que las actitudes y conductas de los adolescentes se convierten en una bomba de tiempo y es la mayor amenaza para la salud de los adolescentes, aunque algunos de estos factores son atribuibles a sus características biológicas; esto incluye el riesgo de infertilidad, cáncer y muerte.

Un resultado interesante hallado en el estudio fue que existe relación significativa entre los hábitos de riesgo de cáncer de cáncer cérvico uterino y la dimensión de afectividad con un p-valor de 0,016 (tabla 9). Del mismo los datos mostraron que el 36,3% del adolescente que

indicó tener una familia moderadamente funcional manifestó una actitud consistente frente a los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino, sin embargo, solo el 0.4% con una familia disfuncional manifestó una actitud poco consistente.

Oliva (2006) en su estudio “Relaciones familiares y desarrollo adolescente en España” informó que el afecto explica el 26% de la varianza conductual de niños y adolescentes; cabe destacar la enorme continuidad de su presencia en las relaciones parento-filiales durante la infancia y la adolescencia, ya que aquellos niños y niñas que sostiene intercambios cálidos y afectuosos con sus padres son quienes mantiene una relación más estrecha cuando llegan a la adolescencia. Del mismo modo Sotomayor et al. (2014) en su artículo “análisis sobre la estructura, satisfacción y dinámica de la familia” reveló que el 63,8% de los adolescentes provenían de una familia nuclear mientras que el 21,7% de una familia mono parenteral, asimismo el 74,1% de los adolescentes indicó sentirse satisfecho con su familia, 39,8% señaló que existía una comunicación apropiada entre los miembros de su familia y 40% tenía una expresión funcional del afecto. Tanto para Oliva como Sotomayor afirman que la afectividad es la dimensión más relevante a la hora de definir las relaciones entre padres y adolescentes sin importar en que familia se encuentren.

Así pues, en la dimensión permeabilidad en relación a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino en adolescentes se encontró relación significativa con un p-valor de 0009, donde el 42,3% de los adolescentes que señalaron tener una familia moderadamente funcional y manifestaron una actitud consistente.

Como todo sistema, la familia está organizada por límites que forman un perímetro familiar que contiene a sus integrantes, protegiéndolos de las presiones externas, controlando el flujo de información entrante y saliente del contexto familiar y de su entorno, cumpliendo funciones protectoras y reguladoras, con el objeto de mantener unidos al sistema familiar. Sin embargo, de existir resquebrajamientos de estos límites dándose una permeabilidad excesiva, la familia puede perder su identidad e integridad, por el contrario si es escasa, el sistema familiar se cierra y se aísla (Campoverde, 2015).

Por esta razón Valgañón (2014) afirma que a medida que las familias reconstituidas disminuyen su permeabilidad, se comportan con dureza y escasa aceptación del cambio, los chicos empobrecerían sus alternativas de evolución prospera. Las fronteras, es decir, los intercambios de la familia con el sistema social, son sumamente cerradas y se corrige cualquier desviación de la norma establecida por el grupo familiar. No habría permeabilidad ante los requerimientos individuales o del grupo. Las influencias externas son temidas y vividas de

manera amenazante. La evolución de la familia es negativa, el paso del tiempo desmejora las relaciones y los vínculos.

Los hallazgos encontrados en la investigación indican que no existe relación significativa entre la dimensión cohesión y los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino con un p-valor de 0,495 (ver tabla 5). De igual manera los datos descriptivos indican que el 37,7% de los encuestados que presentaron una familia moderadamente funcional indicaron una actitud consistente frente a las conductas de riesgo de cáncer cérvico uterino y solo el 0,4% del mismo grupo familiar manifestó una actitud nada consistente.

Contrariamente en una investigación realizada en Lima se encontró que el 50,22 % de los adolescentes presenta una cohesión baja con pertenencia a una familia disfuncional; ello indica la existencia de una extrema separación emocional, donde cada miembro de la familia se muestra independiente y no dispone de tiempo para sociabilizar; en consecuencia los adolescentes se encuentran vulnerables a los problemas sociales con respecto a sus conductas y hábitos de riesgo (Palomino et al., 2009), además (Macavilca, 2013) encontró que el 56% de los adolescentes tienen familias disfuncionales y 44% familias funcionales y estilos de vida saludables lo que indica que no necesariamente, pertenecer a una familia disfuncional conlleva a que los adolescentes tengan hábitos inadecuados para su edad.

También al analizar las variables de estudio entre hábitos de riesgo de cáncer de cáncer cérvico uterino y la dimensión de adaptabilidad en adolescentes se encontró que no existe relación significativa con un p-valor de 0,217 (tabla 11). Así mismo los datos descriptivos mostraron que el 43% indica tener una familia moderadamente funcional y una actitud consistente, de igual modo el 0.4% del mismo grupo familiar tiene una actitud nada consistente. En cambio en la investigación realizada en Lima (Palomino et al., 2009) encontró en las familias caóticamente conectadas el 18,5% quienes se caracterizan por tener cercanía emocional entre sus miembros pero con ausencia de liderazgo, organización, reglas y límites; por otro lado, el 12,3% de las familias caóticamente separadas se caracterizan por tener más separación que por vínculo afectivo entre sus miembros. Estos resultados confirman que el inicio de los hábitos de riesgos de cáncer cérvico uterino es posible darse en familias con disfunción o tendencia a la disfunción.

