

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Psicología



Una Institución Adventista

Funcionamiento familiar, conductas de inicio sexual precoz y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Lima Este, 2019

Por:

Jhenny Marlith Becerra Cueva

Asesora:

Mg. Sara Esther Richard Pérez

Lima, diciembre de 2019

ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

Mg. Sara Esther Richard Pérez, docente de la Escuela de Posgrado, Unidad de Posgrado de Psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: "Funcionamiento familiar, conductas de inicio sexual precoz y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019" constituye la memoria que presenta la **Bachiller Jhenny Marlith Becerra Cueva** para aspirar al Grado académico de Maestra en Ciencias de la Familia con mención en Terapia Familiar, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Lima, a los trece días del mes de diciembre del año 2019.



Mg. Sara Esther Richard Pérez

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE MAESTRO(A)

En Lima, Naña, Villa Unión, a trece días del mes de diciembre del año 2019 siendo las 9:30 a.m., se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del Jurado: Dr. Jorge Luis Reyes Aguilar, el secretario: Dr. Josué Edison Turpo Chaparro, el

miembros: Mrs. Ruth Evelyn Quiroz Soto y los demás asesores: Mrs. Sara Esther Richard Pérez y el académico de sustentación de Tesis de Maestro(a) titulada: Intervenciones familiares con el propósito de administrar el acto

de sustentación de Tesis de Maestro(a) titulada: Intervenciones familiares en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Lima Este, 2019 con el propósito de administrar el acto de sustentación de Tesis de Maestro(a) titulada: Intervenciones familiares en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Lima Este, 2019 del Bachiller/Licenciado(a) JHENNY MARLITH BECERRA CUEVA

Conducente a la obtención del Grado Académico de Maestro(a) en: Ciencias de la Familia (Nomenclatura del Grado Académico) con Mención en Terapia Familiar

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al candidato hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del Jurado a efectuar las preguntas, cuestionamientos y aclaraciones pertinentes, los cuales fueron absueltos por el candidato. 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/Licenciado(a): JHENNY MARLITH BECERRA CUEVA

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>APROBADO</u>	<u>18</u>	<u>A-</u>	<u>MUY BUENO</u>	<u>SOBRESALIENTE</u>

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del Jurado invitó al candidato a ponerse de pie, para recibir la evaluación final. Además el Presidente del Jurado concluyó el acto académico de sustentación, procediéndose a registrar las firmas respectivas.

[Firma]
Presidente

[Firma]
Secretario

[Firma]
Asesor

Miembro

[Firma]
Miembro

[Firma]
Bachiller/Licenciado(a)

Dedicatoria

A mi madre, María Luz Cueva Valdez, por su amor incondicional, su compañía, fortaleza y ejemplo de superación. A mi hermano, Freddy Adán Chávez Cueva, mi compañero de vida.

A mi padre, Elmer Rigoberto Becerra Hernández, por sus consejos y virtudes inculcados en mí. A Edecia Isabel Fernández Acuña, por sus consejos, su aprecio y consideración. A mis hermanos, Kristyna, Gustavo Alonzo y Susana Becerra Fernández, mis compañeros de vida.

A ellos, que son una pieza fundamental en mi vida, ya que, con su amor, paciencia y buenos consejos, me ayudan a trazar mi camino.

Agradecimientos

A Dios, por darme la sabiduría, inteligencia y las fuerzas para realizar esta investigación.

A mi asesora de tesis, Mg. Sara Esther Richard Pérez, por guiarme en el proceso de la investigación.

A la Institución Educativa I.E N° 0051 “José Faustino Sánchez Carrión”

A la Mg. Ruth Evelyn Quiroz Soto y a la Dra. Dámaris Susana Quinteros Zúñiga por el asesoramiento y revisión de la investigación.

A Cristian Adriano, por el apoyo en el procesamiento de los datos estadísticos.

A la Escuela de Psicología de la Universidad Peruana Unión, por apoyarme en la ejecución de la investigación.

