

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



Una Institución Adventista

**Conductas sexuales de riesgo y funcionamiento familiar en
estudiantes de 14 a 19 años de edad de instituciones públicas y
privadas de Lima**

Tesis para optar el Título Profesional de Psicóloga

Por:

Analy Quiroz Muñoz

Jessy Milagros Johana Estelo Quispe

Asesor:

Psic. Lindsey Wildman Vilca Quiro

Lima, Agosto de 2021

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

Psic. Lindsey Wildman Vilca Quiro, asesor de la Facultad de la Escuela Profesional de Psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: “Conductas sexuales de riesgo y Funcionamiento familiar en estudiantes de 14 a 19 años de edad de instituciones públicas y privadas de Lima” constituye la memoria que presenta las bachilleres Analy Quiroz Muñoz y Jessy Milagros Johana Estelo Quispe para obtener el título de Profesional de Psicóloga cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, el 18 de agosto del año 2021.



Psic. Lindsey Wildman Vilca Quiro

ACTA DE SUSTENTACIÓN



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a 05 día(s) del mes de agosto del año 2021, siendo las 16:00 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a):

Mg. Julio César Guano Sani, el (la) secretario(a): Psic. Josias Trinidad
Ticse y los demás miembros: Psic. Cristian Edwin Adriano Rengifo
 y el (la) asesor(a) Psic. Lindsey Wildman
Vilca Quiro

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado:
"Conductas sexuales de riesgo y funcionamiento familiar en estudiantes de 14 a 19 años de edad de instituciones públicas y privadas de Lima"
 del(los) bachiller/es: a) Analy Quiroz Muñoz
 b) Jessy Milagros Johana Estelo Quipe
 c) _____

..... conducente a la obtención del título profesional de: Psicóloga
(Denominación del Título Profesional)

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) (las) candidato(a)/s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por al (a la) / a (los) (las) candidato(a)/s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado. Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller (a): Analy Quiroz Muñoz

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>17</u>	<u>B+</u>	<u>Muy Bueno</u>	<u>sobresaliente</u>

Bachiller (b): Jessy Milagros Johana Estelo Quipe

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>17</u>	<u>B+</u>	<u>Muy Bueno</u>	<u>Sobresaliente</u>

Bachiller (c): _____

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

(*) Ver parte posterior Esta sustentación fue realizada de manera virtual u online sincrónica de acuerdo al reglamento de Grados y Títulos.
 Finalmente, el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) (las) candidato(a)/s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

 Presidente/a

 Asesor/a

 Bachiller (a)

 Secretario/a

 Miembro

 Miembro

 Bachiller (b)

 Bachiller (c)

DEDICATORIA

Dedicamos este logro a nuestros amados padres, quienes con su amor, apoyo incondicional y abnegación nos han acompañado y nos han motivado para lograr ser lo que somos.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento a nuestro Creador y Redentor, quien con su sabiduría y buena voluntad nos permite culminar la anhelada meta; y a nuestra querida casa de estudios y mentores, por sus enseñanzas impartidas durante esta etapa.

Índice de Contenido

1. Dedicatoria	iv
2. Agradecimientos	v
3. Índice de contenido	vi
4. Índice de tablas.....	vii
5. Índice de figuras.....	viii
6. Resumen.....	ix
7. Abstract	x
8. Introducción	11
9. Marco conceptual.....	21
9.1.Definición de conducta sexual.....	21
9.2.Definición de conducta de riesgo	21
9.3.Definición e implicancias de la conducta sexual de riesgo	21
9.4.Funcionamiento familiar	23
9.5.Marco conceptual de la población.....	26
10. Metodología	28
10.1. Diseño y tipo de investigación.....	28
10.2. Población y muestra	28
10.3. Instrumentos.....	28
10.4. Ficha de registro: caracterisitcas sociodemográfica de los participantes.....	32
10.5. Proceso de recolección de datos.....	32
10.6. Análisis estadístico.....	32
11. Resultados	33
11.1. Análisis descriptivo.....	33
11.2. Prueba de chi-cuadrado.....	37
12. Discusión.....	39
13. Conclusiones	44
14. Limitaciones.....	44
15. Recomendaciones.....	44
Referencias	46
Anexos.....	59

Índice de tablas

1. Tabla 1: Análisis descriptivo del funcionamiento familiar en adolescentes	33
2. Tabla 2: Análisis descriptivo del funcionamiento familiar según sexo	33
3. Tabla 3: Análisis descriptivo del funcionamiento familiar según edad	34
4. Tabla 4: Conductas sexuales de riesgo en adolescentes	35
5. Tabla 5: Número de parejas sexuales en adolescentes	37
6. Tabla 6: Frecuencia del uso del preservativo en las relaciones sexuales	37
7. Tabla 7: Tipos de relaciones sexuales que practican los adolescentes	37
8. Tabla 8: Prueba chi-cuadrado para conductas sexuales de riesgo	39

Índice de figuras

1. <i>Figura 1:</i> Dimensiones del Cuestionario del comportamiento sexual.....	30
2. <i>Figura 2:</i> Inicio temprano de vida sexual.....	34
3. <i>Figura 3:</i> Edad de inicio de vida sexual en adolescentes	35

Conductas sexuales de riesgo y Funcionamiento familiar en estudiantes de 14 a 19 años de edad de instituciones públicas y privadas de Lima

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo determinar la asociación entre el funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo en estudiantes de 14 a 19 años de edad de instituciones públicas y privadas de Lima. La población estuvo conformada por 201 estudiantes de 3ero, 4to y 5to del nivel secundario. La investigación tiene un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, tipo correlacional y de corte transversal ya que no se manipulan las variables. Los instrumentos aplicados para la recolección de datos son: Cuestionario de Conducta Sexual de Riesgo (elaboración propia y evaluado por criterio de expertos) y Test de Percepción del Funcionamiento familiar (FF-SIL) (diseñado por Pérez, Cuesta, Louro y Bayarre en 1997). Los resultados demuestran que, en cuanto a la primera variable, los porcentajes más significativos en la dinámica familiar son el 34.3% y 36.8% en Moderadamente funcional y Funcional respectivamente, es decir, el mayor porcentaje de estudiantes pertenece a un entorno familiar Adecuado. Asimismo, en cuanto a la segunda variable, el 28.4% indican ser sexualmente activos, siendo la edad de 12 años la más precoz en la iniciación sexual. Por último, en cuanto a la asociación entre ambas variables se obtiene correlación significativa entre Funcionamiento familiar y Relaciones sexuales en grupo ($p < 0.05$, $p = .004$), en tanto que se percibe una relación inversa entre la primera variable y las demás conductas sexuales de riesgo. Se concluye que a mayor Funcionamiento familiar menor probabilidad de presentar conductas sexuales de riesgo.

Palabras clave: Adolescencia, funcionamiento familiar, conductas sexuales de riesgo.

Relationship between risky sexual behaviors and family functioning in students aged 14 to 19 from public and private institutions in Lima

Abstract

The present study aims to determine the association between family functioning and risky sexual behaviors in students between 14 and 19 years of age from public and private institutions in Lima. The population was made up of 201 students from the 3rd, 4th and 5th grades of the secondary level. The research has a quantitative approach, non-experimental design, correlational type and cross-sectional since the variables are not manipulated. The instruments applied for data collection are: Risk Sexual Behavior Questionnaire (own elaboration and evaluated by expert criteria) and Family Functioning Perception Test (FF-SIL) (designed by Pérez, Cuesta, Louro and Bayarre in 1997). The results show that, regarding the first variable, the most significant percentages in family dynamics are 34.3% and 36.8% in Moderately functional and Functional respectively, that is, the highest percentage of students belongs to an Adequate family environment. Likewise, regarding the second variable, 28.4% indicate that they are sexually active, with the age of 12 being the earliest in sexual initiation. Finally, regarding the association between both variables, a significant correlation is obtained between Family functioning and Group sexual relations ($p < 0.05$, $p = .004$), while an inverse relationship is perceived between the first variable and the other behaviors risky sex. It is concluded that the greater the family functioning, the lower the probability of presenting risky sexual behaviors.

Keywords: Adolescence, family functioning, risky sexual behaviors.

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el período de crecimiento y desarrollo humano que comprende la segunda etapa de la vida y una fase importante para sentar las bases de una buena salud en la edad adulta; representa aproximadamente una sexta parte de la población mundial y se produce antes de la niñez y después de la adultez; implica cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales; y oscila entre los 10 y 19 años de edad (OMS, 2014; Trejo et al., 2011).

Según estadísticas globales e iniciando con el reporte de una de las principales causas de muerte en el mundo, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2019) indica que en la actualidad hay una ralentización en el ritmo al cual se van reduciendo las nuevas infecciones por el VIH, se va aumentando el acceso al tratamiento y se va concluyendo con las muertes relacionadas con el sida, siendo los últimos datos (al cierre de 2018) respecto al VIH los siguientes: 1.7 millones de personas reportadas con nuevas infecciones por el VIH, 37.9 millones de personas viven con la enfermedad, 1.6 millones y 160 mil personas contrajeron nuevas infecciones por el VIH a partir de 14 y 15 años de edad respectivamente, y 770 mil fallecidos por enfermedades relacionadas con el sida.

Según la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), indican que América Latina y El Caribe son las subregiones con la segunda tasa más alta en el mundo de embarazos adolescentes, y es que en 2014 se reportó 1900 muertes de adolescentes y jóvenes a causa de problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto, en tanto que a nivel macro el riesgo de muerte materna se duplica en madres jóvenes de 15 años provenientes de países de economía baja y media; donde la solución más próxima que se propone es apoyar programas multisectoriales de prevención dirigidos a la población adolescente de mayor vulnerabilidad, mayor acceso a métodos anticonceptivos y educación sexual (OMS, OPS, UNICEF, & UNFPA, 2018).

Aproximadamente, 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años pasan por el proceso de alumbramiento cada año, en el cual los bebés nacidos de madres adolescentes constituyen el 11 % de la totalidad de nacimiento en el mundo, siendo que el 95% ocurren en países en desarrollo (OMS, 2012), e indudablemente, serán madres que no solo asumirán roles de personas adultas a temprana edad, sino también serán

vulnerables a presentar alteraciones emocionales que afecten la consolidación de su autoestima y personalidad, y porque no el crecimiento y desarrollo del recién nacido.

La OMS estima unos 376 millones de personas que contraen anualmente alguna de las siguientes infecciones por transmisión sexual (ITS): clamidiosis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis; más de 500 millones de personas son portadoras del virus del herpes simple; más de 290 millones de mujeres están infectadas por el virus del papiloma humano; y en 2016, más de 988 mil mujeres embarazadas fueron diagnosticadas con sífilis, que tuvo por consecuencia la muerte de más de 200 mil recién nacidos (Korenromp et al., 2019; Looker et al., 2015; OMS, 2016; OMS, 2018; Sanjosé et al., 2007).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015) en el Perú el embarazo adolescente se presenta en un 14,6% de esta población, y entre los departamentos con las tasas más altas encontramos a Loreto, Ayacucho y Lima con 10,6%, 22,3% y 25%, respectivamente. Asimismo, entre los adolescentes la prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), llegó a 287 casos confirmados y notificados desde 1983 hasta mediados del 2017 (MINSA, 2017). Ambas situaciones afectan el desarrollo y proyecto de vida de los adolescentes e impactan en su entorno social y familiar.

En cuanto a estadísticas de países desarrollados, en Estados Unidos se realizaron dos estudios en años continuos donde se pretendía medir la activación neuronal respecto a la asociación entre las recompensas sociales y el comportamiento sexual riesgoso, mediante el paradigma de recompensa social (fMRI) aplicado a 50 adolescentes entre 14 y 18 años; como resultados se obtuvo que los adolescentes con prácticas sexuales de mayor riesgo mostraron mayor conectividad funcional a un estímulo agradable personalmente relevante, asociadas con la recompensa social y el procesamiento afectivo; es decir, los adolescentes tienden a manifestar mayor número de conductas de riesgo ante algún modo de refuerzo positivo por el grupo social o pares (Ambrosia et al., 2018; Eckstrand et al., 2017).

En España, un estudio buscó evaluar las conductas de riesgo y conocimientos sobre el VIH en la población joven de dicho país en un total de 243 jóvenes de entre 16 y 36 años no infectados; los resultados muestran que el 40.9% refirieron utilizar el preservativo en todas sus relaciones sexuales mientras que el 61% mostró baja percepción de riesgo de infección, siendo aparentemente los principales métodos de

protección por lo que optaban dichos jóvenes: lavarse tras el acto sexual, mantener relaciones con pocas parejas, uso de espermicidas (Velo et al., 2019).

Del mismo modo, Folch, Álvarez, Casabona, Brotons, y Castellsagué (2015) buscaron describir y comparar, según el sexo, la conducta sexual y otros indicadores de salud sexual y reproductiva en 800 jóvenes de 16 a 24 años de Cataluña, España; los resultados indican que el 76,1% de los chicos y el 83,3% de las chicas declararon haber tenido relaciones sexuales alguna vez, el 39,7% de los chicos y el 22,5% de las chicas tuvieron parejas ocasionales, mientras que entre los factores asociados al no uso de preservativo durante la última relación sexual destacó el no haber usado preservativo en la primera relación sexual, observándose diferencias en la conducta sexual de los jóvenes según sexo.

En Cuba, se realizó un estudio analítico con el fin de identificar las conductas de riesgo asociadas a las ITS en 336 adolescentes de 14 y 19 años en 2015, 66 adolescentes formaron el grupo control y 132 adolescentes el grupo estudio; los resultados indicaron que, del mayor número de adolescentes entre 18 y 19 años, el 50.5% presentaban cambios frecuentes de parejas sexuales, el 48% practicaban relaciones sexuales sin protección, y la percepción de riesgos de adquirir una ITS, ya sea en el grupo control o de estudio, fue de 23.2% y 40.3% respectivamente; concluyendo en que la falta de protección en las relaciones sexuales y las múltiples parejas sexuales se asocian significativamente al riesgo de contraer cualquier tipo de ITS (Vidal & Hernández, 2017).

En México, el estudio llevado a cabo por Rivera et al. (2016) con la finalidad de estimar la edad promedio de inicio de relaciones sexuales con penetración y aquellos factores asociados a dicha problemática dada en adolescentes entre 14 y 19 años, indican que el inicio de relaciones sexuales en adolescentes se halla entre dichas edades ya mencionadas, siendo que en América Latina la proporción de adolescentes que han iniciado su vida sexual a edad temprana ha aumentado considerablemente.

Además, Andrade, Betancourt y Palacios (2006) señalan que según la perspectiva psicosocial existen múltiples factores asociados a esta problemática, tales como factores familiares (nivel económico de los padres, pertenecer a familias biparentales y adecuada comunicación entre padres e hijos) y factores individuales (nivel educativo, creencias de género, sintomatología depresiva y autoestima) que finalmente se correlacionan con la práctica de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes (Corona & Funes, 2015).