Así mismo al analizar las variables de estudio entre hábitos de riesgo de cáncer de cáncer cérvico uterino y la dimensión de comunicación en adolescentes se encontró que no existe relación significativa con un p-valor de 0,405 (tabla 7). Así mismo los datos descriptivos mostraron que el 35,6% indica tener una familia moderadamente funcional y una actitud

consistente, de igual modo el 0.4% del mismo grupo familiar tiene una actitud nada consistente. A un así en una investigación en Lima por (Chávez, 2016) halló el 48,7 de los adolescentes con regular y mala comunicación con sus progenitores son los que presentan una mayor frecuencia de hábitos de riesgo entre ellos el inicio de relaciones sexuales. Una mejor comunicación corrobora que la relación significativa y la relación padre-adolescentes son factores protectores de la salud sexual del adolescente y deben ser promovidos. No obstante, otro estudio indica que el 32,7% de adolescentes manifiestan saber poco o nada sobre sexualidad y anticoncepción, sin embargo, el 27% de estudiantes adolescentes ya han tenido relaciones coitales. 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 métodos anticonceptivos, en su mismo estudio localizo que en San Juan de Lurigancho el 48,7% de adolescentes provienen de una familia disfuncional lo que los pone en una situación de riesgo.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Con relación a los objetivos, los resultados demuestran las siguientes conclusiones:

- El 35,9% detallan tener una familia moderadamente funcional e indican tener una actitud consistente respecto a la actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico uterino, por otro lado, el 0,4% de estudiantes que manifiestan tener una familia disfuncional presentaron una actitud nada consistente frente a estos hábitos.
- El 53,9% pertenecen a una familia moderadamente funcional, por otro lado, el 26,1% tienen una familia funcional, así mismo el 19% indicaron tener una familia disfuncional y el 1,1% señalaron pertenecer a una familia severamente disfuncional.
- El 66,2% señalaron tener una actitud consistente, así mismo el 33,5% poseen una actitud poco consistente y el 0,4% tienen una actitud nada consistente.
- No existe relación significativa entre la dimensión de cohesión familiar y la variable actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiante de 4to y 5to del nivel secundario dela Institución Edelmira del Pando con P- valor de 0,495 en el estadístico Tau b Kendal.
- No existe relación significativa entre la dimensión de armonía familiar y la variable actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiante de 4to y 5to del nivel secundario dela institución Edelmira del pando con P- valor de 0,544 en el estadístico Tau b Kendal.
- No existe relación significativa entre la dimensión de comunicación familiar y la variable actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiante

de 4to y 5to del nivel secundario dela Institución Edelmira del Pando con un P- valor de 0,405 en el estadístico Tau b Kendal.

- No existe relación significativa entre la dimensión de permeabilidad familiar y la variable actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiante de 4to y 5to del nivel secundario dela Institución Edelmira del Pando con un P - valor de 0,009 en el estadístico Tau b Kendal.
- Existe relación significativa entre la dimensión de afectividad familiar y la variable actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiante de 4to y 5to del nivel secundario dela Institución Edelmira del Pando con un P - valor de 0,016 en el estadístico Tau b Kendal.
- No existe relación significativa entre la dimensión de rol familiar y la variable actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiante de 4to y 5to del nivel secundario dela Institución Edelmira del Pando con un P - valor de 0,101 en el estadístico Tau b Kendal.
- No existe relación significativa entre la dimensión de adaptabilidad familiar y la variable actitud frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico-uterino en estudiante de 4to y 5to del nivel secundario dela Institución Edelmira del Pando con un P - valor de 0,217 en el estadístico Tau b Kendal.

2. Recomendaciones

Las recomendaciones derivadas del presente estudio son:

- A la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión: Trabajar no solo con escuelas de la zona sino extender las enseñanzas hacia otros distritos y/o provincias, enfocar temas en los cuales los adolescentes corren riesgo de vulnerar su formación y desarrollo y crear spot publicitario con la participación de las poblaciones estudiadas.
- A los estudiantes de la Escuela Profesional de enfermería Universidad Peruana Unión: se recomienda reforzar y ampliar su visión en la importancia de las visitas dirigidas a centros educativos de nivel secundario y reforzar los conocimientos actualizados a esta población y concientizar sus valores a fin de prevenir enfermedades.
- A la Institución Educativa Edelmira del Pando: crear lazos con las Universidades cercanas a fin de proporcionar programas educativos con énfasis en salud sexual adecuada en beneficio para los docentes, estudiantes y padres de familia de la institución. Asimismo, contratar un personal de la salud que se encargue de la prevención de hábitos de riesgo en los adolescentes.
- A los profesores de la Institución Educativa "Edelmira del Pando": entender y tener bien en claro que la etapa más complicada y difícil del ser humano es la adolescencia por lo cual requieren más de sus cuidados.
- A los padres de familia: que participen (ambos progenitores) en las reuniones o sesiones educativas establecidas por la Institución a fin de recibir información relevante sobre las enfermedades de transmisión sexual que finalizan en cáncer cérvico uterino.

Referencias

- Aguilar, L. F. (2014). *funcionamiento familiar y su relacion con las conductas de riesgo en adolescentes del nivel secundario, Institucion educativa Enrique Paillardelle Tacna-2013*. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Recuperado de: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/328/TG0178.pdf?sequence=1&i>
- Alegre, A. P. (2004). *Los Efectos del Abandono Paterno*. Pontificia Universidad Catolica del Perú. Recuperado de: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/CDC547848766792F05257E2000567443/\\$FILE/Efectos_del_Abandono_Paterno.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/CDC547848766792F05257E2000567443/$FILE/Efectos_del_Abandono_Paterno.pdf)
- Alexandra Giraldo Osorio, María Yadira Toro Rosero, Adriana María Macías Ladino, Carlos Andrés Valencia Garcés, S. P. R. (2010). *La Promoción de La Salud como Estrategia para el Fomento de Estilosa de Vida Saludables*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf>
- Alfonso, L., y Martinez, D. (2015). *Factores de riesgo para Cáncer de Cuello Uterino* (Vol. 55). Lima. Recuperado de: <http://elcomercio.pe/ciencias/medicina/5-factores-riesgo-desarrollar-cancer-cuello-uterino-noticia-1821424>
- Alvarado, E. L., Calderón, M., & Ortiz, M. M. (2015). *Habitos de Triunfadores*. *Revista Uno*. Recuperado de: <http://www.revistauno.com.ar/afondo/los-habitos-un-triunfador-20160613-n963273.html>.
- Alvarez, A. A. (2007). *Percepcion del funcionamiento y estilos de afrontamiento en adolescente*. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/155>
- American Cancer Society. (2014). *Cáncer de cuello uterino*. *Revista American Society*. Recuperado de: <https://old.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002288-pdf.pdf>
- BBC Mundo (Corporación Británica de Radiodifusión). (2011). *Los malos hábitos se establecen a los 16 años.* "Recuperado de: <https://vidayestilo.terra.com.pe/salud/los-malos-habitos-quotse-establecen-a-los-16-38655c40177310VgnCLD100000bbcecb0aRCRD.html>.
- Bermúdez, Teva y Buela. (2009). *Funcionamiento Familiar en adolescentes*. Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/135521/123601>