Índice de contenido

Dedicatoria	iv
Agradecimientos.....	v
Índice de contenido	vi
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Índice de anexos	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción.....	xiii
Capítulo I	15
El problema	15
1. Planteamiento del problema	15
2. Formulación del problema	20
2.1. Problema general.....	20
2.2. Problemas específicos.....	21
3. Justificación	21
4. Objetivos de la Investigación	22
4.1. Objetivo general.....	22
4.2. Objetivos específicos	22
Capítulo II	24
Marco teórico.....	24
1. Presuposición filosófica	24
1.1. Consumo de alcohol y otras sustancias.....	27
2. Antecedentes de la investigación	29
2.1. Antecedentes internacionales.....	29
2.2. Antecedentes nacionales	32
3. Bases teóricas.....	34
3.1. Familia	34
3.2. Funcionamiento familiar.....	36
3.3. Conductas de riesgo en adolescentes	47
3.4. Inicio sexual en los adolescentes.....	48

3.5.	Sustancias psicoactivas	55
3.6.	La adolescencia	64
4.	Definición de términos	65
5.	Hipótesis de la investigación	66
5.1.	Hipótesis general	66
5.2.	Hipótesis específicas	67
Capítulo III	.....	68
Materiales y Métodos	.....	68
1.	Diseño y tipo de investigación	68
2.	Variables de la investigación	68
2.1.	Definición conceptual de las variables	68
2.2.	Operacionalización de las variables.....	69
3.	Delimitación geográfica y temporal.....	74
4.	Población y muestra	74
4.1.	Población	74
4.2.	Muestra	75
4.3.	Características de la muestra	76
5.	Instrumentos de recolección de datos	77
5.1.	Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson (FACES III)	77
5.2.	Cuestionario de Inicio Sexual (CISEX)	78
5.3.	Escala CRAFFT+N version 2.1	79
6.	Proceso de recolección de datos.....	81
7.	Procesamiento y análisis de datos	82
Capítulo IV	.....	83
Resultados y discusión	.....	83
1.	Resultados.....	83
1.1.	Análisis descriptivos.....	83
1.2.	Análisis inferencial	89
2.	Discusión.....	92
Capítulo V	.....	97
Conclusiones y recomendaciones	.....	97
1.	Conclusiones.....	98
2.	Recomendaciones.....	99
Referencias	.....	102

Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de la variable funcionamiento familiar.....	70
Tabla 2. Operacionalización de la variable inicio sexual.....	71
Tabla 3. Operacionalización de la variable consumo de sustancias psicoactivas....	71
Tabla 4. Distribución de estudiantes por grado.....	72
Tabla 5. Datos sociodemográficos de los participantes.....	74
Tabla 6. Nivel de funcionamiento familiar de los participantes.....	82
Tabla 7. Tipos de cohesión y adaptabilidad familiar de los participantes.....	84
Tabla 8. Estilos de funcionamiento familiar de los participantes.....	85
Tabla 9. Nivel de conductas de inicio sexual de los participantes.....	86
Tabla 10. Nivel de consumo de sustancias psicoactivas de los participantes.....	87
Tabla 11. Niveles de funcionamiento familiar y conductas de inicio sexual precoz.....	87
Tabla 12. Niveles de funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas.....	88
Tabla 13. Niveles de consumo de sustancias psicoactivas y conductas de inicio sexual precoz.....	89

Índice de figuras

Figura 1 Modelo Circumplejo de Olson para el FACES – III.....	45
Figura 2 Modelo causal del consumo de Sustancias Psicoactivas.....	63

Índice de anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia metodológica.....	113
Anexo 2. Consentimiento informado Abreviado.....	115
Anexo 3. Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III).....	116
Anexo 4. Cuestionario de Inicio Sexual (CISEX).....	117
Anexo 5. Cuestionario CRAFT+N (Versión 2.1).....	118
Anexo 6 Carta de autorización de la institución para la investigación.....	119

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo analizar si existe relación significativa entre el funcionamiento familiar, el inicio sexual precoz y el consumo de sustancias psicoactivas. La muestra estuvo conformada por 337 estudiantes de tercero, cuarto y quinto grado del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019. Asimismo, para el presente estudio se utilizó la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson (FACES III) el Cuestionario de Inicio Sexual CISEX y la Escala CRAFFT+N 2.1.