Asimismo, Lavielle et al. (2014) buscó evaluar las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes y su relación con las características familiares en una muestra de 272 adolescentes entre 14 y 19 años en México; mostrando que del total de la población de estudio, el 29.9% ya había iniciado su vida sexual, de los cuales el 68.8% tuvieron su primera experiencia sexual a la edad de 15 años, asimismo, el 24.4% indicó haber tenido más de 3 parejas sexuales, siendo la frecuencia de relaciones sexuales correspondiente a 12.9% (3-5 veces a la semana), 28.3% (1-2 veces a la semana) y 58.8% (1 vez al mes), el 48.2% no uso preservativo, el 4.8% presentó embarazos no deseados, y el 2.6% reportó ETS; y con respecto a las características de la familia en relación a la primera variable, el inicio temprano de la vida sexual se asocia significativamente a la insatisfacción familiar (72.9%), al escaso afecto en el seno familiar (74.4%), a la falta de comunicación con los padres (71.3%) y a la estructura familiar de tipo monoparental (74.6%); se concluye que a mayor deficiencia de elementos o atributos de la familia mayor predisposición a la práctica de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes.

En Latinoamérica, un estudio realizado en Brasil con el objetivo de determinar la asociación entre el número de parejas sexuales y el consumo de alcohol en una muestra total de 1257 estudiantes entre 12 y 24 años, finaliza en que existe variedad de factores que predisponen a las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, mostrando que dichas conductas riesgosas podrían tener un origen multifactorial, donde la influencia del grupo y la cultura muestra que el consumo excesivo de alcohol y su edad de inicio constituyen los principales factores de riesgo para el comportamiento sexual vulnerable, además de estar asociado a la cantidad de parejas sexuales (Mola et al., 2017).

En Colombia, Orcasita, Mosquera, y Carrillo (2018) buscaban establecer relación entre las variables autoeficacia, autoconcepto y conductas sexuales de riesgo en 133 adolescentes entre 14 y 18 años; en primera instancia se obtuvo que el 43.2% de los adolescentes viven con ambos padres, el 33.3% viven únicamente con la madre, el 25.8% viven con otros familiares, y únicamente el 5.3% viven con el padre y otras personas distintas al núcleo familiar; adicionalmente, el 59.4% de la muestra total tuvo alguna vez una relación sexual vaginal, de ellos el 21.1% y el 9.8% han practicado sexo oral y anal respectivamente; siendo la edad de inicio de las relaciones sexuales a los 14 años (20.5%) y más del 13% de estudiantes tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 12 años; finalmente, se muestra diferencia estadísticamente significativa al nivel

del 95% en la autoeficacia en decir No en general en función al sexo, siendo los hombres más susceptibles a las conductas de riesgo.

Al abordar la problemática en Perú, los datos estadísticos informan que desde 1983 hasta mediados de 2017 la prevalencia del VIH en adolescentes llegó a 287 casos confirmados (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2017), asimismo, se registra un 14.6% de embarazos adolescentes, siendo las tasas más altas por región en Loreto (10.6%), Ayacucho (22.3%) y Lima (25%) (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015).

Ante ello, se infiere que las conductas sexuales de riesgo se presentan con mayor frecuencia a edades tempranas, y esto no excluye a los jóvenes y adultos, puesto que todos están inmersos en un patrón conductual riesgoso, unos más que otros; y es que el mundo globalizado donde vivimos da pase a que los medios de comunicación y el acceso al internet (variedad de redes sociales) muestren la sexualidad desde una perspectiva irreal e idealizada, que finalmente conlleva al adolescente a olvidar los componentes emocionales y prevalecer la conducta puramente sexual (Losa & Gonzáles, 2018).

Según lo propuesto por Castillo et al. (2017) y Oppong, Meyer, y Petersen (2015) los adolescentes muy frecuentemente muestran pensamientos erróneos respecto a la sexualidad, minimizando el riesgo de la práctica de relaciones sexuales sin responsabilidad, esto debido a que por lo general actúan de forma impulsiva y tienden a fantasear, lo cual los limita a considerar las consecuencias de sus acciones.

Tal información puede contrarrestarse con los resultados de un estudio realizado por Rengifo, Córdoba y Serrano (2012), reportándose que de un total de 400 adolescentes colombianos, el 63.7% (255) afirmaron haber tenido alguna relación sexual, de los cuales solo el 19% (76) usaron algún método anticonceptivo (como el preservativo masculino); asimismo, el 45.5% de dicha muestra indicaron no haber usado de forma frecuente o nunca el preservativo en sus relaciones sexuales, donde el 33.3% se justificó por estar bajo los efectos del alcohol, el 31.6% porque su pareja no estaba de acuerdo en usarlo, el 51% debido a disminución del placer sexual, y el 29% por no pensar en los riesgos de no usarlo.

De esta manera, el inicio sexual coital, vaginal o anal temprano o precoz, es aquel que se da antes de los 14 o 15 años de edad, siendo más frecuente en adolescentes pertenecientes a una sociedad económicamente media o baja, donde las consecuencias por sí son más que conocidas: embarazos no deseados, enfermedades de transmisión

sexual, deserción escolar (Vasilenko, Lefkowitz, & Welsh, 2014; Lee, Lee, Kim, Lee, & Park, 2015; Lara & Abdo, 2016).

Sintetizando, la conducta sexual de riesgo es la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles (ETS) como son el VIH o SIDA, y embarazos tempranos o no deseados (Espada, Quiles, & Méndez, 2003; Lima, Guerra, & Lima, 2017).

Lima, Neves y Lima (2012) analizaron las asociaciones de dicha problemática entre distintas características sociodemográficas, tales como los factores predictores: determinantes sociales, los estilos de vida durante la adolescencia, el sexo, el grupo de edad, el estatus socioeconómico, la etnia; y factores protectores: el entorno familiar, elementos personales y psicológicos.

En base a estos factores, un adecuado funcionamiento familiar permitirá al adolescente desarrollar la capacidad para enfrentar y superar las dificultades familiares en cada una de las etapas del ciclo vital así como las adversidades que afronte (Castellón & Ledesma, 2012); por lo tanto, los adolescentes que crezcan en familias sin una adecuada interacción entre sus miembros, con carencias de afectividad y practica de inadecuados estilos de crianza, entre otros factores posteriormente descritos, serán más propensos a incursionar en conductas sexuales de riesgo (Andrade et al., 2006).

Diversos estudios han analizado aspectos, tales como el funcionamiento familiar, la comunicación entre progenitores y adolescentes, los estilos parentales, y han encontrado asociaciones con el consumo de sustancias, considerando la familia como factor mediador de otros predictores de su consumo; a su vez, se ha observado vínculo con el comienzo de las relaciones sexuales o comportamientos sexuales de riesgo, destacando el papel de la comunicación o las reglas y mostrando la disfunción familiar una asociación con el inicio precoz de las relaciones sexuales de riesgo (Lima & Lima, 2014).

En la ciudad de México, Moral y Garza (2017) realizaron un estudio a fin estudiar la relación entre estilos parentales y conductas sexuales de riesgo en 385 estudiantes de 15 a 19 años; los resultados muestran que el estilo parental de mayor frecuencia en ambos padres es el autoritario seguido del estilo sobreprotector, donde los padres tienen a ser más permisivos en comparación a las madres quienes adoptan un estilo más sobreprotector, asimismo, las actividades parentales que más se relacionan con las

conductas sexuales de riesgo en ambos padres son la coerción física (como factor de riesgo) y la prohibición (como factor protector) (Moral & Garza, 2017).

En Ecuador un estudio buscó determinar la influencia del funcionamiento familiar y la conducta sexual de riesgo en 71 estudiantes entre 14 y 19 años entre los años 2015 y 2016; los resultados indicaron que el 49.3% de la población habían iniciado su vida sexual, donde las conductas sexuales de riesgo identificadas fueron: el inicio precoz de la vida sexual, no uso de preservativo, y múltiples parejas sexuales ($P < 0,05$) según sexo, asimismo, la mayoría mencionó conocer el preservativo como método de protección, sin embargo menos del 40% refirieron haber usado dicho método, además, el 54% de adolescentes que iniciaron su vida sexual pertenecían a familias disfuncionales y moderadamente funcionales con una tipología familiar ampliada y extensa (Pérez, Apupalo, & Creagh, 2018).

Castro y López (2018) indagaron la relación entre funcionamiento familiar y embarazo en adolescentes usuarias del Hospital San Jerónimo Montería, Colombia en una muestra total de 50 madres gestantes (50 familias) entre 14 y 19 años; los resultados indicaron que la edad promedio del 66% de adolescentes embarazadas es 15 años, y solo el 38% inició su vida sexual a los 14 años de los cuales, el 54% no usó algún método de protección y el 50% no tenía conocimiento de los métodos anticonceptivos; así mismo, el 68% tienen familias disfuncionales, lo que se relaciona significativamente a serias dificultades para suplir las necesidades físicas, emocionales y sociales en su núcleo, de allí que el 50% viven en unión libre (convivientes), el 72% tuvieron escasa conversación con sus padres sobre sexualidad, solo el 36% recibieron alguna vez información sobre sexualidad en el colegio, el 72% presentó antecedentes de fumar y beber licor y el 6% consumió sustancias alucinógenas en algún momento de su vida.

En Perú, Carmona, Beltran, Calderón, Piazza, y Chávez (2017) pretenden contextualizar el inicio sexual y el uso de anticonceptivos en 56 adolescentes entre 18 y 19 años procedentes de Iquitos, Huamanga y Lima; los resultados muestran que la edad de inicio sexual oscila entre 14 y 16 años, la iniciación sexual en varones fue con parejas ocasionales mientras que las mujeres se iniciaron sexualmente con parejas estables (enamorados), así también reportaron que los adolescentes con regular y mala comunicación familiar con sus progenitores presentan mayor frecuencia de inicio de relaciones sexuales y escaso uso de métodos anticonceptivos; según esta investigación hasta un 48,7% de adolescentes proviene de una familia disfuncional, lo cual incrementa su situación de riesgo.

En Tacna, un estudio enfocado en hallar la relación entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo en una población de 168 adolescentes entre 12 y 20 años, donde la recolección de información se hizo a través del Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL y conductas de riesgo; muestra que, del total de adolescentes, el 37.2% se hallan dentro de una familia moderadamente funcional, el 30% se encuentran en familias disfuncionales, el 26.8% corresponden a familias funcionales y el 6% tienen familias severamente disfuncionales; así también, con respecto a las conductas de riesgo, el 36.3% consume bebidas alcohólicas, el 25.6% consume tabaco, el 8.9% consume drogas ilegales, y el 28.6% ya había iniciado su vida sexual; se concluye que ante una funcionalidad familiar adecuada existe menor probabilidad de que los adolescentes realicen conductas de riesgo sexuales (Flores, 2014).

En la ciudad de Arequipa, Llaza y Ocoruro (2018) se enfocaron en determinar la relación entre funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo en una población de 210 estudiantes entre 14 y 19 años, se realizó mediante el Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL, entre otras evaluaciones; los resultados muestran que el 57.1% de adolescentes pertenecen a una familia moderadamente funcional, mientras que el 21.9% pertenece a una familia disfuncional, y con respecto a las conductas de riesgo, el 51.4% presenta depresión, el 21.4% prevalece por consumo de alcohol y drogas y el 21% muestra conductas sexuales de riesgo; siendo en esta última conducta riesgosa la iniciación sexual altamente significativa ($p < .001$) con funcionamiento familiar.

En Huancavelica, Albornoz, Encalada, y Meza (2018) determinaron la relación entre el funcionamiento familiar percibido y las conductas de riesgo en 69 adolescentes de 15 y 19 años, los resultados muestran que del total de la población de estudio, el 32% corresponden a una familia funcional mientras que el 68% pertenecen a una familia disfuncional, el 75% presentó las conductas de mayor riesgo como son: consumo de alcohol, tabaco u otras drogas e inicio de vida sexual precoz; en suma, este estudio corrobora los datos presentados por las demás investigaciones con respecto a que, existe correlación entre funcionamiento familiar ineficaz y conductas de riesgo ($p = .000$).

A nivel local, en el Instituto Materno Perinatal (INMP) ubicado en Lima, Chávez (2016) realizó un estudio respecto a la relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en 128 adolescentes entre 10 y 19 años; los resultados muestran que el 81.4% de adolescentes presentan una familia disfuncional, siendo el uso de métodos anticonceptivos de barrera, el presentar antecedentes de algún tipo de

ITS, múltiples parejas sexuales y el inicio precoz de las relaciones sexuales, las principales conductas de riesgo manifestadas en estas familias; asimismo, el 60.4% perteneciente a familias disfuncionales muestran mayor frecuencia de iniciación sexual a los 15 años o antes, en comparación al 31.8% procedentes de familias funcionales que se iniciaron sexualmente a la edad de 17 años.

De igual forma, se realizó otro estudio con el mismo objetivo de analizar las relación entre funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo en 69 estudiantes entre 16 y 24 años de una Institución Pública de Lima, los resultados evidencian que el 58% de los estudiantes tienen adecuado funcionamiento familiar, el 23.2% tiene un funcionamiento familiar moderado y el 18.8% tiene funcionamiento familiar disfuncional; y con respecto a las conductas sexuales, el 63.8% se encuentran fuera de riesgo sexual, el 21.7% están en bajo nivel de riesgo sexual, el 13% presentan conductas de riesgo, y el 1.4% practican conductas sexuales de alto riesgo, esto datos estadísticos muestran que a mayor funcionamiento familiar menos probable son la práctica de conductas sexuales de riesgo en los jóvenes (Mejía, 2019).

Se conceptualiza el funcionamiento familiar como el esfuerzo de los integrantes para afrontar los cambios que se producen en el entorno familiar mediante estrategias óptimas y adecuada comunicación, esta variable guarda relación con la conducta sexual de riesgo en los adolescentes, dado que la familia brinda el soporte emocional y social al individuo desde su niñez consolidando su personalidad y autoestima desde la adolescencia; además, un adecuado funcionamiento familiar permitirá al adolescente desarrollar la capacidad para enfrentar y superar las dificultades familiares en cada una de las etapas del ciclo vital así como las adversidades que afronte; por lo tanto, los adolescentes que crezcan en familias sin una adecuada interacción entre sus miembros, con carencias de afectividad y practica de inadecuados estilos de crianza, entre otros factores posteriormente descritos, serán más propensos a incursionar en conductas sexuales de riesgo.

Los estudios detallados muestran la realidad de la población adolescente a nivel mundial y nacional, es por ello que mediante el presente estudio se pretende hallar la asociación entre conductas sexuales de riesgo y funcionamiento familiar que presentan los adolescentes peruanos de 14 a 19 años; en el cual los resultados permitirá la creación de programas de intervención y prevención así como propuestas terapéuticas, además del respaldo de las investigaciones ya existentes y la creación de nuevas ideas de investigación.

Finalmente, como objetivo general de investigación se pretende establecer si existe relación significativa entre conductas sexuales de riesgo y funcionamiento familiar en estudiantes de 14 a 19 años de edad en instituciones públicas y privadas de Lima; a fin de corroborar y ampliar los estudios similares en población Peruana Asimismo, como objetivos específicos se pretende identificar, primero las conductas sexuales de riesgo que practican los estudiantes de media y segundo el nivel de funcionamiento familiar presente en los adolescentes encuestados.