- Briñol, P., Falces, C., y Becerra, A. (2007). *Psicología Social. Psicología Social*. Recuperado de: <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>
- Caceres, A. (2012). *La afectividad*. Universidad Complutense - Madrid. Recuperado: <http://www.surgam.org/articulos/504/12%20EDUCAR%20EN%20LA%20afectividad.pdf>.
- Campoverde, W. S. (2015). *Funcionamiento Familiar segun el modelo circumplejo de Olson*. Universidad de Cuenca. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21878/1/TESIS.pdf>
- Caraballo, L., Salazar, N., Lorenzo, C., Gonzáles Blanco, M., Carrillo, C., y Hernández, D. (2010). Infección por virus de papiloma humano: asociación entre infección genital y anal-perianal. *Revista de Obstetricia Y Ginecología de Venezuela*, 70(4), 254–264. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322010000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Carballo, C., & Goldberg, S. (2014). *Comunidad e Informacion Ambiental del Riesgo* (Dunken). Argentina. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=_7ZmBAAQBAJ&pg=PA18&dq=que+es+riesgo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjTwuKo28_RAhVFSCYKHW2IC-QQ6AEIGTAA#v=onepage&q=que es riesgo&f=false
- Carreño, L. H., Loredó, S. P., y Soto, M. Q. (2012). *Factores de riesgo en adolescentes para contraer el virus del papiloma humano*. *Revista Digital Universitaria*, 13(9), 1–16. Recuperado de: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art96/art96.pdf>
- Cartaya, Hernández, Gonzalez, y Alvarez. (2010). *Factores de riesgo del cáncer cérvico?uterino*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500005
- Castillo, L. H., Foster, N. C. y Gutierrez, G. H. (2012). *Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta*, Tabasco 2011. *Salud En Tabasco*, 18(1), 14–23. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48724427004>
- Chang, M. M. y Napoles, M. S. (2006). *Manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(4), 309–3015. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol25_1_06/ibi01106.htm
- Chavez, L. M. y Cabrera, C. C. (2001). *Modelos y enfoques en intervención familiar*.

Intervención Psicosocial, 10, 185–198. Recuperado de:
<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/76937.pdf>

Chavez, M. R. (2016). *Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/4696/Rafael_cm.pdf?sequence=1

Corona, F., y Peralta, E. (2010). *Prevención de conductas de riesgo*. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70394-7](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70394-7)

Covey, S. (2005). *Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva*. Recuperado de:
www.academia.edu/7407533/7_h%C3%A1bitos_de_las_personas_altamente_efectivas_Covey

Dionisio Zaldívar. (2004). *Funcionamiento familiar saludable*. Recuperado de:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf

Durante, V., y Fábregas, M. (2013). *La formación de los hábitos*. Recuperado de:
<http://www.waece.org/biblioteca/pdfs/d036.pdf>

Fairlie, A. y Frisancho, D. (1998). *Teoría de las interacciones familiares* (Vol. 1). Recuperado de:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v01_n2/pdf/a02v1n2.pdf

Fontes, M. M., Heredia, M. R., y Peñaloza, J. L. (2012). *Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México*. *Salud Mental*, 35(2), 147–154.

Friedman, M. (1986). *Modelo estructural - funcional de la familia*. Recuperado de:
<http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0----0-10-0---0--0direct-10---4-----0-1|--11-hr-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-0windowsZz-1250-00&a=d&cl=CL1&d=HASH01401bdfd40ead9e1492aa52.11.8>

Gamboa, N. S. G. (2000). *Aplicación de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem*. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. Universidad de Antioquia Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294005>

García, D. (2012). *Habitos y Valores*. Recuperado de:
<http://es.slideshare.net/davidown/habitos-y-valores>

- García, G. W. Z. (2001). *Clima Familiar, su relación con los intereses vacacionales y los tipos caracteriológicos.*, 8–100 Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Zavala_G_G/t_completo.pdf.
- García Cochagne, M., Zevallos Laguna, E., Barreda Jara, J., Sánchez Gonzales, I., Flores Noriega, T. y Velazco Portocarrero, T. (2008). *La Mujer en el Mercado Laboral Peruano.* Recuperado de: http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/DISEL/2014/linformes/informe_anual_mujer_mercado_laboral_2014.pdf
- Gómez, E. M. (2012). Los Padres y El Desarrollo del Equilibrio Afectivo en Los Adolescentes. Recuperado de: <http://www.rinconmaestro.es/padres/documentos/padres09.pdf>
- González, E., Molina, T., Montero, A., y Martínez, V. (2013). *Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile.* *Revista Médica de Chile*, 141(3), 313–319. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000300005>
- González, E. P., Berna, D. de la C. F. I. L., y Vea, H. B. (1997). *Construcción y validación de un instrumento de clasificación de pacientes pediátricos.* *Ciencia Ergo Sum*, 4(2), 144–149. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5128785.pdf>
- González, M. G., Predaza, V. F., y Luegas, Y. G. (2011). *Funcionamiento Y Percepción Familiar En Adolescentes Embarazadas Atendidas En El Policlínico De Calabazar.* Recuperado de: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/40 - Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes e.pdf>
- Guerrero, M. (2012). *Armonía en la familia.* Universidad Compludense Madrid. Recuperado de: <http://ccs.org.es/2012/05/28/armonia-en-la-familia/>
- Gutiérrez, E. F. (2007). *Funcionamiento Familiar: su relación con la percepción de seguridad de los adolescentes y el desarrollo de conductas de riesgo en salud.* Universidad Austral de Chile. Recuperado de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmf954f/sources/fmf954f.pdf>
- Guzón, O., & Castañeda, J. (2011). ¿Porque mienten los adolescentes? Recuperado de: http://www.esperanzaparalafamilia.com/Rev/Principal/comunicacion/articulo_0132.php
- Herrero, E., & Esquirol, J. (2016). MAPFRE. Recuperado de: <https://www.salud.mapfre.es/cuerpo-y-mente/habitos-saludables/conoce-los-principales-riesgos-para-tu-salud/>

- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2014). *Estadísticas a propósito del día de la familia Mexicana*. Recuperado de: <http://docplayer.es/29195312-Estadisticas-a-proposito-del-dia-de-la-familia-mexicana-6-de-marzo-datos-nacionales.html>.
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2009). *Día Internacional de las Familias*. Recuperado de: <http://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/publicaciones-digitales>
- INEN (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2016). *El Cáncer*. Recuperado de: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- Ingaroca, L. C. (2011). *Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana*. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/Salud/Condori_I_L/cap2.htm
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). (2016). *Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino*. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/tratamiento-cuello-uterino-pdq>
- Iñiguez, S. C., Cisneros, R. T., y Delgadillo, M. A. (1998). *Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas*. *Salud Pública de México*, 40(4), 330–338. <https://doi.org/10.1590/S0036-36341998000400005>
- Jaime, Parra y Perez, R. (2010). *Comportamiento Sexual en Adolescentes y su Relacion Con Variables Biosociales*, 24(1), 7–19. *Revista Perinatología y Reproducción Humana* Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101b.pdf>.
- Kendall, T. (2017). *Proximal and Distal Indirect Influences on Adolescent Sexual Activity and Post Risky Sexual Behaviors*. Recuperado de: http://scholarworks.gsu.edu/iph_theses/504.
- Levy, M. M. (2013). *¿Qué es el riesgo?* Recuperado de: <https://www.unisdr.org/2004/campaign/booklet-spa/page9-spa.pdf>
- Lippman, L., Wilcox, B. y Ryberg, R. (2014). *World Family Indicators. An International Report from Child Trends*. Recuperado de: <http://worldfamilymap.ifstudies.org/2014/articles/world-family-indicators>.
- López, Alba; Guerrero, S. (2006). *Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215402009>

- Macavilca, J. M. (2013). "*Funcionamiento familiar y estilos de vida en el adolescente en la I.E. Juan de Espinosa Medrano 7082, San Juan de Miraflores*". 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3657>
- Marlom Chavez. (2016). *Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4696>
- Martin, R. (2013). El Economista. *Quien Tiene Mas Deseo Sexual*. España. Recuperado de: <http://www.eleconomista.es/evasion/tendencias/noticias/5278205/11/13/Quien+tiene+mayor+deseo+sexual-.html>
- Martínez, Y., y Sarduy, M. (2005). *Manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(4), 309–3015. Recuperado de: <https://www.google.com.pe/search?q=Manejo+de+las+adolescentes+con+neoplasia+intraepitelial+cervical.+Revista+Cubana+de+Medicina+General+Integral&rlz=1C1CHZL>.
- Mendez, M. G., Aragon, S. R., Lagunes, I. R. y Loving, R. D. (2006). *Construcción de una escala de funcionamiento familiar*. *Ridep*, 2(22), 91–110. Recuperado de: http://www.aidep.org/03_ridep/R22/R225.pdf
- Merayo, M. (2015). *Cómo abordar el desempleo en la familia*. *Ceapa*, 49. Recuperado de: https://www.ceapa.es/sites/default/files/uploads/ficheros/publicacion/guia_como_abordar_el_desempleo_en_la_familia_ceapa_0.pdf.
- Millan, M. A. y Serrano, S. (2002). *Psicología y familia*. (C. Española, Ed.) (1° Edición). España. Recuperado de: <https://books.google.com.pe/books?id=yKjUakhIKqEC&pg=PA76&dq=importancia+de+funcionamiento+familiar&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwib3dmM9qjRAhUGDJAKHTr-C-IQ6AEIHTAB#v=onepage&q=i>.
- Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social de Guatemala. (2008). *Manual para tamizaje de cáncer cervicouterino*. Recuperado de: <http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeSalud/componentecancer/MANUAL PARA TAMIZAJE DEL CANCER CERVICO UTERINO.pdf>

- MINSA. (2011). Familia Saludable. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/>
- Moldenhauer y Ortega. (2004). *Adolescencia y Sexualidad*. Universidad Austral de Chile. Recuperado de: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto Montt 2004/Adolescencia_y_Sexualidad.pdf
- Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J., & Parra, M. (2008). Influencia del Contexto Familiar en las Conductas Adolescentes. *Ensayos*, 2008(17), 391–407. Recuperado de: http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista23/23_20.pdf
- Mori, B. S., Ocampo, K. S., y Castillo, S. T. (2014). *Conducta Sexual Y Reproductiva Asociados Al Cancer Cervicouterino , En Mujeres Atendidas Entre 2012-2013 , En El Hospital Regional De Loreto , Punchana*. Recuperado de: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/312/1/TESIS CACU-pdf.pdf>
- Moyra, A. (1980). *Enfermería familiar y social*. Recuperado de: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-11--11-hr-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-0windowsZz-1250-00&a=d&cl=CL1&d=HASH01401bdf40ead9e1492aa52.11.8>
- Mundial, M. de la F. (2013). *Familia Peruana*. Recuperado de: <https://famiaperuana.wordpress.com/>
- Oluwatoyin, E. F., y Modupe, O. (2014). *Risky Sexual Behaviour among Secondary School Adolescents in Ibadan North Local Government Area , Nigeria . Journal of Nursing and Health Science*, 3(3), 34–44.
- OMS. (2015). Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas clínicas esenciales. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/203561/1/9789243548951_spa.pdf
- OMS. (2017). Salud de los adolescentes. Recuperado de: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- OMS. (2017). Desarrollo en la adolescencia. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS. (2017). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/