Se determinó que existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y el inicio sexual precoz ($X^2 = 2,129$, $p = ,001$), así también entre el funcionamiento familiar y el consumo de sustancias psicoactivas ($X^2 = 4,185$, $p = ,012$). En tal sentido se concluye que el inicio sexual precoz y el consumo de sustancias psicoactivas se relacionan con el nivel de funcionamiento familiar.

Palabras clave: *inicio sexual precoz, consumo de sustancias psicoactivas, funcionamiento familiar, adolescencia.*

Abstract

This research aims to analyze whether there is a significant relationship between family functioning, early sexual initiation and the consumption of psychoactive substances. In a sample of 337 students in the third, fourth and fifth grades of the secondary level of a Public Educational Institution in Lima Este, 2019. We used the Family Functioning Questionnaire (FACES III), the CISEX Sexual Initiation Questionnaire and the CRAFFT+N 2.1 Scale.

It was determined that there is a significant relationship between family functioning and early sexual initiation ($\chi^2 2,129$, $p = ,001$), as well as between family functioning and consumption of psychoactive substances ($\chi^2 4,185$, $p = ,012$). In this regard, it is concluded that early sexual initiation and the consumption of psychoactive substances are related to the level of family functioning.

Keywords: *early sexual initiation, consumption of psychoactive substances, family functioning, adolescence.*

Introducción

La estructura y la funcionalidad de la familia es estudiada por distintas disciplinas y especialidades, con la finalidad de conocer las características psicológicas y sociales de sus miembros, así también, para explicar las variaciones que está atravesando en los últimos años. Ciencias como la antropología, sociología y psicología han contribuido en presentar varias teorías que facilitan la comprensión de los cambios evolutivos, que explican las consecuencias comportamentales de las relaciones entre sus integrantes, en las percepciones de satisfacción con la vida y el bienestar psicológico, sumado al sistema de creencias sobre las propias capacidades y confianza para enfrentar a los distintos problemas o, para alcanzar determinadas metas (Silva, 2019).

La investigación aborda la relación entre el funcionamiento familiar, el inicio sexual precoz y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019.

La investigación comprende cinco capítulos. El capítulo I contiene el planteamiento del problema, de acuerdo a las variables de estudio, así mismo la formulación de los objetivos, la justificación datos importantes de estudio y los objetivos. El marco filosófico y el marco conceptual con el fundamento teórico están en el capítulo II, así también detalla investigaciones internacionales y nacionales realizadas en torno a las variables que sirven como antecedentes para la investigación. En la misma dirección, el capítulo III detalla el diseño, tipo y alcance de la investigación. Además, se muestra la operacionalización de las variables, los instrumentos, estadísticos utilizados para el análisis; también presenta la delimitación geográfica, temporal y la descripción de la muestra de estudio.

Como corolario del estudio, en el capítulo IV se presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos y se finaliza con la discusión de los mismos para concluir, en el capítulo V, con las conclusiones y recomendaciones.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

La familia es considerada como el primer eslabón de apoyo social y psicológico que una persona posee durante toda su vida, cumple la función protectora ante diversas tensiones cotidianas; sin embargo, frente a situaciones que sobrecargan el sistema familiar, es habitual que los integrantes de la familia consideren que no se está cumpliendo con las obligaciones y/o funciones, es allí donde se da lugar al desequilibrio familiar y por ende a la disfuncionalidad familiar y en el peor de los casos a la separación (Sigüenza, 2015).

Entre los factores que dan lugar a un funcionamiento familiar inadecuado está la ausencia física y emocional de los padres, deficiente calidad de los vínculos entre los integrantes del sistema familiar, falta de confianza y cercanía y escasas manifestaciones de afecto entre sus miembros (Alonso-Castillo, Yanes-Lozano, y Armendáriz-García, 2017). Un mal funcionamiento familiar tanto en su estructura como en su dinámica crean hacia su interior diversas actitudes y comportamientos negativos que afectan la comunicación y, por ende, la satisfacción personal y familiar será considerada como desfavorable (Mateo-Crisóstomo, Rivas-Acuña, González-Suárez, Hernández Ramírez, y Victorino-Barra, 2018)

Investigaciones realizadas en el Perú por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018), indican que durante los últimos años se ha incrementado el número de separaciones de parejas, observándose un alto porcentaje en las

personas de 40 años y más. Además, una de las situaciones consideradas como factor de desequilibrio en el funcionamiento familiar es la presencia de los hijos en la edad adolescente (Mateo-Crisóstomo et al., 2018) edad en la que los adolescentes necesitan de la orientación y cuidado de los padres.