2. Marco conceptual

2.1. Definición de conducta sexual

Es el conjunto de actitudes que tienden a estimular la excitación y/o el erotismo en sí mismo y en la pareja; expresan sentimientos sexuales e involucra ósculos, caricias, masturbación, *petting* (actos sexuales no penetrativos), sexo oral, vaginal y anal, sexo por teléfono, *sexting* (envío o recepción de mensajes de texto o imágenes con contenido sexual explícito), y sexo por chat (con o sin cámara) (García-Vega et al., 2012; Tulloch & Kaufman, 2013).

2.2. Definición de conducta de riesgo

Es el conjunto de acciones voluntarias e involuntarias, múltiples y biopsicosociales, realizadas por un individuo o grupo de personas, que conllevan a consecuencias nocivas (Corona & Peralta, 2011; Méndez & Ruiz-Esteban, 2020); caracterizándose por sensación de invulnerabilidad, necesidad de experimentación, alta susceptibilidad frente a la influencia y presión de los pares y falta de capacidad para postergar, planificar y prever consecuencias futuras (Garrido, León, López, & Ojea, 2019; Paz, 2019; Sancí, Webb, & Hocking, 2018).

2.3. Definición e implicancias de la conducta sexual de riesgo

Se define esta variable como aquellas conductas sexuales repetidas y fuera de límite que exponen al individuo a situaciones donde su salud y la de otra persona puedan verse afectadas, comprometiendo así su desarrollo psicosocial normal durante la infancia o adolescencia; principalmente por el contagio de ETS/SIDA y la probabilidad de contraer embarazos no deseados (Aliaga, 2017; Espada et al., 2003).

Tal comportamiento sexual implica como riesgo a las relaciones sexuales con o sin uso de medidas de protección (barreras anticonceptivas), múltiples parejas sexuales, ETS o Sida, consumo de drogas, alcohol y tabaco, embarazo precoz, abuso sexual y aborto (González, Molina, Montero, Martínez & Leyton, 2007). Además, las CSR no son el producto de la falta de conocimiento de cómo protegerse, más bien, el significado que se le puede atribuir a los elevados índices de riesgo es por no usar el preservativo y por el inicio de las relaciones sexuales a edad precoz, fundamentado en la cognición inmadura de cada adolescente (Fierros, Rivera, & Piña, 2011; Losa & Gonzáles, 2018; Vidal & Hernández, 2017).

2.3.1. Dimensiones de la conducta sexual de riesgo en adolescentes

Según Rojas (2011) y Vivo et al. (2013) los comportamientos que incrementan la práctica de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes son:

- a. *Múltiples parejas sexuales y sin protección*; que conlleva a un incremento en la difusión de enfermedades de transmisión sexual (VIH/SIDA).
- b. *Inicio precoz en las relaciones sexuales*; debido a la falta de comunicación familiar, influencia de los medios de comunicación, desarrollo físico y psicológico precoz y falta de educación sexual (Holguín et al., 2013).
- c. *La identidad y orientación sexual*; debido a la escasa protección en sus actos sexuales con su mismo sexo.
- d. *Inestabilidad en las parejas*; debido a la falta de madurez emocional.
- e. *Uso inconsciente de los métodos anticonceptivos*; ya sea por desconocimiento o descuido, está asociado a un bajo nivel de autopercepción de riesgo.
- f. *Consumo de alcohol, tabaco u otras drogas*; asociado directamente a la influencia de los pares, siendo un predictor alto del contagio de enfermedades sexuales letales.

2.3.2. Factores asociados a la conducta sexual de riesgo en adolescentes

Según Alfonso y Figueroa (2017) los factores que conllevan al adolescente a adoptar una o más conductas sexuales de riesgo son:

a. Factores biológicos

Implica la maduración sexual del/la adolescente que estimula la atracción sexual y repercute en la identidad personal del individuo (Overbeek, Bongardt, & Baams, 2018).

b. Desarrollo cognitivo, psicosocial y afectivo-motivacional

Formación del desarrollo cognitivo y psicosocial en desarrollo, pensamiento hipotético deductivo, inestabilidad emocional, egocentrismo, omnipotencia, carácter dicotómico, no prevee y analiza las consecuencias de sus actos dado que no hay responsabilidad en la toma de decisiones (Napa, 2015).

c. La familia

Los padres son responsables de velar por el bienestar general de los hijos, lo cual también implica la educación sexual; no obstante, cada vez los padres se encuentran más distanciados de sus hijos debido a distintos factores, dificultando la comunicación y mostrando escaso soporte afectivo (Chávez, 2016; Fadrugas, Deliz, & Maure, 2015).

d. El grupo de pares

Ejercen mayor influencia sobre la conducta y aún más en la conducta sexual, la presión de los pares es de principal importancia, ya que los integrantes de dicho grupo adoptan el papel de modelo de conductas, siendo la interrelación con el grupo de iguales

más significativo y valorado en comparación con la familia (Gaete, 2015; Sanders, 2013).

e. Consumo de sustancias (alcohol u otras drogas)

Búsqueda de sensaciones e interacción social con otros adolescentes, siendo altamente vulnerables ante conductas desinhibidas de consumo de sustancias psicoactivas que conlleva a la disminución de la percepción de riesgo (Gámez, Santisteban, & Resett, 2017; Moreno, Valdez, Gámez, & Ahumada, 2017).

f. Educación sexual

Periodo formativo donde se establece conductas adecuadas y estilos de vida saludable, no obstante, una inadecuada orientación sexual conlleva al inicio temprano en relaciones sexuales íntimas sin amor y sin protección, (Kazdough, Ammari, Bouftini, Fakir, & Achhab, 2019).

g. Medios de comunicación

Trasmiten todo tipo de información, muchos de los cuales muestran estímulos sexuales, incrementando la curiosidad de los adolescentes y siendo aún más influenciados por “modelos populares” que ellos perciben como “lo ideal”; lo que finalmente desencadena el incremento de conductas de riesgo sexual (Alfonso & Figueroa, 2017; Cárdenas, 2015; García et al., 2015).

2.3.3. Consecuencias de las conductas sexuales de riesgo

Según lo expuesto, las principales consecuencias que acarrea las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes son:

- *El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)*; implica la presencia de alguna de las más de 20 infecciones relacionados con el VIH (OMS, 2015).
- *El virus de inmunodeficiencia humana (VIH)*; sigue siendo uno de los problemas de salud pública más graves del mundo y con mayor reporte de índices en población joven por los distintos factores ya mencionados (ONUSIDA, 2016).
- *Embarazos no deseados*; la OMS (2012); un embarazo precoz implica daño emocional, menos oportunidades de autorealización, y probablemente menos acceso a cuidados calificados prenatales, del parto y de post-parto.

2.4. Funcionamiento familiar

2.4.1. Definición de familia

La OMS (2015) menciona que la familia es el principal organismo social en la cual existe un vínculo ya sea por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad

doméstica, asimismo es el ambiente donde se establecen el comportamiento y las decisiones en materia de salud (Citado por Sigüenza, 2015).

La perspectiva planteada por David Olson (2006) sostiene que la familia es el núcleo fundamental de toda sociedad, considerada de vital importancia, que repercute significativamente en actitudes saludables. Es un sistema social compuesto de dos o más personas unidas por un compromiso emocional que le permiten vincularse con otros sistemas sociales. (Martínez, Iraurgi, Galindez, & Sanz, 2006).

Según Minuchin (2004) la familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. En tanto, Ponce (2015) refiere que la familia se podría definir como un sistema social donde se establece el respeto, protección y cumplimiento de sus obligaciones con los demás sistemas, siendo estas inducidas por los valores socioculturales en los cuales se desenvuelve.

2.4.2. Tipos de familia según Román, Martín, y Carbonero (2009):

- a. *Familia extensa*: Está conformada por integrantes de diversas generaciones en un mismo ambiente familiar (Montserrat, 2006).
- b. *Familia nuclear*: Compuesta por padre, madre e hijos, siendo este período determinado, dado que debe escindirse para donar a los hijos con el fin de formar un nuevo núcleo una vez cumplido su ciclo evolutivo. (Mejía, 2019).
- c. *Familia monoparental*: Caracterizada por poseer solo uno de los progenitores, ya sea madre o padre con uno o varios hijos como consecuencia de una separación, viudez y abandono por parte de un progenitor (Llaza & Ocoruro, 2018).
- d. *Familia reconstituida*: Es la formación de nuevas parejas después de una ruptura matrimonial, en la cual se da el establecimiento de nuevos núcleos familiares; en este tipo de familia los miembros afrontan nuevos roles y funciones (Llaza & Ocoruro, 2018).

2.4.3. Definición de Funcionamiento familiar

Es el resultado de los esfuerzos de los integrantes para afrontar los diferentes cambios que se producen en el entorno familiar, ya sea por la etapa del ciclo vital en el que se encuentre o por determinadas situaciones que causan tensión, no obstante, se logra un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante esos eventos (Casasa, Ramírez, & Guillén, 2016).

Minuchin, alega que la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no se ajusta a la ausencia de problemas dentro de ésta sino, por el contrario, del modo como afronte

las dificultades y de la manera cómo se adecua a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro que conforma el ambiente familiar (citado por Llaza & Ocoruro, 2018).

2.4.4. Tipos de funcionamiento familiar

a. Familia funcional

Es aquella que logra suscitar el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable, enfrentan las crisis unidos, cada miembro asume un rol y es capaz de identificar el problema, respeta la autonomía, los espacios y roles de los demás (Castellón & Ledesma, 2012; Paz, 2007).

b. Familia disfuncional

En este tipo de familia se presentan dificultades para resolver conflictos, ante los demás muestran aparente felicidad y la comunicación no se da de una manera clara por lo cual se presenta alteraciones y problemas entre sus integrantes (Pillcorema, 2013).

2.4.5. Modelo teórico del Funcionamiento Familiar de Louro

Louro (2004) considera a la familia parte de la estructura social por lo cual está condicionada por las normas sociales, biológicas, psicológicas y económicas. Además, refiere que el funcionamiento de la familia se constituye a partir de las relaciones, es decir, la forma como los miembros interactúan, generando una identidad propia como grupo interactivo y sistémico, el cual está determinado por el contexto histórico social; asimismo, el funcionamiento está constituido por las conductas habituales y relativamente estables de la familia, las cuales producen un clima psicológico particular, que puede ser agradable, brindando así seguridad y satisfacción; caso contrario, desagradable, donde existe la tensión, la angustia y el temor.

Este modelo de funcionamiento familiar propone siete dimensiones:

- a. *Cohesión*, que implica la unión física y emocional en la toma de decisiones y sobrellevar las diversas situaciones.
- b. *Armonía*, que refiere al equilibrio emocional positivo entre los intereses y las necesidades individuales.
- c. *Comunicación*, que denota la capacidad de los individuos para transmitir sus experiencias.
- d. *Permeabilidad*, que alude a la capacidad de recibir y brindar experiencias a otras familias.
- e. *Afectividad*, que refiere a la capacidad de manifestar afecto a los demás integrantes de la familia.

- f. *Roles*, que alude a las responsabilidades y funciones de los miembros.
- g. *Adaptabilidad*, que es la capacidad para cambiar la estructura, las relaciones y las reglas.

A partir de lo propuesto, Louro (2003) identifica los siguientes tipos de FF:

- a. *La familia funcional*, es un sistema donde los roles de todos los miembros están establecidos democráticamente, y todos los miembros trabajan y cooperan equitativamente para lograr el bienestar familiar.
- b. *La familia moderadamente funcional*, se caracteriza porque dentro de los roles de la familia existen uno que otros puntos críticos que tardan en resolverse, de esta manera hace que la integración se debilite.
- c. *La familia disfuncional*, existen dificultades brindar y recibir afecto, aunque existe el deseo de cuidar a los hijos se desconoce cómo hacerlo adecuadamente.
- d. *La familia severamente disfuncional*, es una familia caótica, donde se caracteriza la manipulación, la crítica y carece de comunicación.

2.5.Marco conceptual de la población

2.5.1.Adolescencia

La OMS (2005) define la adolescencia como el período de vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y están en busca de su independencia (Águila, Díaz & Díaz, 2018). Asimismo, está dividida en tres sub etapas denominadas adolescencia temprana, media y tardía (Breinbauer y Maddaleno, 2005). Cada sub etapa comprende los siguientes rangos de edad según Gutgesell y Payne (2004): adolescencia temprana, etapa que abarca las edades de 10 hasta los 13 o 14 años; adolescencia media, etapa que puede iniciar desde los 14 o 15 años hasta la edad de 16 a 17 años; y finalmente adolescencia tardía, que comprende a partir de los 17 a 19 años en adelante teniendo en cuenta el desarrollo y madurez psicosocial para dar paso a la adultez (Restrepo, 2010).

Según Delago (2010) los cambios producidos en esta etapa ocasionan mayor importancia de los comportamientos sociales ya que las nuevas situaciones que vivencia hacen, de las relaciones sociales competentes y de las habilidades sociales necesarias, los elementos primordiales para alcanzar el ajuste y funcionamiento exitoso en la sociedad.

La adolescencia es una etapa que obliga al individuo a reformularse los conceptos que ha adquirido hasta ese punto de su vida, acerca de sí mismo, de sus padres, sus

amigos, sus intereses, etc., que le lleva a abandonar su etapa infantil y a proyectarse al futuro como adulto; entonces nos referimos a la adolescencia como aquel proceso de cambio y desprendimiento.

Asimismo, como criterios de inclusión para la recolección de datos, se tomó en cuenta adolescentes de ambos sexos, que se hallen en el rango de edad previamente establecido, estudiantes activos, participación voluntaria previa aceptación del consentimiento informado dirigido a cada estudiante y al Director académico de la Institución Educativa (IE), el cual será evidenciado mediante una carta de autorización emitida por cada IE; en tanto que, como criterios de exclusión se depurará aquellas evaluaciones que contengan más del 2.5% de preguntas omitidas, aquellas que no hayan contestado a la primera pregunta del Cuestionario de Conducta Sexual de Riesgo y las pruebas donde se haya contestado al azar.

3. Metodología

3.1. Diseño y tipo de investigación

La presente investigación corresponde a un estudio no experimental y de corte transversal debido a que no se manipula las variables, asimismo se pretende recolectar los datos en un solo momento. El alcance del estudio es correlacional puesto que se busca identificar si existe relación significativa entre las variables funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

3.2. Población y muestra

La población estuvo compuesta por estudiantes de Instituciones Educativas de Lima, el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia (López, 2004), obteniendo una muestra de 201 adolescentes de ambos sexos del 3° al 5° año de secundaria. Las edades de los encuestados oscilaban entre 14 a 19 años de ambos sexos, siendo el 68.2% adolescentes en etapa media y el 31.8% adolescentes en etapa tardía.

Por otro lado, respecto a las personas con las que vive la población, el 65% viven con ambos padres, y sólo el 16% viven con la madre.