- ONU. (2017). La Familia. Recuperado de: <http://www.un.org/es/globalissues/family/>
- OPS. (2013). Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85344/1/9789275317471_spa.pdf?ua=1
- Palacios, M. U. (2008). *Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.* Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3313/1/Urreta_pm.pdf
- Palomino, P. C., Nakamura, C. L. y Silva. I.M. (2009). *Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. Rev Enferm Herediana, 2(2), 80–85.* Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2009/febrero/Olson.pdf>
- Patio Rios, G., Álvarez Miranda, E., Sar Suarez, O., Investigadores, S., Ugaz, R., Brenda, M., Caro, G. (1993). *Contitucion Política del Perú. Centro de Estudios Constitucional.* Recuperado de: <http://portal.jne.gob.pe/informacionlegal/Constitucin%20y%20Leyes1/constitución%20politica%20del%20Perú.pdf>
- Perez, J., Gomez, J., y Codazzi, A. (2013). Aristoteles. Recuperado de: <http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448166981.pdf>
- Pérez, M. B., Molina, R. T. y Lechuga, E. N. (2014). *Métodos Cuantitativos Herramientas para la Investigación en Salud*. Ediciones ECOE. Recuperado de: <http://www.ecoediciones.com/wp-content/uploads/2016/08/Metodos-cuantitativos-Vista-preliminar-del-libro.pdf>
- PromPerú. (2015). Segmento familias en el Perú. Recuperado de: <http://media.peru.info/IMPP/ConociendoAlSegmentoFamilias.pdf>
- Real Academia Española. (2016). *Definición de Hábito.* Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=Jvcxrlo>
- Revista Física, E. (2009). *Las Actitudes.* Colombia. Recuperado de: <http://www.edufisica.com/Formato.pdf>

- Rodríguez Cabrera, A. y Álvarez Vázquez, L. (2006). *Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes* TT - Risk perceptions and behaviors in sexual life. *Rev Cub Salud Publica*, 32(1), 1–7. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Rojas, H. M. (2010). *Funcionamiento Familiar y Rendimiento Escolar en Alumnas del Tercer Grado de Secundaria de una Institución Educativa del Callao*. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/DenyPaniaguaRojas/2010-meza-funcionamientofamiliarrendimientoescolarenalumnasdetercergradodesecundariadeunainstitucineducativadelcallao>.
- Rojas, T. V. (2015). 7 cosas que hacen más propensa a una mujer a tener cáncer. Recuperado de: <http://www.salud180.com/salud-dia-dia/7-cosas-que-hacen-mas-propensa-una-mujer-tener-cancer>
- Royuela, Rodríguez, Marugán, y Carbajosa. (2015). *Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes*. *Revista Pediátrica de atención primaria*, 17(66), 127–136. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322015000300004.
- Rubio, C. C. (2009). “¿Cómo Se Educan Los Hábitos?” Recuperado de: [file:///F:/Nueva carpeta/CLARA_COLETO_RUBIO01.pdf](file:///F:/Nueva%20carpeta/CLARA_COLETO_RUBIO01.pdf)
- Ruiz, S. A. (2014). *Necesidades infantiles y adolescentes en familias homoparentales . Un análisis desde la perspectiva de los padres y madres*. Universidad Autónoma de Madrid (España). Recuperado de: <http://www.tdx.cat/handle/10803/283012>.
- Saavedra, M. (2004). *Cómo Entender a los Adolescentes para Educarlos Mejor* (Pax Mexico). Mexico. Recuperado de: [https://books.google.com.pe/books?id=wXyu_pCig4gC&pg=PA18&dq=la+conducta+del+adolescente&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiOiJPL0O3RAhWMwiYKHR--CDAQ6AEIHjAB#v=onepage&q=la conducta del adolescente&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=wXyu_pCig4gC&pg=PA18&dq=la+conducta+del+adolescente&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiOiJPL0O3RAhWMwiYKHR--CDAQ6AEIHjAB#v=onepage&q=la%20conducta%20del%20adolescente&f=false)
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., y Lucio, P. B. (2010). *Metodología de la Investigación*, 149.
- Santi, P. H. (2000). *Rol de género y funcionamiento familiar*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 568–573. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600008.

- Sanz, T. (2014). Los Hábitos, Qué Son, Cómo Se Forman Y Cómo Cambiarlos Según La Ciencia. Recuperado de: <https://habitualmente.com/los-habitos-segun-la-ciencia>.
- Satir, V. (1972). *Modelo de interacción familiar*. Recuperado de: <http://unpan1.un.org/intrados/groups/public/documents/icap/unpan048238.pdf>
- Serrano, J. E. A. (2012). El Desarrollo Cognitivo del Adolescente, 1–9. Recuperado de: http://www3.uji.es/~betoret/Instruccion/Aprendizaje_y_DPersonalidad/Curso_12-13/Apuntes_Tema_2_El_desarrollo_cognitivo_del_adolescente.pdf
- Serrano, L. R. (2007). *El funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes*. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10191/ramirez.pdf?sequence=1>
- Serrano, R. O., Janeth, C., Pérez, U., Díaz Martínez, L. A., Rafael, Y. y Romero, D. (2004). *Factores de riesgo para Cáncer de Cuello Uterino*. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 25(552), 146–160. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214306007>
- Solorzano, M. y Toro, C. (2016). *El Rol en la Familia: Roles Familiares*. Recuperado de: <http://www.medicosfamiliares.com/familia/el-rol-en-la-familia-roles-familiares.html>
- Sotomayor, P. L., Valdez, F. J., Rodriguez, A. V., Garcia, C. A., Trejo, M. C. y Mendoza, S. V. (2014). *Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes*. *Aportaciones Originales Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(1), 38–43. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im141j.pdf>
- Steve Chapter. (2002). Definición y Evaluación de Los Riesgos para La Salud. *Informe Sobre La Salud En El Mundo*, 20. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf>
- Tadesse, A. (2015). CKnowledge, attitude and practice (KAP) towards screening for cervical cancer among Adama University female students, Adama, Ethiopia, 2014, 1–58. Recuperado de: <http://etd.aau.edu.et/bitstream/123456789/6303/1/Almaz%20%20Tadesse.pdf>.
- Tejeda, D., Velasco, S. y Pastrana, G. (2007). *Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH)*. *Oncología (Barcelona)*, 30(2), 42–59. <https://doi.org/10.4321/S0378-48352007000200002>