El Institut D' Assistencia Psicológica i Psiquiatria (MENSALUS, 2017) de Barcelona menciona que en la adolescencia empiezan los cambios biológicos, comportamentales y sociales que dan lugar al desarrollo y reafirmación de la personalidad, la autoestima, la autoconciencia y, en definitiva, la identidad del adolescente y futuro adulto. Estos cambios involucran un desarrollo cerebral que puede conducirlos a involucrarse en conductas de riesgo, especialmente los comportamientos de efecto placentero inmediato, sin embargo, carecen de una valoración de las consecuencias posteriores. En su mayoría las interpretaciones son erróneas y aparecen de forma espontánea frente a diversas situaciones que son aceptadas como verdaderas. Estas, a su vez, conllevan a desarrollar emociones desagradables que perjudican la salud, las relaciones personales y el bienestar del adolescente. Dentro de las principales conductas de riesgo está el consumo de sustancias psicoactivas, relaciones precoces y sin medidas de protección, trastornos de alimentación, conducta antisocial y abandono de los estudios.

En la misma línea, cuando se analiza la morbilidad de los adolescentes, los accidentes son una causa frecuente y es la primera causa de mortalidad, el suicidio aparece en el cuarto lugar; así también, otro de los problemas que aparecen en este grupo poblacional son las prácticas, comportamientos y conductas de riesgo, que les ocasionan, discapacidades y defunciones; todo esto en su afán de reafirmar su independencia, su virilidad y libertad en la toma de decisiones propias de esta etapa,

así también, su imitación a los adultos los conlleva a iniciarse e involucrarse en el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas (García et al., 2018).

Respecto al consumo de sustancias, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) menciona que a nivel mundial se producen 3.3 millones de muertes al año como consecuencia del consumo del alcohol, lo que representa el 5,9% de todas las defunciones. El porcentaje atribuible entre los varones asciende al 7,6% comparado con las mujeres. El consumo también provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana, además que se asocia a muchos trastornos mentales y comportamentales.

El consumo de sustancias psicoactivas es un tema de preocupación mundial, debido a que reduce el autocontrol y acrecienta las conductas de riesgo, ya sea relaciones sexuales irresponsables (sin protección) o no medir los peligros a los que se exponen. Además, la percepción negativa que tienen sus familiares y amigos sobre la conducta de los consumidores evidencian una probable patología social y/o un problema de abuso de sustancias (OMS, 2018)

De acuerdo al informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Perú es el sexto país en Latinoamérica con mayor ingesta de alcohol con 8,1 litros per cápita (Gestión, 2015). Así también, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2017) indica que, hasta el 2012, el consumo de alcohol y tabaco, en estudiantes de nivel secundario fue de 37.2 % y el 22.3% respectivamente, con un inicio de consumo alrededor de los 13 años de edad; así también un 8.5% de estudiantes de 11 a 13 años de edad manifestó haber consumido algún tipo de sustancias psicoactivas un año antes de la encuesta, es decir, iniciaron el consumo a los 10 años de edad, lo cual es alarmante, ya que consumieron cuando aún eran muy niños.

En el Perú el inicio de consumo de alcohol se da a una edad precoz. En las diferentes regiones el promedio es de 12.6 años, variando desde 11.9 años en la sierra urbana y 13.1 en Lima y Callao. Cifras similares son las de inicio del consumo de tabaco, variando de 13.4 a 13.9 años. Lo preocupante es que, a pesar de haber tomado medidas para determinar la compra, la manera de promoción y consumo de las bebidas alcohólicas en una edad adecuada, prevalece el consumo entre los 15 y 19 años.