3.3. Instrumentos

3.3.1. Cuestionario de Conducta Sexual de Riesgo

El cuestionario fue diseñado por Apaza, Quiroz y Estelo (2017) en base al trabajo de investigación desarrollado por Tarazona (2005) en Lima, Perú, estudio de tipo correlacional y diseño no experimental además de ser descriptivo simple al consistir en el cálculo de coeficientes de validez y confiabilidad, con una población de 400 estudiantes entre hombres y mujeres de instituciones educativas nacionales y privadas procedentes de Pachacamac, Ate, Santa Anita, El Agustino y Cieneguilla; tal estudio aborda la asociación entre el comportamiento sexual y las variables psicológicas: satisfacción con la vida, autoestima, estereotipia genérica y locus de control, y por otro lado, con seis variables demográficas: edad, tipo de colegio, sexo, pareja, ocupación actual y habitabilidad, en estudiantes de 5to año del nivel secundario. La Escala diseñada por el autor Tarazona (2005) es un autorreporte de prácticas sexuales que consta de 12 ítems y 3 dimensiones (complejidad, antigüedad y periodicidad). La validez de constructo se realizó mediante la prueba t de Student mostrando alto nivel de validez (52.87) y en cuanto al Coeficiente Alpha de Cronbach se percibe una adecuada confiabilidad (0.66).

El proceso de validación del cuestionario elaborado por Apaza, Quiroz y Estelo (2017) se realizó mediante la estimación del Coeficiente V de Aikeen a partir de la

opinión de un grupo de expertos y jueces para aceptar o rechazar ítems, procedimiento que consiste en hacer que un grupo de jueces expertos verifiquen la representatividad de los indicadores de la conducta que se mide y de los ítems propuestos (Alarcón, 1998); se calculó el Coeficiente de Validez V de Aiken, aceptándose los ítems que alcancen valores estadísticamente significativos al 0.05 en todas las áreas evaluadas (pertinencia, relevancia y claridad). Se obtuvo que el cuestionario representaría adecuadamente el área del comportamiento sexual que pretende medir y, además, presentó un vocabulario adecuado y claridad en su redacción.

Posteriormente se aplicó en una población estudiantil conformada por 300 integrantes de nivel secundario correspondiente a la investigación científica “Estilos de afrontamiento y conducta sexual de riesgo en adolescentes de tres instituciones educativas del distrito de Lurigancho” realizada por Apaza, Quiroz y Estelo (2017). En tanto, el presente cuestionario evalúa las manifestaciones del comportamiento sexual a partir del autorreporte de prácticas sexuales constituida por 15 ítems de evaluación.

Asimismo, el cuestionario está constituido en base a 3 dimensiones según lo propuesto por Tarazona (2005):

- a) *Complejidad*: Es el grado de variedad en el comportamiento sexual, medido en función de variables psicológicas y demográficas, donde ambos grupos de variables medidas resultan significativas para explicar la varianza de la complejidad del comportamiento sexual. Consta de 11 ítems (3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15) y 7 sub-ítems (10.1, 10.2, 12.2, 12.3, 13.1, 14.1, 14.2) de tipo cerrado a contestarse forzosamente en alguna de las siguientes opciones: “Sí” y “No”, a excepción de los ítems 8, 11 y 13.1 que explican las razones del no usar preservativo, acciones realizadas para evitar contraer ETS y para tratar la enfermedad en caso se haya producido el contagio, respectivamente.
- b) *Antigüedad*: Dimensión que deduce la edad de inicio sexual del adolescente. Se calcula restando a la edad actual, la edad tenida en la práctica sexual reportada a menor edad; a mayor puntuación, mayor antigüedad en su comportamiento sexual (ítem 2).
- c) *Periodicidad*: Mide la cantidad y frecuencia de la realización de comportamientos sexuales. Consta de 2 ítems (4, 6) y 4 sub-ítems (5.1, 5.2, 5.3, 12.1), a ser contestados de forma abierta, a excepción del ítem 6 que mide la frecuencia del uso de preservativo en base a las siguientes respuestas: siempre, a veces y nunca.

Variable	Dimensión	Escala	Indicador	Valores
Comportamiento sexual	Complejidad	Intervalo	Número de comportamientos de tipo sexual (fantasías, besos, caricias y coito) en los que un individuo reporta tener alguna experiencia	0-5
	Antigüedad	Intervalo	Número de años transcurridos desde el año en que el participante reporta haber tenido su primer comportamiento de tipo sexual (fantasías, besos, caricias y coito)	Abierto
	Periodicidad	Intervalo	Frecuencia con que el participante reporta realizar prácticas de tipo sexual (fantasías, besos, caricias y coito)	0-16

Figura 1. Dimensiones del Cuestionario de comportamiento sexual

El cuestionario de conductas sexuales de riesgo no presenta un puntaje directo, mas bien se analiza de forma cualitativa; es decir, en la investigación se correlaciona la variable 1 (Funcionamiento familiar) con cada ítem del cuestionario sexual a fin de hallar una asociación más específica y directa; esto debido a la estructura de cada pregunta y los tipos de respuesta presente en dicho cuestionario. Para obtener un análisis objetivo, crítico y específico de los resultados se toma en cuenta las dimensiones y sus respectivos ítems de evaluación.

3.3.2. Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

Es un test diseñado por Isabel Louro el cual permite diagnosticar el funcionamiento familiar, es decir, identificar la dinámica relacional que se da entre los miembros de una familia. Luego de la construcción de la escala se optó por realizar una validez del contenido. Para ello, contó con la participación de 25 expertos, quienes demostraron la pertenencia de las características del inventario, así mismo establecieron el valor de cada una de ellas en la afectación de la salud familiar. De esta manera, los criterios para validar la prueba fueron los criterios Murayama, en el cual se evaluó que los ítems sean razonables y comprensibles, se obtuvo que cada enunciado correspondía a la categoría designada, asimismo se evaluó que los componentes estén claramente definidos; por lo tanto, los jueces determinaron que los ítems cumplían con los criterios establecidos.

En cuanto a la evaluación de consistencia de la prueba, se obtuvo un coeficiente global de 0.84 lo que significa una homogeneidad entre los reactivos; así también, en el estudio de la confiabilidad temporal se obtuvo un valor de 0.93, lo que demuestra que los resultados de la prueba se mantienen durante el tiempo (Louro, 2003).

Por otro lado, para la aplicación del Test de Funcionalidad Familiar de Isabel Louro, se tomó en cuenta el estudio realizado por Panuera (2018), una investigación de tipo descriptivo correlacional titulada “Funcionalidad familiar, estilos parentales y

sintomatología depresiva en adolescentes de 3ero, 4to y 5to grado de secundaria de una institución educativa estatal en Chorrillos, Lima” quien adaptó dicho instrumento en nuestro país teniendo como muestra a 412 adolescentes.

La validez de contenido para tal adaptación psicométrica se realizó mediante el método de criterio de jueces, para ello se contó con la participación de 5 expertos, donde los resultados indicaron que la prueba es válida, observándose un V de Aiken de 1.00, concluyéndose que todos los ítems deben permanecer en la escala.

Asimismo, el análisis fue estudiado a partir del coeficiente de correlación ítem-test corregida, donde se encontró que existía una correlación directa entre los ítems y la prueba. Así también, al realizarse el análisis de la confiabilidad, se observó una adecuada confiabilidad, siendo el alfa de Cronbach igual a .88, lo que permite aseverar que con esta prueba se obtienen puntajes consistentes.

En cuanto a la estructura de la prueba, el tipo de respuesta es Likert, está compuesto por 14 ítems, expone una serie de situaciones que se pueden suscitar o no en la familia, por lo cual para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas: Casi nunca, Pocas veces, A veces, Muchas veces, y Casi siempre; donde la puntuación total es la suma de los mismos, para finalmente asignarle un diagnóstico de funcionamiento familiar (Louro, 2004).

Asimismo, según Pérez, Cuesta, Louro y Bayarre (1997), el test de funcionamiento familiar está constituido por 7 dimensiones las cuales se describen a continuación:

- a) *Cohesión*: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de tareas cotidianas. Evalúa los ítems 1 y 8.
- b) *Armonía*: Correspondencia entre intereses y necesidades individuales con los de la familia, enmarcado en un equilibrio emocional positivo. Evalúa los ítems 2 y 13.
- c) *Comunicación*: Capacidad de los miembros para transmitir experiencias y conocimientos de forma clara y directa. Evalúa los ítems 5 y 11.
- d) *Adaptabilidad*: Habilidad para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante situaciones que lo ameriten. Evalúa los ítems 6 y 10.
- e) *Afectividad*: Capacidad de los miembros para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. Evalúa los ítems 4 y 14.
- f) *Rol*: Cada miembro cumple las responsabilidades negociadas por el núcleo familiar. Evalúa los ítems 3 y 9.

g) *Permeabilidad*: Capacidad para brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. Evalúa los ítems 7 y 12.

Finalmente, para la calificación se puntúa entre 5-1, según la respuesta: “Casi siempre” = 5; “Muchas veces” = 4; “A veces” = 3; “Pocas veces” = 2; “Casi nunca” = 1. Posteriormente, se realiza la sumatoria de los puntos por ítems a fin de obtener el Puntaje Directo o puntaje total, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar: Familia funcional (70-57), Familia moderadamente funcional (56-43), Familia disfuncional (42-28) y Familia severamente disfuncional (27-14) (Pérez et al., 1997).

3.4.Ficha de registro: características sociodemográfica de los participantes

Se aplicó las escalas de medición de variables a una muestra, no probabilística, de 201 adolescentes procedentes del departamento de Lima, durante los meses de agosto, septiembre y noviembre de 2020. Los participantes estuvieron conformados por adolescentes de 15 a 19 años de ambos géneros, que se hallan cursando 3ero, 4to y 5to grado del nivel secundario. Los datos sociodemográficos que serán recabados en las evaluaciones son: edad, sexo, grado académico (estudiante de secundaria o universitario) y personas con quien vive.

3.5.Proceso de recolección de datos

El proceso de recolección de datos tuvo una duración aproximada de tres meses, siendo aplicadas de forma virtual, dada la coyuntura del país en la actualidad. Los enlaces virtuales (link's) de las evaluaciones correspondientes a cada variable de estudio, previamente plasmadas mediante el aplicativo “Google formularios”, fueron compartidos por difusión a los participantes procedentes de las IE previamente autorizadas.

3.6.Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 26.0, haciendo uso de las Tablas de Frecuencia y Tablas Cruzadas, así como el estadístico chi-cuadrado de Pearson para analizar los resultados de los datos y cumplir con el objetivo general.

4. Resultados

4.1. Análisis descriptivo

4.1.1. Funcionamiento familiar

En la tabla 1 se aprecia que el 36.8% de adolescentes muestran una dinámica familiar moderadamente funcional; del mismo modo, el 34.3% de adolescentes se hallan en la dimensión familiar de tipo funcional; sin embargo, el 23.4% presentan una familia disfuncional; y únicamente el 5.5% vive en un entorno familiar severamente disfuncional.

Tabla 1

Análisis descriptivo del funcionamiento familiar en adolescentes de 14 a 19 años

	n	%
Severamente disfuncional	11	5.5%
Disfuncional	47	23.4%
Moderadamente funcional	74	36.8%
Funcional	69	34.3%
Total	201	100%

4.1.2. Funcionamiento familiar según datos sociodemográficos

En la tabla 2 se observa que, en su mayoría, el sexo masculino (39.3%) demuestra una dinámica familiar de tipo funcional, en tanto que el sexo femenino (41.9%) presenta una familia moderadamente funcional; asimismo, el 29.8% de varones se encuentra en la dimensión de familia moderadamente funcional, mientras que el 30.8% de mujeres corresponden a una familia funcional; sin embargo, el 27.4% de hombres y el 20.5% de mujeres presentan el tipo de familia disfuncional; y sólo el 3.6% de varones y el 6.8% de mujeres se hallan en la dimensión de familia severamente disfuncional.

Tabla 2

Análisis descriptivo del funcionamiento familiar según sexo

	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	N	%	n	%
Severamente disfuncional	3	3.6%	8	6.8%
Disfuncional	23	27.4%	24	20.5%
Moderadamente funcional	25	29.8%	49	41.9%
Funcional	33	39.3%	36	30.8%

La tabla 3 se divide en dos secciones, la primera parte corresponde a la adolescencia media comprendida entre 14 y 16 años, de los cuales el 24.4% pertenece a una familia

funcional, el 23.4% se encuentra en una familia moderadamente funcional, el 16.9% muestra una familia disfuncional, y sólo el 3.5% evidencia una familia severamente disfuncional; la segunda parte corresponde a la adolescencia tardía comprendida entre 17 y 19 años, donde el 13.4% pertenece a una familia moderadamente funcional, el 10% se halla en una familia funcional, el 6.5% está inmerso en una familia disfuncional, y solo el 2% viven en un entorno familiar severamente disfuncional.

Tabla 3

Análisis descriptivo del funcionamiento familiar según edad

	Edad			
	Adolescencia media		Adolescencia tardía	
	14 a 16		17 a 19	
	n	%	n	%
Severamente disfuncional	7	3.5%	4	2%
Disfuncional	34	16.9%	13	6.5%
Moderadamente funcional	47	23.4%	27	13.4%
Funcional	49	24.4%	20	10%
Total	137	68.2%	64	31.8%

4.1.3. Conductas sexuales de riesgo

En la figura 2 se estima que el 28.4% de los adolescentes encuestados refieren haber iniciado su vida sexual, mientras que el 71.6% restante menciona no haber iniciado su vida sexual.

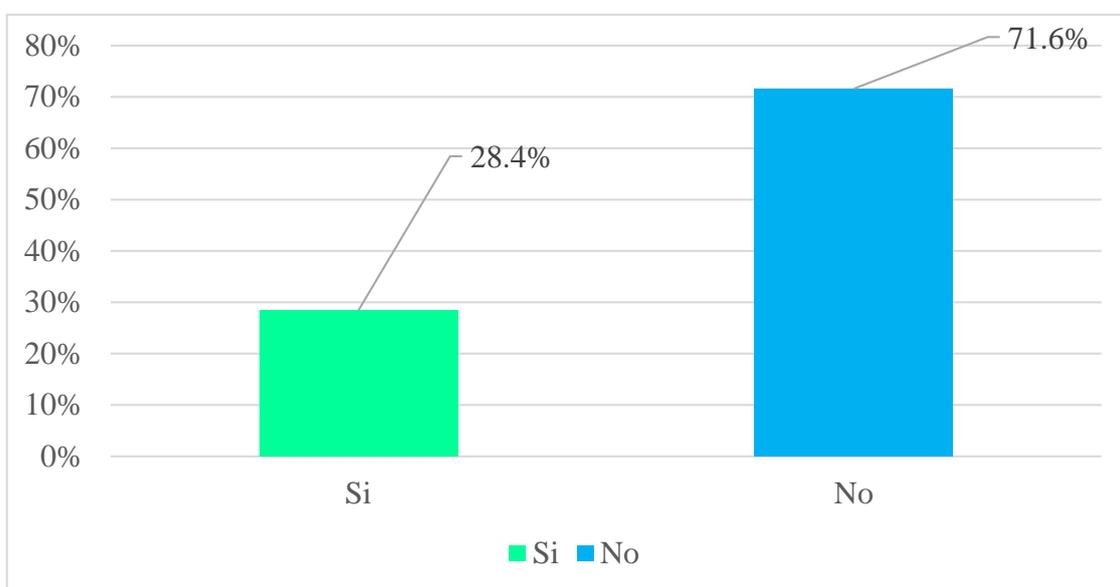


Figura 2. Inicio temprano de vida sexual

En la figura 3 se considera que el 22.8% inició a los 15 años, el 21.1% a los 17 años, el 15.8% a los 14 años, el 14% a los 16 años, el 12.3% a los 13 años, el 8.8% a los 18 años, el 3.5% a los 19 años y finalmente, el 1.8% a los 12 años.