- Triana, A. (2016). *Afectividad en la familia*. Recuperado de: <https://prezi.com/fcy9zbljg-z/afectividad-en-la-familia>.
- Tobergte, D., & Curtis, S. (2013). Conducta Humana. *Conducta Humana*, 53(9), 1689–1699. Recuperado de: <https://www.auniv.com/cursosGeneralesPdf/AAU-ConductaHumana.pdf>
- Ubillos, S., Mayordomo, S., & Páez, D. (2004). Actitudes: Definición Y Medición Componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. *Psicología Social, Cultura Y Educación*, (1958), 301–326. Recuperado de: <http://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
- UNFPA. (2014). *El embarazo en la adolescencia*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- Valencia, U. de. (2010). *Funcionamiento Familiar: Evaluación de los Potenciadores y Obstructores (I)*. Revista British Medical. Recuperado de: <http://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>.
- Valgañón, M. (2014). *Estilo de funcionamiento de las familias de acogida y conducta adaptativa-autoconcepto de los niños, niñas y adolescentes bajo su cuidado*. Revista Científicas de Psicología (2), 156–169. Recuperado de: <http://www.saludysociedad.cl/index.php/main/article/view/178>
- Varkevisser, C., Pathmanathan, I., y Brownlee, A. (2011). *Diseño y Realización de Proyectos de Investigación sobre Sistemas de Salud* (Mayol Edic). Recuperado de: <https://books.google.com.pe/books?id=VAcTgtbLS30C&pg=PA134&dq=diseño+de+investigacion+corte+transversal&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjVgKiPI5XRAhWG4CYKHfa9D-cQ6wEINzAF#v=onepage&q=diseño+de+investigacion+corte+transversal&f=false>
- Velasquez, R. (2015). *Afectividad. Guía Para La Familia*. Recuperado de: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/Afectividad.pdf>
- Venemedia. (2014). Definición del Riesgo. Recuperado de: <http://conceptodefinition.de/riesgo/>
- White, E. G. (1957). *Conduccion del niño* (Vol. 1). Recuperado de: https://adventistasrd.interamerica.org/uploaded_assets/162885
- White, E. G. (2012). *Testimonio acerca de conducta sexual, adulterio y divorcio*. Recuperado de: [https://egwwritings-a.akamaihd.net/pdf/es_TCS\(TSB\).pdf](https://egwwritings-a.akamaihd.net/pdf/es_TCS(TSB).pdf).

Zarate. I. (2003). Factores psicosociales familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria de Lima Cercado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/zarate_li/t_completo.pdf

Zúñiga, K. M. (2012). Procedimientos y Pautas del Mantenimiento. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/319829063/Tau-B-de-Kendall-Melo-Zuniga-Kevin-Antropologia-Estadistica-Social>

Anexos

Anexo 1. Instrumento de FF-SIL

INSTRUMENTO FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Instrucciones

Cada una de las 14 situaciones que les son presentadas al usuario, debe ser respondida a con una X en la escala de valores cualitativas, según la percepción que tenga como miembro de la familia.

N°	Situaciones	Alternativas de respuesta				
		Casi siempre	Muchas veces	A veces	Pocas veces	Casi nunca
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
8	Cuando alguien en la familia tiene un problema los demás ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esta sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					

12	Ante una situación familia difícil somos capaces de buscar ayuda entre otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Anexo 2. Instrumento de SKAT

Instrucciones: Para cada declaración, marque una X la respuesta que mejor refleje su posición.

5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

N°	Situaciones	Alternativas de respuestas				
		5	4	3	2	1
1	La educación sexual anima a los jóvenes a tener relaciones sexuales.					
2	La homosexualidad es una expresión sana, normal de la sexualidad.					
3	Es mejor esperar hasta el matrimonio para tener relaciones sexuales.					
4	El aborto debería ser una elección personal, privada de una mujer.					
5	Es natural que los hombres tengan más libertad sexual que las mujeres.					
6	Los condones no deben ser puestos a disposición de los adolescentes.					
7	El acceso a la pornografía no debe limitarse a los adultos.					
8	La anticoncepción es responsabilidad de la mujer.					

9	La masturbación es una expresión saludable de la sexualidad.					
10	La prostitución debería legalizarse.					
11	Las mujeres usan el sexo para el amor					
12	Los hombres usan el amor para tener relaciones sexuales.					
13	Nuestra sociedad es demasiado permisiva sexualmente.					
14	Tener sexo sólo por placer está bien.					
15	El tener más de una pareja sexual puede ser un factor para el cáncer de las mujeres.					
16	Iniciar relaciones sexuales antes de los 13 años puede enfermar de cáncer a las mujeres.					
17	Me parece que los abortos no son nocivos.					
18	Los flujos vaginales de color y con algún olor son normales en las chicas.					
19	El tener hijos en chicas menores de 15 años significa que es guerrera y no es problema para el cáncer.					
20	No creo que el fumar pueda producir cáncer a las mujeres.					
21	El consumo de carnes rojas facilita la formación de tumores cancerígenos.					
22	La masturbación no produce cáncer en las mujeres.					
23	La higiene femenina diaria protege contra las enfermedades vaginales.					
24	Crees tú que practicar sexo contra natura es algo normal.					

25	La abstinencia sexual es una de la formas para no infectarse con el Virus del Papiloma Humano y otras infecciones de transmisión sexual.					
26	Una persona puede estar infectada con el Virus del Papiloma Humano y no presentar los síntomas.					
27	La madre con el VIH puede transmitirlo a su hijo (a) durante el embarazo.					
28	Tengo más de un amigo con los que tengo sexo.					
29	Acudir a las fiestas para divertirse y llegar al hotel con un chico es emocionante.					
30	Hay que aprovechar la juventud para tener bastante sexo.					
31	El sexo fortalece la amistad.					
32	Tengo sexo con mis amigos.					
33	Utilizar las pastillas del día siguiente resolverá los problemas a futuro.					
34	Me gusta asistir a la discoteca.					
35	Tengo derecho a una práctica sexual plena y enriquecedora.					
36	Me preocupa lo que mis amigos y amigas piensen acerca de mi vida sexual.					
37	Me parece bien que las mujeres tengan muchas relaciones sexuales.					
38	Valgo más si sigo siendo virgen.					
39	Es necesario llegar virgen al matrimonio.					
40	Para tener relaciones sexuales es necesario sentir que se está preparado.					