En relación al estudio, la OMS (2004) menciona que entre el alcohol y el tabaco hay muchas semejanzas: ambos son sustancias legales, están ampliamente disponibles en la mayor parte del mundo y ambos son comercializados activamente por empresas multinacionales que dirigen sus campañas publicitarias y de promoción hacia los jóvenes.

Por otro lado, la conducta reproductiva de los adolescentes es también un tema de mayor interés, ya que actualmente se han incrementado los embarazos a muy temprana edad. Estos generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común o en situaciones de unión consensual, y en su mayoría terminan con el abandono de la mujer y el hijo, dando lugar así el problema social de la madre soltera (INEI, 2015).

A nivel mundial, unos 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, siendo en su mayoría en los países de niveles bajos y medianos; otro dato alarmante es que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes, pues cada año unos 3 millones de muchachas entre 15 y 19 años se someten a abortos peligrosos (OMS, 2018).

Así también, estudios realizados por Llaza y Ocoruro (2018) en el Perú, indican que la relación entre el funcionamiento familiar y el inicio sexual es altamente significativa, es decir, los adolescentes provenientes de familias severamente disfuncionales son los que en su mayoría han iniciado su vida sexual; probablemente como consecuencia de la poca educación sexual brindada en el hogar, a diferencia de los estudiantes provenientes de familias moderadamente funcionales, en las que existe una mayor comunicación y educación sexual.

En la misma línea, investigaciones realizadas en Chile demuestran que los adolescentes en un 24.1% dan inicio a sus relaciones sexuales antes de los 15 años y el 75,9 % entre los 15 y 19 años; los factores asociados a estos resultados de inicio sexual son la mala comunicación familiar, filiación no matrimonial, no haberse criado con ambos padres, no vivir actualmente con ellos, supervisión sin sanción al quebrantamiento de normas, padres con antecedentes de paternidad adolescente, madre que trabaja, tamaño de la familia y disfunción familiar (González, Molina, Montero, y Martínes, 2013).

En el Perú, la encuesta demográfica y de salud familiar realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015) muestra que, a pesar de que la fecundidad ha descendido, hay un incremento preocupante en el grupo de 15 a 19 años, con el 19,4%; dichos datos indican que el 14,6% de las adolescentes ya estuvo alguna vez embarazada, de ellas el 11,7% ya son madres y el 2,9% estaban gestando por primera vez; este acelerado incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, va desde un 2,7% entre las de 15 años hasta el 31,2% en las de 19 años de edad.

Entonces, de acuerdo a las investigaciones, el consumo de sustancias psicoactivas y las relaciones sexuales sin protección ponen en peligro la salud actual

de los adolescentes, su futura adultez e incluso puede repercutir en la salud de sus potenciales hijos (OMS, 2018). Así también, para los adolescentes, las consecuencias psicológicas de estas conductas de riesgo pueden contribuir a la dificultad para terminar el colegio, generar aislamiento social y falta de apoyo familiar (Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016). Un adolescente con escasas o ninguna educación tiene menos aptitudes y oportunidades de empleo, dando lugar a la feminización de la pobreza y la subsecuente transmisión intergeneracional de la misma (OMS, 2017).

Teniendo en cuenta los datos estadísticos, la problemática respecto a estas variables y las revisiones bibliográficas, se observa que los estudiantes no son ajenos a esta problemática, ya que de acuerdo a la información de los docentes y el personal que labora en la institución, la mayoría de los estudiantes proviene de hogares disfuncionales y los padres están poco tiempo con ellos porque salen a trabajar para solventar a la familia y, en el peor de los casos, dejan solos a sus hijos. Esto los hace más vulnerables a presentar las conductas de riesgo. Por tal motivo se realizó la investigación en una institución educativa de Lima Este, ya que es una población en riesgo.

2. Formulación del problema

2.1. Problema general

¿Existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y las variables Conductas de inicio sexual precoz y Consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019?

2.2. Problemas específicos

- ¿Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y conductas de inicio sexual precoz en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019?
- ¿Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019?
- ¿Existe relación significativa entre consumo de sustancias psicoactivas y conductas de inicio sexual precoz en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019?