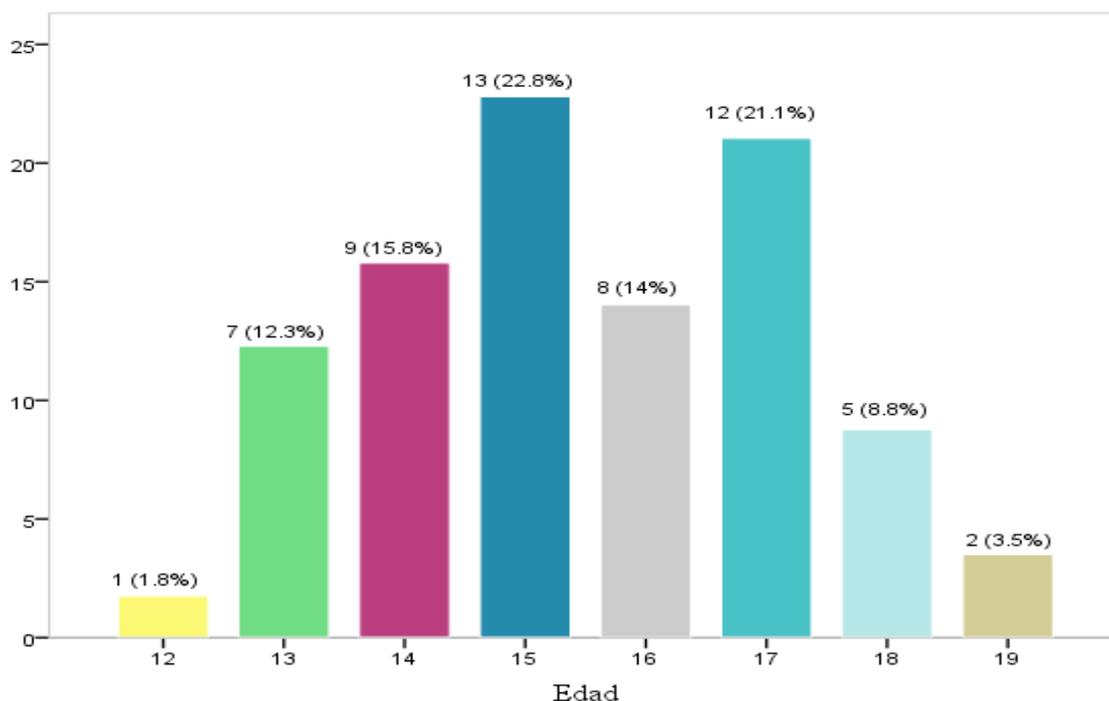


Figura 3. Edad de inicio de vida sexual en adolescentes

En la tabla 4 se muestra una variación moderada en cuanto al uso (64.4%) y no uso (38.6%) de preservativo en la primera relación sexual, de igual manera en el uso (52.6%) y no uso (47.4%) de preservativo en la última relación sexual. Por otro lado, el 73.7% no han practicado relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o sustancias psicoactivas; así también, solo el 28.1% de la población han tenido relaciones sexuales con personas desconocidas, de los cuales el 37.5% no usaron protección (algún tipo de preservativo) y el 31.3% estuvo bajo el efecto de sustancias psicoactivas; finalmente, el 1.8% indicó haber practicado relaciones sexuales en grupo y con trabajadoras sexuales.

Tabla 4

Conductas sexuales de riesgo en adolescentes

	Sí		No	
	n	%	n	%
Uso de preservativo en la primera relación sexual	35	61.4%	22	38.6%
Uso de preservativo en la última relación sexual	30	52.6%	27	47.4%
Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o sustancias psicoactivas	15	26.3%	42	73.7%
Relaciones sexuales con personas recién conocidas (en fiestas, discotecas, chat, etc.)	16	28.1%	41	71.9%
Uso de protección en relaciones sexuales con personas recién conocidas	10	62.5%	6	37.5%

Uso de sustancias psicoactivas en relaciones sexuales con personas recién conocidas	5	31.3%	11	68.8%
Relaciones sexuales en grupo	1	1.8%	56	98.2%
Relaciones sexuales con trabajadoras sexuales	1	1.8%	56	98.2%

En la tabla 5 se percibe que, en toda la vida sexual, la mayoría de adolescentes ha tenido solo una pareja sexual (59.6%), en tanto que el 10.5% y 8.8% indican que el número de parejas sexuales asciende a tres y dos respectivamente. Por otro lado, el 5.3% han tenido cuatro y seis parejas sexuales en su vida, mientras que sólo el 1.8 % ha tenido ocho, nueve y catorce parejas sexuales. Respecto a los últimos seis meses de vida sexual, el 83.9% indica haber tenido una pareja sexual, el 12.9% dos parejas sexuales y, por último, el 3.2% presenta catorce parejas sexuales.

Tabla 5

Número de parejas sexuales en adolescentes

	n	%
En toda su vida		
Una pareja sexual	34	59.6
Dos parejas sexuales	5	8.8
Tres parejas sexuales	6	10.5
Cuatro parejas sexuales	3	5.3
Cinco parejas sexuales	1	1.8
Seis parejas sexuales	3	5.3
Siete parejas sexuales	2	3.5
Ocho parejas sexuales	1	1.8
Nueve parejas sexuales	1	1.8
Catorce parejas sexuales	1	1.8
En los últimos seis meses		
Una pareja sexual	26	83.9
Dos parejas sexuales	4	12.9
Catorce parejas sexuales	1	3.2

En la tabla 6 se aprecia que el 45.6% menciona usar “a veces” el preservativo en las relaciones sexuales, el 42.1% refieren “siempre” usar el preservativo, mientras que el 12.3% declara no usarlo “nunca”. Así pues, respecto al uso de preservativo, los que dicen “nunca” y “a veces” presentan conductas sexuales de riesgo, lo cual se ve representado en un porcentaje de la población encuestada.

Tabla 6

Frecuencia del uso del preservativo en las relaciones sexuales

	n	%
Nunca	7	12.3%
A veces	26	45.6%
Siempre	24	42.1%

En la tabla 7 se observa que la mayor parte de la muestra solo practican sexo vaginal (10.4%), el 8% practica sexo vaginal y oral, el 7% presenta los tres tipos, y solo el 1% practica sexo vía vaginal y anal, solo oral y, oral y anal.

Tabla 7

Tipos de relaciones sexuales que practican los adolescentes

	n	%
En conjunto		
Solo vaginal	21	10.4%
Vaginal y oral	16	8%
Vaginal, oral y anal	14	7%
Vaginal y anal	2	1%
Solo oral	2	1%
Oral y anal	2	1%

4.2.Prueba de chi-cuadrado

Respecto a la asociación entre funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo en adolescentes, la tabla 8 presenta la correlación existente entre la variable 1 y los ítems de la variable 2. Se evidencia que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 2.398 en el inicio temprano de la vida sexual (.494), 4.107 y 4.579 en el uso de preservativo en la primera (.250) y última (.205) relación sexual respectivamente, y un valor de 1.407 en el caso de relaciones sexuales bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva (.704); así también, se percibe un valor de .887 en cuanto a las relaciones sexuales con personas recién conocidas (.829), siendo los valores de 4.053 y 4.829 en el uso de protección (.256) y haber estado bajo los efectos de algún estimulante psicoactivo (.185) respectivamente, en dichas relaciones sexuales con desconocidos; y por último se muestra un valor de 2.850 en las relaciones sexuales con trabajadoras sexuales (.415); según lo descrito, respecto a las conductas sexuales de riesgo que han sido mencionadas, no se evidencia asociación significativa con la variable funcionamiento familiar dado que la muestra presenta en su mayoría una dinámica familiar entre moderadamente funcional y funcional, y basándonos en la literatura presentada y al análisis teórico personal se deduce que los adolescentes con un funcionamiento familiar adecuado tienden a manifestar minoritariamente conductas sexuales de riesgo; y en los resultados se aprecia una dinámica familiar funcional y bajas conductas sexuales de riesgo, es decir, a mayor funcionalidad familiar (prevalencia de factores protectores como el entorno familiar, elementos personales y psicológicos) menor incidencia de conductas sexuales de riesgo. Asimismo, existe la

probabilidad de que tal resultado este influenciado p.e. por el tipo de educación: nacional o particular, debido al “conservadurismo” que algunas instituciones presentan, o también podría asociarse a la cantidad de la muestra descrita en la metodología.

Sin embargo, pese a que la mayoría de conductas sexuales no mostró relación significativa con la variable 1 y luego de traducir dicho resultado en el apartado anterior, se aprecia una excepción con respecto a la conducta sexual “relaciones sexuales en grupo” ya que toma un valor de 13.487 según el estadístico chi-cuadrado de Pearson, con una probabilidad asociada de .004 mostrando relación significativa con la variable funcionamiento familiar ($p < .05$). Tal resultado se fundamenta en que determinado porcentaje de la muestra evaluada práctica relaciones sexuales en grupo que puede deberse a distintos factores predictores del funcionamiento familiar como los determinantes sociales, los estilos de vida durante la adolescencia, el sexo, el grupo de edad, el estatus socioeconómico, y la etnia. Entonces, es más probable la presencia de tal conducta sexual.

Tabla 8

Prueba de chi-cuadrado para conductas sexuales de riesgo en adolescentes

Variables	Valor	gl	P
Inicio temprano de vida sexual	2.398	3	,494
Uso de preservativo en la primera relación sexual	4.107	3	,250
Uso de preservativo en la última relación sexual	4.579	3	,205
Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o sustancias psicoactivas	1.407	3	,704
Relaciones sexuales con personas recién conocidas (en fiestas, discotecas, chat, etc.)	.887	3	,829
Uso de protección en relaciones sexuales con personas recién conocidas	4.053	3	,256
Uso de sustancias psicoactivas en relaciones sexuales con personas recién conocidas	4.829	3	,185
Relaciones sexuales en grupo	13.487	3	,004
Relaciones sexuales con trabajadoras sexuales	2.850	3	,415

5. Discusión

En la adolescencia se da una variedad de cambios físicos, emocionales y conductuales lo que podría desencadenar consecuencias perjudiciales tales como: inicio de actividad sexual precoz, adicción a sustancias psicoactivas, embarazos no deseados, promiscuidad, ITS (Águila, et al., 2018); en ese sentido la familia es el principal soporte, donde un funcionamiento familiar adecuado brinda mayor seguridad en la toma de decisiones, autoconfianza, autorregulación, armonía, entre otros (Llaza & Ocoruro, 2018). En tanto que, en el objetivo general se planteó determinar la relación entre funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo, los resultados evidencian relación significativa entre funcionamiento familiar y relaciones sexuales en grupo que sería una de las conductas sexuales de riesgo ($\chi^2 = ,004^{**}$; $p < .05$), lo cual puede corresponder a distintos factores predictores del funcionamiento familiar presente en los adolescentes, como los determinantes sociales, los estilos de vida durante la adolescencia, el sexo, el grupo de edad, el estatus socioeconómico, y la etnia (Lima et al., 2012); de esta manera se corrobora lo planteado por Mejía (2019) quien realizó un estudio en 69 estudiantes entre 16 y 24 años de una institución pública de Lima, en los resultados se percibe que un 58% de los estudiantes presentó un adecuado funcionamiento familiar y el 63.8% se encontraban fuera de riesgo sexual, comprobando así que a mayor funcionamiento familiar menos probable es la práctica de conductas sexuales de riesgo. Así también, Albornoz et al. (2018) en un estudio realizado en Huancavelica a 69 adolescentes entre 15 y 19 años de una institución educativa pública, evidenciaron que del total de la población el 68% pertenecían a una familia disfuncional y el 75% presentó las conductas de mayor riesgo como son: consumo de alcohol, tabaco u otras drogas e inicio de vida sexual precoz; de igual forma, Chávez (2016) quien realizó un estudio en el Instituto Materno Perinatal (INMP) ubicado en Lima mostró que el 81.4% de adolescentes mujeres presentaron una familia disfuncional donde el no uso de preservativo, antecedentes de algún tipo de ITS, múltiples parejas sexuales e inicio precoz de la vida sexual fueron las principales conductas de riesgo presente en estas familias; demostrando en ambos estudios que existe correlación entre funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo. Estas similitudes indican la asociación de las variables ya que un mejor funcionamiento familiar será un factor predictor de bajas conductas de riesgo sexual, demostrando una relación en sentido inverso, lo cual se evidencia en el presente estudio dado que el mayor porcentaje de la población se encuentra en un nivel familiar adecuado y sólo un

menor porcentaje de los adolescentes que han iniciado su vida sexual (28.4%) muestran conductas sexuales de riesgo, lo cual está asociado a lo mencionado por Flores (2014) quien, en un estudio realizado en Tacna a una población de 168 adolescentes entre 12 y 20 años del nivel secundario de una institución educativa pública, halló que sólo el 28.6% había iniciado su vida sexual y el 37.2% de adolescentes pertenecía a una familia moderadamente funcional, concluyendo que, ante una funcionalidad familiar adecuada donde se fomente la comunicación, buena cohesión, clima de confianza óptimo, relaciones interpersonales saludables sin censura de sentimientos, pensamientos o conflictos, existe menor probabilidad de que los adolescentes cometan conductas sexuales de riesgo o cualquier tipo de comportamiento que dañe la salud o integridad de la persona. Similar a lo mencionado por Llaza y Ocoruro (2018) quienes en un estudio realizado en Arequipa con una población de 210 estudiantes entre 14 y 19 años de una institución educativa pública, indican que aquellos estudiantes que provienen de familias severamente disfuncionales (50%) o disfuncionales (41.3%) son quienes mayormente han iniciado sexualmente, lo cual se ve reflejado en una escasa educación sexual brindada en el hogar a diferencia de aquellos que provienen de familias moderadamente funcionales (14.2%) o funcionales (11.1%) donde se presenta una mejor comunicación y educación sexual. De igual manera, Narvaéz et al. (2017) en un estudio realizado en Ecuador a una población de 239 adolescentes entre 15 y 18 años, demostraron que los adolescentes que provienen de familias disfuncionales donde predomina la comunicación deficiente, patrones comportamentales de agresividad o pasividad tienen más tendencia a incursionar en conductas sexuales de riesgo a edades más tempranas. Por tanto, todos los estudios en mención corroboran con la hipótesis general, evidenciando una relación significativa entre funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo.