Anexo 3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROYECTO:

Funcionamiento familiar y actitudes frente a los hábitos de riesgo para cáncer cérvico-uterino en estudiantes del 4to y 5to grado de nivel secundaria de la Institución educativa “Edelmira del Pando” de Ate Vitarte, 2016

Propósito y procedimiento

Esta investigación está a cargo de las alumnas Monica Rosario Pillaca Tineo y Heidy Helisbet Vallejos Correa de la Universidad Peruana Unión. El propósito de este proyecto es Determinar la relación entre el nivel de funcionamiento familiar y las actitudes frente a los hábitos de riesgo para el cáncer cérvico-uterino en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de la Institución Educativa “Edelmira del Pando” de Ate Vitarte, 2016. Donde las alumnas participará brindando información en un cuestionario.

Beneficios

Este estudio beneficiará al colegio Edelmira del Pando porque permitirá saber que tan expuestas están las alumnas para contraer cáncer cérvico-uterino en la cual identificaremos los hábitos de riesgo más comunes de los adolescentes.

Derechos del participante y confidencialidad

La participación del alumno en este estudio es completamente voluntaria. Tiene el derecho a aceptar o negarse a participar en el estudio, asimismo, puede terminar su participación en cualquier momento, sin que esto afecte su relación con las investigadoras. Los datos reportados por el alumno serán manejados únicamente por las investigadoras y para efectos del estudio.

DECLARACION DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

Yo _____

He leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por las investigadoras, y quiero colaborar con este estudio. Por esta razón firmo el documento.

Anexo 4. Validación de instrumentos

**CRITERIOS GENERALES PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
DEL INSTRUMENTO DE ACTITUDES COMPORTAMENTALES SOBRE
HÁBITOS DE RIESGO PARA CONTRAER CÁNCER CÉRVICO UTERINO
SKAT**

((Adaptado por: Mónica Pillaca Tineo y Heidy Vallejos Correa)

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del instrumento?

SI (✓)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

2) A su parecer ¿el orden de las preguntas o ítems es el adecuado?

SI (✓)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

3) A su parecer ¿la cantidad de las preguntas o ítems es el adecuado?

SI (✓)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

Separar la pregunta 11 (ahi existen 02 enunciados)
La psta 8 agregar hombre (porque también elige la anti
concepción)
Psta 25 no colocar siglas que es VPH para el adolescente?

4) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (✓)

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

5) A su parecer ¿las alternativas de respuesta de los ítems es el adecuado?

SI (✓)

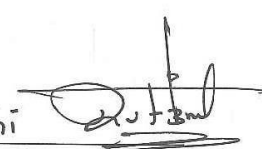
NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

Otras observaciones: _____

Fecha: 22-08-2016

Grado académico: Magister en Salud Pública

Nombre y firma del juez: Rut Ester Mamani Limachi 

Institución donde labora: Facultad CASS UPEU

Años de experiencia profesional o científica: 17 años

CRITERIOS ESPECIFICOS PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

Anexo 5. Prueba de confiabilidad

Variable	Alfa de Cronbach	Elementos
General	.759	40
Cognoscitivo	.728	13
Afectivo	.760	13
Conductual	.702	14

Anexo 6. Validez de confiabilidad de AIKEN

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Suma	V (AIKEN)
1	1	1	1	3	1
2	1	1	1	3	1
3	1	1	1	3	1
4	1	1	1	3	1
5	1	1	1	3	1
6	1	1	1	3	1
7	1	1	1	3	1
8	1	1	1	3	1
9	1	1	1	3	1
10	1	1	1	3	1
11	1	1	1	3	1
12	1	1	1	3	1
13	1	1	1	3	1
14	1	1	1	3	1
15	1	1	1	3	1
16	1	1	1	3	1
17	1	1	1	3	1
18	1	1	1	3	1
19	1	1	1	3	1
20	1	1	1	3	1
21	1	1	1	3	1
22	1	1	1	3	1
23	1	1	1	3	1
24	1	1	1	3	1
25	1	1	1	3	1
26	1	1	1	3	1
27	1	1	1	3	1
28	1	1	1	3	1
29	1	1	1	3	1
30	1	1	1	3	1
31	1	1	1	3	1
32	1	1	1	3	1
33	1	1	1	3	1
34	1	1	1	3	1
35	1	1	1	3	1
36	1	1	1	3	1
37	1	1	1	3	1
38	1	1	1	3	1
39	1	1	1	3	1
40	1	1	1	3	1

$$V = \frac{a}{(n(c-1))} = V = \frac{S}{(a(2-1))} = V(\text{AIKEN}) = 1$$

Anexo 7. Resultados descriptivos

Tabla 12

Análisis descriptivo de funcionamiento familiar

	Casi siempre		Muchas veces		A veces		Pocas veces		Casi Nunca	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia	77	27,1	78	27,5	86	30,3	27	9,5	16	5,6
En mi casa predomina la armonía	64	22,5	84	29,6	91	32,0	35	12,3	10	3,5
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	65	22,9	76	26,8	110	38,7	27	9,5	6	2,1
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	79	27,8	96	33,8	64	22,5	34	12,0	11	3,9
Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	54	19,0	83	29,2	95	33,5	36	12,7	16	5,6
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	74	26,1	112	39,4	71	25,0	25	8,8	2	,7
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes	54	19,0	93	32,7	97	34,2	29	10,2	11	3,9
Cuando alguien en la familia tiene un problema los demás ayudan	91	32,0	118	41,5	54	19,0	19	6,7	2	,7
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esta sobrecargado	49	17,3	87	30,6	92	32,4	39	13,7	17	6,0
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	49	17,3	84	29,6	106	37,3	28	9,9	17	6,0
Podemos conversar diversos temas sin temor	65	22,9	100	35,2	61	21,5	38	13,4	20	7,0
Ante una situación familia difícil somos capaces de buscar ayuda entre otras personas	42	14,8	82	28,9	86	30,3	49	17,3	25	8,8
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	63	22,2	115	40,5	77	27,1	22	7,7	7	2,5
Nos demostramos el cariño que nos tenemos	84	29,6	79	27,8	63	22,2	39	13,7	19	6,7