3. Justificación

La investigación permite analizar en qué medida se relacionan el funcionamiento familiar y las variables de inicio sexual precoz y consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, a partir de la información obtenida. En el ámbito de salud pública, permite tomar medidas de promoción y prevención orientadas a un fin común: La mejora del funcionamiento familiar y disminución de estas conductas de riesgo, ya que la reducción de la fecundidad y el consumo de sustancias en los adolescentes es básicamente resultado de la postergación de la primera vez. En tal sentido el aliado estratégico es la familia.

Si bien es cierto que, en el Perú, como parte de su política educativa, algunas Instituciones Educativas de nivel secundario cuentan con una modalidad educativa de Jornada Escolar Completa en la que hay un profesional en psicología permanente, esta modalidad no está generalizada. En tal sentido, el resultado de la investigación ayudará a fundamentar e implementar las políticas de educación

integral, incluyendo temas de sexualidad y consumo de sustancias psicoactivas, con la finalidad de lograr una comunicación adecuada y, por ende, un ambiente familiar favorable. Así mismo servirá como base para que se valore la importancia de un profesional de salud mental en las instituciones educativas, ya que es allí donde los adolescentes pasan buena parte de su tiempo.

Así, en el ámbito profesional, el estudio conllevará al diseño de estrategias que involucren de manera conjunta a los padres de familia, estudiantes y docentes de la institución para que, de esa manera, mejore el funcionamiento familiar de los adolescentes y por ende disminuyan las conductas de riesgo, ya que es en la familia en la cual se establecen los lazos de seguridad emocional.

Finalmente, este estudio abrirá puertas a otras investigaciones que busquen estudiar a la familia y sus repercusiones en la toma de decisiones de los adolescentes.

4. Objetivos de la Investigación

4.1. Objetivo general

Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar, y las variables Conductas de inicio sexual precoz y Consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019.

4.2. Objetivos específicos

- Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019.

- Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y conductas de inicio sexual precoz en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019.
- Determinar si existe relación significativa entre conductas de inicio sexual precoz y consumo de sustancias psicoactiva en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019.

Capítulo II

Marco teórico

1. Presuposición filosófica

La familia es la institución más antigua de las relaciones sociales humanas, ha sido abordada por diversas ciencias a partir de las particularidades de cada una de ellas y de sus intereses específicos: “El estudio psicológico de la familia presenta un conjunto de complejidades y problemas cuyas soluciones y respuestas han de alcanzarse en el camino de la investigación científica y la reflexión teórica” (Valladares, 2008, p. 6). Lo que caracteriza a esta institución son las interacciones de sus miembros, a los que va preparando y ejerciendo influencia en su desarrollo; a su vez el vínculo y la autoridad que en ella hay vienen cambiando a consecuencia a la crisis actual, de la que no es ajena (Zarate, 2003). En tal sentido, cada hijo necesita de sus padres, porque las relaciones afectivas que desde su nacimiento se han mantenido con ellos permiten que vayan adquiriendo los rasgos que los convertirán en seres independientes; también necesitan dirección, disciplina, además, apoyo y ánimo para poder madurar y lograr su independencia familiar a fin de convertirse en adultos autónomos. Dios, que también está buscando el bienestar de las familias, invita a los padres sinceros a defender sus hogares, y si estos tienen fundamentos sólidos, se evitará el temor al futuro. Es así que, el factor fundamental que determina la imagen en la que el niño se desarrollará dependerá en gran manera de la imagen que los padres proyectan en la familia (Van Pelt, 2004).

El vínculo de la familia es el más estrecho, el más tierno y sagrado en la tierra. Estaba destinado a ser una bendición para la humanidad. Y lo es siempre que el pacto matrimonial sea sellado con inteligencia, en el temor de Dios y con la debida consideración de sus responsabilidades. Los jóvenes necesitan, desde su infancia, que se levante una firme barrera entre ellos y el mundo, a fin de que no afecten sus influencias corruptoras (White, 2013. p. 14).