En cuanto a las conductas sexuales de riesgo presente en los adolescentes, se aprecia principalmente que el inicio temprano de la vida sexual es a partir de los 12 años, lo que permite deducir que cada vez los adolescentes inician su vida sexual a temprana edad, sustentado en el estudio de Andrade et al. (2006) que desde la perspectiva psicosocial afirman que a esta problemática está asociado múltiples factores familiares e individuales que finalmente se correlacionan con un retraso en la edad de inicio de la práctica de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes (Corona & Funes, 2015). Así también, Tresch y Ohl (2015) y Purperl y Didillon (2016) aseveran que las relaciones sexuales a temprana edad, la falta de protección y el número de parejas

sexuales están estrechamente ligadas, además del uso de sustancias psicoactivas y los trastornos depresivos como principales estimuladores de experiencias sexuales a temprana edad, principalmente por factores familiares y/o sociales que se hallan inmersos en esta problemática; todo contribuye a un bajo indicador de madurez en la pubertad y por ende mayor comportamientos de riesgo en la adolescencia. Respecto a los métodos de protección o barrera en las relaciones sexuales, el 61.4% y el 52.6% indicaron hacer uso de preservativo en la primera y última relación sexual respectivamente, en tanto que un menor porcentaje no usó dicho método anticonceptivo, esto difiere a lo hallado por Folch et al. (2015) en un estudio realizado en España a 800 jóvenes de 16 a 24 años donde, entre los resultados, se mostró que entre los factores asociados al no uso de preservativo durante la última relación sexual destacó el no haber usado preservativo en la primera relación sexual; ante lo descrito, se infiere que a mayor uso de preservativo en la primera relación sexual mayor probabilidad de usar preservativo en la última relación sexual. Del mismo modo, Lavielle et al. (2014) en un estudio realizado a 272 adolescentes entre 14 y 19 años de una institución educativa pública de la ciudad de México, halló que el 48.2% no usó preservativo, el 4.8% presentó embarazos no deseados, y el 2.6% reportó ITS, además la mitad de la población iniciaron su vida sexual a los 15 años e incluso antes, percibiéndose alta frecuencia del número de parejas sexuales, que se asocia significativamente a una mayor deficiencia de elementos o atributos en el entorno familiar.

Otro factor influyente en las conductas sexuales de riesgo es el consumo excesivo de sustancias psicoactivas que suele incrementar las relaciones sexuales con escasa responsabilidad; en la muestra se evidencia que un 73.7% no presentó dicha conducta, en tanto que el 26.3% indicaron haber tenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otra sustancia alucinógena. Este resultado se sustenta en el estudio transversal de Mola et al. (2017) realizado en Brasil a 1257 estudiantes entre adolescentes y jóvenes entre 12 y 24 años, donde la influencia del grupo y la cultura muestra que el consumo excesivo de alcohol y su edad de inicio constituyen los principales factores de riesgo para el comportamiento sexual vulnerable, además de estar asociado a la cantidad de parejas sexuales. Asimismo, en la muestra se halló que el 28.1% de adolescentes mantuvieron relaciones sexuales con personas recién conocidas, de los cuales el 37.5% no usó algún tipo de protección y el 68.8% estuvo bajo los efectos de algún tipo de sustancias psicoactivas; lo cual se corrobora con los resultados del estudio de García-Vega et al. (2012) realizado en 400 adolescentes colombianos, donde el 33.3%, de los

45.5% que no usaron de forma frecuente o nunca el preservativo en sus relaciones sexuales, se justificaron por estar bajo los efectos del alcohol, el 31.6% porque su pareja no estaba de acuerdo en usarlo, el 51% debido a disminución del placer sexual, y el 29% por no pensar en los riesgos de no usarlo. Claramente se observa que el nivel de irresponsabilidad sexual de los adolescentes se debe a múltiples factores, donde una familia adecuadamente funcional será el principal mediador entre una sexualidad responsable y el inicio de las conductas sexuales de riesgo alterando el bienestar biopsicosocial del adolescente y, según García et al. (2015), obligándolos a postergar metas para asumir roles anticipados, obstaculizando la consolidación adecuada de su autoestima y el desarrollo óptimo de sus relaciones interpersonales.

En la muestra se evidencia que no hay relación directa entre funcionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo, lo cual conlleva al autoanálisis de la investigación, hallándose distintas limitaciones que podría estar influenciando en los resultados, y es que en la literatura descrita en el apartado de la introducción se muestra a una variedad de autores manifestando la correlación entre ambas variables de estudio en sus investigaciones científicas, empero no se logra apreciar lo mismo en el presente estudio; no obstante, observando y reanalizando los resultados se concluye que la falta de asociación se debería a la dinámica familiar dado que la población encuestada (n=201) en su mayoría presenta un funcionamiento familiar “moderado” (36.8%) y “adecuado (34.3%)” percibiéndose en la muestra seleccionada (aquellos que se iniciaron sexualmente n=57) un porcentaje mínimo de conductas de riesgo sexual, en tanto que la población restante (n=144) mencionó no haber iniciado su vida sexual. Por tanto, las conductas sexuales de riesgo que no estuvieron asociadas a la variable funcionamiento familiar tales como: uso de preservativo en la primera y última relación sexual, relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o sustancias psicoactivas, relaciones sexuales con personas recién conocidas, uso de protección y sustancias psicoactivas en relaciones sexuales con personas recién conocidas y sexo con trabajadoras sexuales; demuestran una relación inversa entre ambas variables, es decir, hay un adecuado funcionamiento familiar por lo que la incidencia en conductas sexuales de riesgo es mínima. Tal resultado se asocia al estudio realizado por Lavielle et al. (2014) en México en una muestra de 272 estudiantes universitarios entre 14 y 19 años, donde los resultados evidenciaron que el inicio temprano de la vida sexual se asocia significativamente a la insatisfacción familiar (72.9%), al escaso afecto en el seno familiar (74.4%), a la falta de comunicación con los padres (71.3%) y a la estructura

familiar de tipo monoparental (74.6%), concluyendo que a mayor deficiencia de atributos familiares mayor será la predisposición a conductas de riesgo sexual en los adolescentes. Del mismo modo se asocia al estudio realizado por Pérez, Apupalo y Creagh (2018) en Ecuador a 71 estudiantes de 14 a 19 años, donde los resultados indicaron que el 49.3% iniciaron su vida sexual presentando precocidad sexual, no uso de preservativo y múltiples parejas sexuales, de quienes el 54% vivían en familias disfuncionales, es decir, a menor funcionalidad familiar mayor incidencia de conductas de riesgo.

Finalmente, en base al análisis crítico de los autores con respecto al abordaje de la problemática de las conductas sexuales de riesgo y su asociación con el funcionamiento familiar, se concluye que una familia funcional fomenta las buenas relaciones intrafamiliares, prioriza el desarrollo de una buena cohesión y clima de confianza donde padres e hijos interactúan sin la necesidad de reprimir pensamientos, sentimientos o conflictos por los cuales atraviesan los adolescentes; contrariamente a las familias disfuncionales donde la desintegración, la falta de valores y el diálogo pasivo-agresivo convierte al adolescente en un ser vulnerable que fácilmente irrumpa en conductas que ponen en riesgo su salud física, emocional y moral, tal como es la problemática del presente estudio “conductas sexuales de riesgo”. En tal sentido, se observa que a mayor funcionalidad familiar menor probabilidad de que el adolescente presente conductas sexuales de riesgo.

6. Conclusiones

- Concerniente al objetivo general se encontró relación significativa entre la conducta sexual “relaciones sexuales en grupo” y funcionamiento familiar en estudiantes entre 14 y 19 años de edad en instituciones públicas y privadas de Lima. En tanto que, no se halló relación entre el funcionamiento familiar y las demás conductas sexuales en la muestra seleccionada.
- Respecto al primer objetivo se halló que el 36.8% de la población presentan un nivel familiar moderadamente funcional y el 34.3% se encuentran en un nivel familiar funcional. Es decir, la mayoría de adolescentes encuestados provienen de familias funcionales lo que se espera sea un factor importante para que el adolescente no incurra en conductas de riesgo sexual.
- En cuanto al segundo objetivo se encontró que la principal conducta sexual de riesgo asociado a una familia disfuncional son las relaciones sexuales en grupo; mientras que el uso de preservativo en la primera y última relación sexual, las relaciones sexuales con personas recién conocidas bajo el efecto de sustancias psicoactivas y sin protección, y el sexo con trabajadoras sexuales son mínimas en la muestra ya que los adolescentes manifiestan adecuada funcionalidad familiar.

7. Limitaciones

- Falta de accesibilidad a la población, debido a la situación de emergencia sanitaria del estado y a nivel mundial, lo cual dificultó obtener una muestra mayoritaria y así optimizar los resultados del proceso de investigación.
- Aplicación de las evaluaciones en modalidad virtual dada la coyuntura nacional, lo que dificultó la observación y relación directa con los estudiantes encuestados.
- Falta de disponibilidad de algunos adolescentes de la población estudiada debido al desinterés que evidenciaban.

8. Recomendaciones

En relación a los resultados, la discusión y las conclusiones, se propone las siguientes recomendaciones:

- Ampliar la población encuestada y de preferencia pertenecientes a instituciones públicas a fin de encontrar una muestra con mayor vulnerabilidad a las variables de investigación.

- Revisar el cuestionario de conductas sexuales de riesgo y realizar su construcción y propiedades psicométricas, ya que fue elaborado en base a otro autor y carece de estandarización a la población de Lima.
- Desarrollar programas de prevención e intervención respecto a la práctica de relaciones sexuales de riesgo tanto a nivel institucional privado como público.

Referencias

- Águila, G., Díaz, J., Díaz, P. (2018). *Adolescencia temprana y parentalidad: Fundamentos teóricos y metodológicos acerca de esta etapa y su manejo*. *Medisur*, 15(5), 694-700. Recuperado por http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000500015
- Alarcón, R. (1998). La teoría clásica de los Tests: Logros y limitaciones. *En: Nuevos modelos en la medición psicológica* (pp. 9-30). Lima: USMP.
- Albornoz, P., Encalada, Z., & Meza, K. (2018). *Funcionamiento familiar percibido y conductas de riesgo en adolescentes del Colegio Nacional Cesar Vallejo, Amarilis-Paucarbamba, 2018*. Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Recuperado por <http://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/UNHEVAL/4228/TEN01120A36.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alfonso, L., & Figueroa, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Rio*, 21(2), 193–301. Recuperado por http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020
- Aliaga, L. (2017). *Nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y conductas sexuales de riesgo en escolares mujeres de una institución educativa de Lima, 2016*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado por http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5851/Aliaga_el.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ambrosia, M., Eckstrand, K., Morgan, J., Allen, N., Jones, N., Sheeber, L., ... Forbes, E. (2018). Temptations of friends: adolescents' neural and behavioral responses to best friends predict risky behavior. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 13(5), 483–491. <http://doi.org/10.1093/scan/nsy028>
- Andrade, P., Betancourt, D., & Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 1(15), 91–101. Recuperado por https://www.researchgate.net/publication/26848804_Factores_familiares_asociados_a_la_conducta_sexual_en_adolescentes
- Apaza, B., Quiroz, A., & Estelo, JM. (2017). Estilos de afrontamiento y conductas sexuales de riesgo en adolescentes de tres instituciones educativas del distrito de Lurigancho. *Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la Salud* 1(1), 1-72.

- Breinbauer, C. y Maddaleno, M. (2005). Youth: Choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents. *Scientific and Technical Publication*, 1(594), 1-1025. Recuperado por https://books.google.com.co/books?id=goqyfO8KkFIC&printsec=frontcover&dq=Youth:+Choices+and+change.+Promoting+healthy+behaviors+in+adolescents.&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiMs7qX77XaAhUGJt8KHT_dC7wQ6AEIKjAA#v=onepage&q=Youth%3A%20Choices%20and%20change.%20Promoting%20healthy%20behaviors%20in%20adolescents.&f=false
- Cárdenas, J. (2015). La educación sexual como estrategia de inclusión en la formación integral del adolescente. *Revista de La Facultad de Ciencias de La Educación*, 11(1), 103–115. Recuperado por <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/praxis/article/view/1558/996>
- Carmona, G., Beltran, J., Calderón, M., Piazza, M., & Chávez, S. (2017). Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Pública*, 34(4), 601–624. <http://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.3334>
- Casasa, P., Ramírez, E., & Guillén, R. (2016). Salud familiar y enfermería. México El Manual Moderno. Recuperado por https://books.google.com.pe/books?id=zPvDAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Castellón, S. y Ledesma, A. (2012). El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus. Cuba". *Contribuciones a las ciencias sociales*, 7. Recuperado por <http://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html>
- Castillo, L., Álvarez, A., Bañuelos, Y., Valle, M., Valdez, C., & Kantún, M. (2017). Age, Gender and Resilience in Sexual Risk Behavior of STI among adolescents in Southern Mexico. *Enfermería Global*, 16(45), 178–187. <http://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.234921>
- Castro, E. J., & López, L. L. (2018). *Relación entre el funcionamiento familiar y embarazo en las adolescentes usuarias del Hospital San Jerónimo de Montería, 2017*. Universidad de Córdoba. Recuperado por <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/123456789/943>

- Chávez, 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 por http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4696/Rafael_cm.pdf?sequence=1
- Corona, F., & Funes, F. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Clínica Las Condes*, 26(1), 74–80. <http://doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.004>
- Corona, F., & Peralta, E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 68–75. [http://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70394-7](http://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70394-7)
- Delago, R. (2010). Relaciones interpersonales en la adolescencia: implementación de un programa de entrenamiento en asertividad y habilidades sociales para adolescentes de 1º y 2º de la ESO. In *Universidad de Granada* (pp. 0–41). Recuperado por <http://digibug.ugr.es/handle/10481/5597>
- Eckstrand, K., Choukas, S., Mohanty, A., Cross, M., Allen, N., Silk, J., ... Forbes, E. (2017). Heightened activity in social reward networks is associated with adolescents' risky sexual behaviors. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 27(10), 1–9. <http://doi.org/10.1016/j.dcn.2017.07.004>
- Espada, J., Quiles, M., & Méndez, F. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles Del Psicólogo*, 24(85), 29–36. Recuperado por <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808504>
- Fadragas, A., Deliz, Y., & Maure, J. (2015). Conocimientos de aspectos de la sexualidad en padres de adolescentes pertenecientes a un consultorio. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(4), 1–24. Recuperado por https://www.researchgate.net/publication/317515736_Conocimientos_de_aspectos_de_la_sexualidad_en_padres_de_adolescentes_pertenecientes_a_un_consultorio
- Fierros, L. E., Rivera, B. M., & Piña, J. A. (2011). Sexual Behavior With Casual Partners Among University Women. *Revista Iberoamericana de Psicología Y Salud*, 2(2), 165–183. Recuperado por <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=245118507003>
- Flores, L. (2014). *Funcionamiento familiar y su relación con las conductas de riesgo en adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa Enrique Paillardelle Tacna - 2013*. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Recuperado por <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/328/TG0178.pdf?sequence=1>

nce=1&isAllowed=y

- Folch, C., Álvarez, J. L., Casabona, J., Brotons, M., & Castellsagué, X. (2015). Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 89(5), 471–485. <http://doi.org/10.4321/S1135-57272015000500005>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436–443. <http://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Gámez, M., Santisteban, P. de, & Resett, S. (2017). Sexting among Spanish adolescents: Prevalence and personality profiles. *Psicothema*, 29(1), 29–34. <http://doi.org/10.7334/psicothema2016.222>
- García-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P., & Cuesta, M. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79–87. Recuperado por https://www.researchgate.net/publication/277262925_Sexualidad_anticoncepcion_y_conducta_sexual_de_riesgo_en_adolescentes
- García, E., Romero, N., Gaquín, K., & Hernández, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218–229. Recuperado por <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v44n2/mil10215.pdf>
- Garibay, S. (2013). Enfoque sistémico: Una introducción a la psicoterapia familiar (2 ed.). México: El Manual Moderno. Recuperado por https://www.academia.edu/37729816/Enfoque_sist%C3%A9mico_una_introducci%C3%B3n_a_la_terapia_familiar_sist%C3%A9mica-_Salvador_Garibay_Rivas
- Garrido, F., León, J., López, V., & Ojea, F. (2019). Asociación de las conductas de riesgo en adolescentes: estrategias para su prevención. *Información Bibliográfica, Investigación Y Humanidades*, 28(3), 110–114. Recuperado por <http://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e12197/e12197>
- Godeau, E., Vignes, C., Duclos, M., Navarro, F., Cayla, F., & Grandjean, H. (2008). Factores asociados con la iniciación sexual temprana en niñas: datos franceses de la encuesta internacional Comportamiento de la salud en niños en edad escolar (HBSC) / OMS. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 36(2), 176–182. <http://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.12.006>
- González, E., Molina, T., Montero, A., Martínez, V., & Leyton, C. (2007). Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Revista Médica de Chile*, 135, 1261–1269.