n=284

Tabla 13
Análisis descriptivo hábitos de riesgo

Ítems	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
La educación sexual anima a los jóvenes a tener relaciones sexuales	8	2,8	26	9,2	70	24,6	72	25,4	108	38,0
La homosexualidad es una expresión sana, normal de la sexualidad	18	6,3	31	10,9	98	34,5	68	23,9	69	24,3
Es mejor esperar hasta el matrimonio para tener relaciones sexuales	124	43,7	78	27,5	56	19,7	15	5,3	11	3,9
El aborto debería ser una elección personal, privada de una mujer	36	12,7	51	18,0	62	21,8	52	18,3	83	29,2
Es natural que los hombres tengan más libertad sexual que las mujeres	5	1,8	20	7,0	37	13,0	87	30,6	135	47,5
Los condones no deben ser puestos a disposición de los adolescentes	40	14,1	33	11,6	81	28,5	68	23,9	62	21,8
El acceso a la pornografía no debe limitarse a los adultos	25	8,8	43	15,1	82	28,9	44	15,5	90	31,7
La anticoncepción es responsabilidad de la mujer	28	9,9	58	20,4	77	27,1	47	16,5	74	26,1
La masturbación es una expresión saludable de la sexualidad	8	2,8	35	12,3	79	27,8	73	25,7	89	31,3
La prostitución debería legalizarse	24	8,5	19	6,7	28	9,9	42	14,8	171	60,2
Las mujeres usan el sexo para el amor	10	3,5	33	11,6	93	32,7	62	21,8	86	30,3
Los hombres usan el amor para tener relaciones sexuales	41	14,4	71	25,0	83	29,2	41	14,4	48	16,9
Nuestra sociedad es demasiado permisiva sexualmente	38	13,4	94	33,1	95	33,5	31	10,9	26	9,2
Tener sexo sólo por placer está bien	9	3,2	11	3,9	53	18,7	65	22,9	146	51,4
El tener más de una pareja sexual puede ser un factor para el cáncer de las mujeres	130	45,8	100	35,2	27	9,5	12	4,2	15	5,3
Iniciar relaciones sexuales antes de los 13 años puede enfermar de cáncer a las mujeres	105	37,0	90	31,7	56	19,7	15	5,3	18	6,3
Me parece que los abortos no son nocivos	22	7,7	14	4,9	50	17,6	65	22,9	133	46,8

Los flujos vaginales de color y con algún olor son normales en las chicas	16	5,6	24	8,5	56	19,7	76	26,8	112	39,4
El tener hijos en chicas menores de 15 años significa que es guerrera y no es problema para el cáncer	11	3,9	12	4,2	44	15,5	77	27,1	140	49,3
No creo que el fumar pueda producir cáncer a las mujeres	21	7,4	20	7,0	43	15,1	83	29,2	117	41,2
El consumo de carnes rojas facilita la formación de tumores cancerígenos.	44	15,5	69	24,3	117	41,2	29	10,2	25	8,8
La masturbación no produce cáncer en las mujeres	21	7,4	41	14,4	127	44,7	48	16,9	47	16,5
La higiene femenina diaria protege contra las enfermedades vaginales	160	56,3	82	28,9	20	7,0	12	4,2	10	3,5
Crees tú que practicar sexo contra natura es algo normal	8	2,8	20	7,0	61	21,5	64	22,5	131	46,1
La abstinencia sexual es una de la forma para no infectarse con el Virus del Papiloma Humano y otras infecciones de transmisión sexual	125	44,0	60	21,1	58	20,4	15	5,3	26	9,2
Una persona puede estar infectada con el Virus del Papiloma Humano y no presentar los síntomas	55	19,4	96	33,8	87	30,6	21	7,4	25	8,8
La madre con el VIH puede transmitirlo a su hijo (a) durante el embarazo	129	45,4	90	31,7	37	13,0	15	5,3	13	4,6
Tengo más de un amigo con los que tengo sexo	4	1,4	9	3,2	15	5,3	33	11,6	223	78,5
Acudir a las fiestas para divertirse y llegar al hotel con un chico es emocionante	4	1,4	7	2,5	24	8,5	47	16,5	202	71,1
Hay que aprovechar la juventud para tener bastante sexo	4	1,4	6	2,1	21	7,4	38	13,4	215	75,7
El sexo fortalece la amistad	6	2,1	8	2,8	16	5,6	42	14,8	212	74,6
Tengo sexo con mis amigos	4	1,4	5	1,8	11	3,9	32	11,3	232	81,7
Utilizar las pastillas del día siguiente resolverá los problemas a futuro	8	2,8	16	5,6	42	14,8	43	15,1	175	61,6
Me gusta asistir a la discoteca	18	6,3	43	15,1	55	19,4	46	16,2	122	43,0
Tengo derecho a una práctica sexual plena y enriquecedora	8	2,8	31	10,9	58	20,4	58	20,4	129	45,4
Me preocupa lo que mis amigos y amigas piensen acerca de mi vida sexual	12	4,2	30	10,6	68	23,9	60	21,1	114	40,1

Me parece bien que las mujeres tengan muchas relaciones sexuales	3	1,1	6	2,1	29	10,2	59	20,8	187	65,8
Valgo más si sigo siendo virgen	130	45,8	49	17,3	52	18,3	25	8,8	28	9,9
Es necesario llegar virgen al matrimonio	125	44,0	55	19,4	69	24,3	15	5,3	20	7,0
Para tener relaciones sexuales es necesario sentir que se está preparado	158	55,6	65	22,9	28	9,9	16	5,6	17	6,0

n=284

Anexo 8. Carta de autorización del área de estudio

Institución Educativa de Mujeres
"Edelmira del Pando"
UGEL 06 de Ate Vitarte

Lima, Ate Vitarte, 14 de diciembre del 2016

Por medio de la presente hago constar la aceptación de la aplicación del instrumento de tesis titulado: Funcionamiento Familiar y actitudes frente a los hábitos de riesgo para cáncer cérvico uterino en estudiantes del 4to y 5to grado del nivel secundario de la institución educativa "Edelmira del Pando", Ate Vitarte, 2016. Dirigidas por las estudiantes de enfermería de la Universidad Peruana Unión, Monica Pillaca Tineo y Heidy Vallejos Correa, ejecutado durante el mes de noviembre del 2016.

Seguro de haber contribuido en su ayuda, hago llegar muestras de agradecimiento de forma personal y también por parte de la institución.

Atentamente



Maximiliano Ramírez Alarcón

DIRECTOR DE LA I.E. "EDELMIIRA DEL PANDO"