<http://doi.org/10.4067/S0034-98872007001000005>

- Gutgesell, M. y Payne, N. (2004). *Issues of adolescent psychological development in the 21st century. Pediatrics in Review*, 25 (3), 79-85. doi: 10.1542/pir.25-3-79
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P., (2014). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw Hill.
- Holguín, Y., Mendoza, L., Esquivel, C., Sánchez, R., Daraviña, A., & Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, 78(3), 209–219. Recuperado por <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v78n3/art07.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. (2015). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Instituto Nacional de Estadística e Informática*. Recuperado por https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
- Korenromp, E., Rowley, J., Alonso, M., Mello, M., Wijesooriya, S., Mahiané, G., ... Taylor, M. (2019). Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes: estimates for 2016 and progress since 2012. *PLOS ONE*, 14(2), e0211720. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>
- Lara, L., & Abdo, C. (2016). Age at Time of Initial Sexual Intercourse and Health of Adolescent Girls. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(5), 417–423. <http://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.11.012>
- Lavielle, P., Jiménez, F., Vásquez, A., Aguirre, M., Castillo, M., & Vega, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 52(1), 38–43. Recuperado por <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im141j.pdf>
- Leal, I., Molina, T., Luttes, C., González, E., & Gonzalez, D. (2018). Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, 83(2), 149–160. Recuperado por <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n2/0048-766X-rchog-83-02-0149.pdf>
- Lee, S. Y., Lee, H. J., Kim, T. K., Lee, S. G., & Park, E. (2015). Sexually Transmitted Infections and First Sexual Intercourse Age in Adolescents: The Nationwide Retrospective Cross-Sectional Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(12), 2313–2323. <http://doi.org/10.1111/jsm.13071>

- Lima, M., Guerra, M., & Lima, J. (2017). Relación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida de los adolescentes en edad escolar. *Enfermería Clínica*, 27(1), 3–10. <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.09.004>
- Lima, M., & Lima, J. (2014). Impact of school-based health promotion interventions aimed at different behavioral domains: a systematic review. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 411–417. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.003>
- Lima, M., Neves, S., & Lima, J. (2012). Actitudes de adolescentes hacia la salud: evaluación de un programa escolar de promoción de la salud en Sevilla, España. *Salud Colectiva*, 8(1), 47–60. Recuperado por <https://www.scielosp.org/article/scol/2012.v8n1/47-60/>
- Llaza, R., & Ocoruro, F. (2018). *Funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo en adolescentes*. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Recuperado por <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/7345/PSIlayri.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Looker, K., Magaret, A., Turner, K., Vickerman, P., Gottlieb, S., & Newman, L. (2015). Global estimates of prevalent and incident herpes simplex virus type 2 infections in 2012. *PLOS ONE*, 10(1), e114989. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0114989>
- López, PL. (2004). Población Muestra y Muestreo. *Punto Cero*, 09(08), 69-74. Recuperado por http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012&lng=es&tlng=es.
- Losa, R., & Gonzáles, M. (2018). Conductas sexuales en adolescentes de una escuela secundaria en Mérida, Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 29(3), 81–87. <http://doi.org/10.32776/revbiomed.v29i3.625>
- Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana Salud Pública*, 29(1), 48–51. Recuperado por <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n1/spu07103.pdf>
- Louro, I. (2004). *Modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria*. Escuela Nacional de Salud Pública. Recuperado por http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis_isabel_louro.pdf
- Martínez, A., Iraurgi, I., Galindez, E., & Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español 1. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317–

338. Recuperado por <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760207>
- Mejía, N. (2019). *Funcionamiento familiar y conductas de riesgo sexual en estudiantes universitarios de una Institución Pública de Lima*. Universidad Nacional Federico Villareal. Recuperado por http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2815/UNFV_MEJIA_VIDA_L_NERI_AMANDA_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Méndez, I., & Ruiz-Esteban, C. (2020). Actividad física, consumo de drogas y conductas riesgo en adolescentes. *Journal of Universal Movement and Performance*, 1(1), 45–51. <http://doi.org/10.17561/jump.n1.5>
- MIMP. (2016). *Plan Nacional de Fortalecimiento a las Familias 2016-2021*. Recuperado por <https://www.mimp.gob.pe/files/planes/PLANFAM-2016-2021.pdf>
- Ministerio de Salud - MINSA. (2017). Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú (1983-2017). In *Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades* (pp. 1–6). Recuperado por <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2017/SE23/vih.pdf>
- Ministerio de Salud: Dirección General de Epidemiología; 2017. Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú, 2017. Recuperado por: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2017/SE23/vih.pdf>.
- Minuchin, S. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar*. Recuperado por <http://reneclasesuniminuto.wikispaces.com/file/view/Salvador+Minuchin+-+Técnicas+de+Terapia+Familiar.pdf>
- Monroy, A. (2002). *Guía práctica para padres y educadores salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*. Mexico: Editorial Pax Mexico. Recuperado por https://books.google.com.pe/books?id=6PIEILKj5Q4C&pg=PR1&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false
- Montserrat, C. (2006). Acogimiento en familia extensa: un estudio desde la perspectiva de los acogedores, de los niños y niñas acogidos y de los profesionales que intervienen. *Intervención Psicosocial*, 15(2), 203-221. Recuperado por <https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v15n2/v15n2a06.pdf>
- Mola, R., Araújo, R., Oliveira, J., Cunha, S., Souza, G., Ribeiro, L., & Pitanguí, A. (2017). Association between the number of sexual partners and alcohol consumption among schoolchildren. *Journal de Pediatria*, 93(2), 192–199. <http://doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.05.003>

- Moraga, F. (2018). Diez años de vacunación frente al virus del papiloma humano. De la dermatología a la oncología a través de la infectología. *Anales de Pediatría*, 88(5), 289–295. <http://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.12.013>
- Moral, J., & Garza, D. (2017). Relación entre los estilos parentales y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes escolarizados de Monterrey, Nuevo León. *Perspectivas Sociales*, 19(1), 41–65. Recuperado por <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6292209>
- Moreno, D., Valdez, C., Gámez, M., & Ahumada, J. (2017). Sexting, consumo de drogas y conducta sexual de riesgo en adolescentes: una revisión sistemática. *RITI Journal*, 5(10), 52–57. Recuperado por https://www.researchgate.net/publication/322369459_Sexting_Consumo_de_Drogas_y_Conducta_Sexual_de_Riesgo_en_Adolescentes_Una_Revision_Sistematica/s tats
- Napa, G. (2015). *La sexualidad con responsabilidad y cuidado en la adolescencia” en los conocimientos sobre sexualidad en adolescentes en una institución educativa 2014*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado por http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4056/Napa_ag.pdf;jsessionid=6061184B7A807A49517D7FB44DC48B55?sequence=1
- Narváez, G., Pabón, K., León, V., Guzmán, C., & Tapia, I. (2017). Estudio exploratorio de la incidencia de los hogares disfuncionales en la iniciación sexual temprana de los adolescentes. *Ecos de La Academia*, 6(5), 169–179. Recuperado por https://www.researchgate.net/publication/322722005_ESTUDIO_EXPLORATORIO_DE_LA_INCIDENCIA_DE_LOS_HOGARES_DISFUNCIONALES_EN_LA_INICIACION_SEXUAL_TEMPRANA_DE_LOS_ADOLESCENTES/citations
- OMS. (2012). *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias*. Departamento de salud materna, del recién nacido, del niño y el adolescente. Recuperado por https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78253/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf?sequence=1
- OMS. (2014). *Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década*. Recuperado por https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/es/
- OMS. (2015). *Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH*

- para 2016-2021. Recuperado por https://www.who.int/hiv/draft-hiv-strategy-2016-2021_es.pdf?ua=1
- OMS. (2016a). *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021: hacia el fin de las ITS*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado por <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf;jsessionid=30C578FF879EC69153870D7BA1F5DBE5?sequence=1>
- OMS. (2016b). *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*. Recuperado por https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1
- OMS. (2018a). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Recuperado por <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>
- OMS. (2018b). *Report on global sexually transmitted infection surveillance*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado por <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277258/9789241565691-eng.pdf?ua=1>
- OMS, OPS, UNICEF, & UNFPA. (2018). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Recuperado por https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero_FINAL_5.PDF
- ONUSIDA. (2016). *Atención y apoyo al VIH teniendo en cuenta las directrices unificadas de 2016 de la OMS*. Recuperado por https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2741_HIV-care-and-support_es.pdf
- ONUSIDA. (2019). *Estadísticas mundiales sobre el VIH*. Recuperado por https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Oppong, K., Meyer, A., & Petersen, I. (2015). Correlates of psychological functioning of homeless youth in Accra, Ghana: a cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(1), 1–9. <http://doi.org/10.1186/1752-4458-9-1>
- Orcasita, L., Mosquera, J., & Carrillo, T. (2018). Autoconcepto, autoeficacia y conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Informes Psicológicos*, 18(2), 141–

168. <http://doi.org/10.18566/infpsic.v18n2a08>
- Overbeek, G., Bongardt, D. de, & Baams, L. (2018). Buffer or brake? The role of sexuality-specific parenting in adolescents' sexualized media consumption and sexual development. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(7), 1427–1439. <http://doi.org/10.1007/s10964-018-0828-3>
- Panuera, M. (2018). *Funcionalidad familiar, estilos parentales y sintomatología depresiva en adolescentes de tercero, cuarto y quinto año de secundaria de una institución educativa estatal en Chorrillos*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado por http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/10133/Delgado_va.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Paz, S. (2007). Problemas en el desempeño escolar y su relación con su funcionalismo familiar en alumnos de EGB1. *Revista de la Facultad de Medicina*. 8(1), 27-32. Recuperado por <https://es.calameo.com/read/002469002a2b22fa232d2>
- Paz, X. (2019). *Atención de adolescentes con problemas de salud mental*. Recuperado por <https://www.minsal.cl/portal/url/item/87faeecd259f328de04001011e010701.pdf>
- Pérez, E., Cuesta, D. de la, Louro, I., & Bayarre, H. (1997). Funcionamiento familiar: construcción y validación de un instrumento. *Ciencias de La Salud Humana*, 4(1), 63–66. Recuperado por <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5128785>
- Pérez, Y., Apupalo, M., & Creagh, I. (2018). Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu, 2015-2016. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 789–799. Recuperado por <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v17n5/1729-519X-rhcm-17-05-789.pdf>
- Pillcorema, B. (2013). *Tipos de familia estructural y relación con sus límites*. Universidad de Cuenca. Recuperado por <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4302/1/Tesis.pdf>
- Ponce, V. (2015). *Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de 12 a 18 años de edad*. Universidad Central del Ecuador. Recuperado por <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7530>
- Purperl, D., & Didillon, A. (2016). Psychopathologie associée aux précocités pubertaires féminines. *Encephale*, 42(5), 453–457. <http://doi.org/10.1016/j.encep.2015.06.006>
- Rengifo-Reina, H., Córdoba-Espinal, A., & Serrano-Rodriguez, M. (2012).

- Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Revista de Salud Pública*, 14(4), 558–569. Recuperado por <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n4/558-569/es>
- Restrepo, O. (2010). Crecimiento y desarrollo en el adolescente. *Universidad de Anioquía*, 1(3), 68–79. Recuperado por https://www.researchgate.net/publication/301890766_Crecimiento_y_desarrollo_en_el_adolescente
- Risueño, A., & Motta, I. (2015). La Adolescencia existe o existen adolescentes - La Adolescencia como constructo. *Universidad de Argentina*, 1(1), 44–46. Recuperado por https://www.researchgate.net/publication/262727361_LA_ADOLESCENCIA_EXISTE_O_EXISTEN_ADOLESCENTES_LA_ADOLESCENCIA_COMO_CONSTRUCTO
- Rivera, L., Leyva, A., García, A., de Castro, F., González, D., & de los Santos, L. (2016). Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 24–30. <http://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.011>
- Rojas, R. (2011). *Relación entre conocimientos sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de secundaria IEM Nuestra Señora de Montserrat*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado por http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1302/rojas_lr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Roman, JM., Martin, L., Carbonero, M. (2009). Tipos de familia y satisfacción de necesidades de los hijos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 549-558. Recuperado por <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832321060.pdf>
- Sanci, L., Webb, M., & Hocking, J. (2018). Risk-taking behaviour in adolescents. *Australian Journal of General Practice*, 47(12), 829–834. <http://doi.org/10.31128/AJGP-07-18-4626>
- Sanders, R. (2013). Adolescent Psychosocial, Social, and Cognitive Development. *Pediatrics in Review*, 34(8), 354–358. <http://doi.org/10.1542/pir.34-8-354>
- Sanjosé, S., Diaz, M., Castellsagué, X., Clifford, G., Bruni, L., Muñoz, N., & Bosch, X. (2007). Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human

- papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 7(7), 453–459. [http://doi.org/10.1016/S1473-3099\(07\)70158-5](http://doi.org/10.1016/S1473-3099(07)70158-5)
- Sigüenza, W. (2015). *Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson*. Universidad de Cuenca. Recuperado por <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21878/1/TESIS.pdf>
- Solares, M., Enríquez, O. S., & Izquierdo, A. R. (2009). La infección por virus del papiloma humano, una amenaza real para las adolescentes. *Progresos de Obstetricia Y Ginecología*, 52(9), 505–510. [http://doi.org/10.1016/S0304-5013\(09\)72330-1](http://doi.org/10.1016/S0304-5013(09)72330-1)
- Tarazona, D. (2005). El comportamiento sexual y su vinculación con variables psicológicas y demográficas en estudiantes de quinto año de educación secundaria. *Universidad Mayor de San Marcos*, 1(1), 1-148. Recuperado por https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1363/Tarazona_cd.pdf?sequence=1
- Trejo, P., Moreno, P., Macías, M., Valdez, G., Mollinedo, F., Lugo, L., & Araujo, R. (2011). Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(4), 273–280. Recuperado por <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n4/enf05411.pdf>
- Tulloch, T., & Kaufman, M. (2013). Adolescent Sexuality. *Pediatrics in Review*, 34(1), 28–38. <http://doi.org/10.1542/pir.34-1-29>
- Vasilenko, S., Lefkowitz, E., & Welsh, D. (2014). Is Sexual Behavior Healthy for Adolescents? A Conceptual Framework for Research on Adolescent Sexual Behavior and Physical, Mental, and Social Health. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2014(144), 3–19. <http://doi.org/10.1002/cad.20057>
- Velo, C., Cuéllar, I., Sainz, T., Navarro, L., García, C., Fernández, C., ... González, M. I. (2019). Jóvenes y VIH: Conocimiento y conductas de riesgo de un grupo residente en España. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica*, 37(3), 176–182. <http://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.05.015>
- Vidal, E., & Hernández, B. (2017). Conductas sexuales de riesgo asociadas a las infecciones de transmisión sexual en adolescentes de una comunidad. *Revista Habanera de Ciencias Medicas*, 16(4), 625–634. Recuperado por http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2017000400014&script=sci_arttext&tlng=pt
- Vivo, S., Saric, D., Muñoz, R., López, P., Maccoy, S., & Bautista, S. (2013). *Guía para*

medir comportamientos de riesgo en jóvenes. Sigrid Vivo y Drina Sarič, 1(1), 1-162. Recuperado por <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Gu%C3%ADa-para-medir-comportamientos-de-riesgo-en-j%C3%B3venes.pdf>

Anexos

Anexo 1

Evidencia de sumisión de Artículo en una revista de prestigio

11/7/2021

Correo de Universidad Peruana Unión - [RCCS] Acuse de recibo de envío



Correo
UPeU

Analy Quiroz Muñoz <analyquiroz@upeu.edu.pe>

[RCCS] Acuse de recibo de envío

1 mensaje

Keila Ester Miranda Limachi <revistasalud@upeu.edu.pe>
Para: Analy Quiroz Muñoz <analyquiroz@upeu.edu.pe>

11 de julio de 2021, 21:08

Analy Quiroz Muñoz:

Gracias por enviar el manuscrito, "Relación entre Conductas sexuales de riesgo y Funcionamiento familiar en estudiantes de 14 a 19 años de edad de instituciones públicas y privadas de Lima: Relación entre Conductas sexuales de riesgo y Funcionamiento familiar en estudiantes de 14 a 19 años de edad de instituciones públicas y privadas de Lima" a Revista Científica de Ciencias de la Salud. Con nuestro sistema de gestión de revistas en línea, podrá iniciar sesión en el sitio web de la revista y hacer un seguimiento de su progreso a través del proceso editorial:

URL del manuscrito: https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/authorDashboard/submission/1472
Nombre de usuario/a: analyquiroz

En caso de dudas, contacte conmigo. Gracias por elegir esta revista para publicar su trabajo.

Keila Ester Miranda Limachi

Revista Científica de Ciencias
de la Salud https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud

Anexo 2

CARTA DE AUTORIZACIÓN IE CEPRE INYARI

Lima, 10 de agosto de 2020

Señor
Mg. Gino Marca Dueñas
Director de Escuela Profesional de Psicología
Universidad Peruana Unión



De acuerdo a la solicitud enviada por usted le informamos que la Institución Educativa Cepre Inyari está presto a colaborar en el desarrollo de la investigación “Conductas sexuales de riesgo y funcionamiento familiar en estudiantes de 14 a 19 años de edad en instituciones públicas y privadas de Lima” de autoría de las bachilleres en psicología Analy Quiroz Muñoz (201410113) y Jessy Milagros Johana Estelo Quispe (201510364) en la aplicación virtual de los cuestionarios Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes y FF-SIL Funcionamiento Familiar, que se llevará a cabo durante el presente mes.

Atentamente,

Armando Albornoz Esteban
Dir. I.E.P CEPRE Inyari

CAL.34 MZA. Ñ LOTE. 16 EL TREBOL LIMA - LIMA - LOS OLIVOS
cepreinyarilosolivos@gmail.com

Anexo 3

CARTA DE AUTORIZACIÓN IEP EL DIVINO MAESTRO

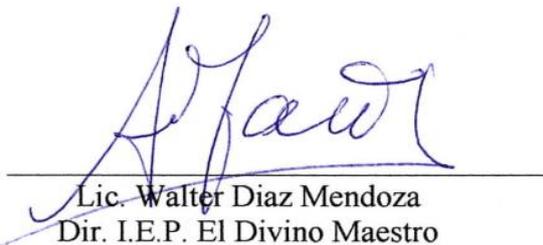
Lima, 16 de noviembre de 2020

Señor
Mg. Gino Marca Dueñas
Director de Escuela Profesional de Psicología
Universidad Peruana Unión



De acuerdo a la solicitud enviada por usted le informamos que la Institución Educativa Privada El Divino Maestro está presto a colaborar en el desarrollo de la investigación “Conductas sexuales de riesgo y funcionamiento familiar en estudiantes de 14 a 19 años de edad en instituciones públicas y privadas de Lima” de autoría de las bachilleres en psicología Analy Quiroz Muñoz (201410113) y Jessy Milagros Johana Estelo Quispe (201510364) en la aplicación virtual de los cuestionarios Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes y FF-SIL Funcionamiento Familiar, que se llevará a cabo durante el presente mes.

Atentamente,


Lic. Walter Diaz Mendoza
Dir. I.E.P. El Divino Maestro

Dirección: Mz. J prima Lote 8 – 1ra Etapa Urb. Pachacamac

Telef: 282-7159

Correo: iepeldivinomaestro@hotmail.com

Anexo 4

**CARTA DE AUTORIZACIÓN
IE 5130-3 VÍCTOR RAÚL HAYA DE LA TORRE**

Lima, 23 de setiembre de 2020

Señor
Mg. Gino Marca Dueñas
Director de Escuela Profesional de Psicología
Universidad Peruana Unión



De acuerdo a la solicitud enviada por usted le informamos que la Institución Educativa 5130-3 Víctor Raúl Haya de la Torre está presto a colaborar en el desarrollo de la investigación “Conductas sexuales de riesgo y funcionamiento familiar en estudiantes de 14 a 19 años de edad en instituciones públicas y privadas de Lima” de autoría de las bachilleres en psicología Analy Quiroz Muñoz (201410113) y Jessy Milagros Johana Estelo Quispe (201510364) en la aplicación virtual de los cuestionarios Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes y FF-SIL Funcionamiento Familiar, que se llevará a cabo durante el presente mes.

Atentamente,

Mg. Jorge Luis Valera
Dir. I.E. 5130-3 Víctor Raúl Haya de la Torre

Dirección: Av. 11 de agosto, Callao 07046

Anexo 5

Consentimiento Informado

Estos cuestionarios tienen como propósito evaluar aspectos relacionados a las prácticas de conductas sexuales de riesgo y el funcionamiento familiar, con la finalidad de comprender como se relacionan ambas. Su participación es totalmente anónima y voluntaria. Si decide participar en este estudio, por favor responda el cuestionario, así mismo, puede dejar de llenar el cuestionario en cualquier momento, si así lo decide.

Cualquier duda o consulta que usted tenga posteriormente puede escribirme a analyquiroz@upeu.edu.pe

He leído los párrafos anteriores y reconozco que al llenar y entregar este cuestionario estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.

Anexo 6

Cuestionario de conducta sexual de riesgo para adolescentes – CCSR

(Elaborado por Apaza, Quiroz y Estelo, 2017)

I. Datos sociodemográficos

Edad: _____

Sexo: Masculino ()

Femenino ()

Grado académico:

Estudiante del nivel secundaria () Estudiante universitario () Estudiante técnico superior ()

Adolescente solo con secundaria completa () Adolescente con estudios incompletos ()

Con quien vive: Padres () Solo uno de ellos () Familiares ()

Amigos ()

II. Instrucciones

A continuación, se presenta una serie de preguntas con el fin de evaluar las conductas sexuales de riesgo. Por favor, conteste con honestidad cada pregunta, no hay respuesta buena ni mala. Marque con una “X” la alternativa que elija, **en algunas preguntas pueden marcar más de una alternativa**. Tener en cuenta que existen sub preguntas, estas serán contestadas solamente si en la pregunta principal se respondió con un “Sí”, caso contrario, si su respuesta es “NO”, omitir las sub preguntas.

1. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez?

a. Sí () b. No ()

Si su respuesta es “No”, ya no es necesario continuar con este cuestionario, devuelva la prueba a los evaluadores.

2. ¿Qué edad tenía cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?

Edad: _____

3. En su primera relación sexual, ¿usted o su pareja usó condón?

a. Sí () b. No ()

4. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en su vida?

Nº: _____

5. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses?

a. Sí () b. No ()

Continuar solo si contestó que “Sí” en la pregunta anterior.

5.1. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses?

Nº: _____

5.2. ¿Cuántas veces por semana ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses??

a. Nº de veces por semana.....: _____

b. Nº de veces por mes.....: _____

c. Nº de veces en los 6 meses....: _____

6. Por lo general, cuando tiene relaciones sexuales, ¿usted o su pareja usan condón?

a. Siempre ()

b. A veces ()

c. Nunca ()

7. La última vez que tuvo relaciones sexuales con penetración, ¿usted o su pareja usaron condón?

a. Sí () b. No ()

<p>8. Si no usó condón en alguna de sus relaciones sexuales ¿cuál fue la razón? (<i>Puede marcar más de una respuesta</i>)</p> <p>a. Porque a mí me disgusta usarlo.....()</p> <p>b. Porque a mi pareja o la persona con quien tuve relaciones sexuales le disgusta usarlo.....()</p> <p>c. Porque me resulta difícil decirle a mi pareja sobre el uso del condón.....()</p> <p>d. Porque confío en mi pareja con quien tuve relaciones sexuales.....()</p> <p>e. Porque solo tengo relaciones sexuales con mi pareja.....()</p> <p>f. Porque estaba bajo los efectos de alguna sustancia.....()</p> <p>g. Porque era difícil conseguirlo en ese momento.....()</p> <p>h. Porque el condón se dañó, se rompió y no teníamos otro a la mano.....()</p> <p>i. Porque no sé cómo utilizar un condón.....()</p>
<p>9. ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales estando bajo el efecto de alcohol o alguna sustancia psicoactiva?</p> <p>a. Sí () b. No ()</p>
<p>10. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con una persona que conoció el mismo día (en una fiesta, discoteca, chat, etc.)?</p> <p>a. Sí () b. No ()</p> <p><i>Continuar solo si contestó que “Sí” en la pregunta anterior.</i></p> <p>10.1. ¿Usó protección cuando mantuvo relaciones sexuales con alguien que recién conocía?</p> <p>a) Sí () b. No ()</p> <p>10.2. ¿Estuvo bajo los efectos de alguna sustancia cuando tuvo relaciones sexuales con alguien que recién conocía? Sí () b. No ()</p>
<p>11. En los últimos 12 meses ¿qué acciones ha realizado para evitar Enfermedades de Transmisión Sexual? (<i>Puede marcar más de una respuesta</i>)</p> <p>a. Tener relaciones sexuales solo con una misma persona.....()</p> <p>b. Usar condón.....()</p> <p>c. Conversar con quienes he tenido relaciones sexuales sobre el riesgo de adquirir el virus.....()</p> <p>d. Ponerme de acuerdo con las personas con las que he tenido relaciones sexuales sobre el uso de medidas de protección.....()</p> <p>e. Informarme sobre el VIH-SIDA en servicios de salud, profesionales especializados.....()</p> <p>f. Informarme sobre el VIH-SIDA con personas de confianza, internet, medios de comunicación.....()</p>
<p>12. ¿Ha tenido relaciones sexuales en grupo? a. Sí () b. No ()</p> <p><i>Continuar solo si contestó que “Sí” en la pregunta anterior.</i></p> <p>12.1. ¿Cuántas veces? _____</p> <p>12.2. ¿Usó preservativo en esa ocasión? Sí () No ()</p> <p>12.3. ¿Consumió alguna sustancia en esa ocasión? Sí () No ()</p>
<p>13. ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido alguna Infección de Trasmisión Sexual como gonorrea, sífilis, condilomas (verrugas genitales), herpes genital, u otros?</p> <p>a. Sí () b. No ()</p> <p><i>Continuar solo si contestó que “Sí” en la pregunta anterior.</i></p> <p>13.1. ¿Qué hizo para tratar esa(s) infección(es) de Trasmisión sexual? (<i>Más de una respuesta</i>)</p> <p>a. Nada.....()</p> <p>b. Consultó en una farmacia o botica.....()</p> <p>c. Consultó a un médico (profesional de la salud).....()</p> <p>d. Consulto a un amigo, vecino o conocido.....()</p> <p>e. Se auto recetó o formuló.....()</p>
<p>14. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con una persona a quien tuvo que pagar por ello?</p> <p>a. Sí () b. No ()</p> <p><i>Continuar solo si contestó que “Sí” en la pregunta anterior.</i></p> <p>14.1. ¿Usó protección cuando mantuvo relaciones sexuales en esta situación?</p> <p>a. Sí () b. No ()</p> <p>14.2. ¿Estuvo bajo los efectos de alguna sustancia cuando tuvo relaciones sexuales en esta situación?</p> <p>a. Sí () b. No ()</p>
<p>15. Marque qué tipos de relaciones sexuales ha practicado. (<i>Puede marcar más de una respuesta</i>)</p> <p>a. Vaginal () b. Oral () c. Anal ()</p>

Anexo 7

Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL

Instrucciones: A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente. La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

	<i>Casi nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Casi siempre</i>
1. ¿En grupo, se toman decisiones para cosas importantes de la familia?					
2. ¿En mi casa predomina la armonía?					
3. ¿En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades?					
4. ¿Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana?					
5. ¿Nos expresamos sin ofender, de forma clara y directa?					
6. ¿Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlo?					
7. ¿Tomamos como ejemplo las experiencias de otras familias ante situaciones distintas?					
8. ¿Cuándo alguien de la familia tiene problema los demás lo ayudan?					
9. ¿Se distribuyen las tareas de forma equitativa y acorde a la edad?					
10. ¿Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones?					
11. ¿Podemos conversar diversos temas sin temor?					
12. ¿Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas?					
13. ¿Los intereses y necesidades de cada miembro de la familia son respetados por igual?					
14. ¿Nos demostramos el cariño que tenemos?					

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; este se muestra en el siguiente cuadro:

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1