La Biblia indica “corrige a tu hijo, y te dará descanso, y dará alegría a tu alma (Proverbios 29: 17), entonces es indispensable la comunicación auténtica que tiene lugar cuando los padres están en contacto con los hijos y mejora su habilidad de aceptarlo como individuo con derechos, necesidades y valores personales. Para crear un ambiente de armonía en el hogar, es fundamental dar la instrucción y corrección de los hijos en las edades tempranas y Dios, en su infinito amor, dejó algunas instrucciones explícitas en la Biblia: “Instruye al niño en su camino y aun cuando fuere viejo no se apartará de él” (Proverbios 22: 6), queda claro que el amor a los hijos se demuestra en la forma de corregirlo: “El que detiene el castigo, a su hijo aborrece; mas el que lo ama, desde temprano lo corrige” (Proverbios 13: 24), no se trata de permitir cada conducta irrespetuosa o de desobediencia, menciona el proverbio: “Castiga a tu hijo en tanto que hay esperanza, mas no se apresure tu alma para destruirlo” (Proverbios 19:18). La corrección debe utilizarse para encaminar a los hijos y ayudarlos a tener dominio propio ya que “la necedad está ligada en el corazón del muchacho, mas la vara de la corrección la alejará de él” (Proverbios 22:15). Sin embargo, esta labor se torna complicada cuando los hijos están en la edad adolescente, porque los intereses de ellos van cambiando, son muy comunes las citas amorosas a una edad temprana y conocen aspectos propios de los adultos con indebida anticipación, ya tienen dinero, más medios de transporte,

más tiempo libre y menos supervisión que antes, inclusive su maduración sexual es más temprana en comparación a generaciones anteriores. Este procedimiento es positivo, ya que está iniciando el proceso de su individualidad, con sus principios éticos, sus valores, sus ideas y sus creencias. Estos cambios varían en cada adolescente (Van Pelt, 2004); sin embargo, si se desea tener hijos que sean la alegría de los padres, se debe mantener el consejo divino: “No rehúses corregir al muchacho” (Proverbios 23:13).

La intención de Dios es que se eduque con amor: “Padres, no hagan enojar a sus hijos, sino más bien críenlos con disciplina e instrúyanlos en el amor del Señor” (Efesios 6:4). Aun cuando ellos demoren en aprender o hayan errado, el mandato bíblico indica: “Padres, no exasperéis a vuestros hijos, para que no se desalienten” (Colosenses 3:21). Se debe mantener la calma y educar en amor, valorando a los hijos, porque son la bendición de Dios a la familia; entonces, la primera labor de la familia es asegurarse que el Espíritu Santo moré allí, porque el hogar no debe de carecer de alegría, en el corazón de los hijos debe albergar siempre el sentimiento familiar, para que ellos puedan recordar el hogar de su infancia como un lugar de paz y felicidad, siendo así, cuando lleguen a la madurez procurarán a su vez ser un consuelo y una bendición para sus padres. El hogar debe ser el lugar más agradable el mundo, y su mayor atractivo debe ser la presencia de los padres (White, 2013).

White (2013), en su libro *El hogar cristiano*, afirma que:

Una familia bien ordenada y disciplinada influye más en favor del cristianismo que todos los sermones que se puedan predicar, una familia tal prueba que los padres han sabido seguir las instrucciones de Dios y que los hijos le servirán en la iglesia... la influencia de una familia mal gobernada se difunde y es desastrosa

para toda la sociedad. Se acumula en una maldad que afecta a las familias, las comunidades y los gobiernos (p, 261).

La instrucción a los hijos debe ser con paciencia, misericordia y verdad, ya que es la manera más eficaz y, como consecuencia, en el hogar se va generando un clima de obediencia y amor a ambos padres por igual. Dios creó la familia y da el mismo valor al padre y a la madre, Él rompe barreras de jerarquía y los coloca como igual frente a los hijos: “Oye, hijo mío, la instrucción de tu padre, y no desprecies la dirección de tu madre” (Proverbios 1:8). La obediencia a los padres está ligada al amor y el respeto a Dios: “Hijos, obedeced en el Señor a vuestros padres, porque esto es justo (Efesios 6:1). A Dios le agrada la obediencia a los padres porque es una muestra de amor hacia él: “Hijos, obedeced a vuestros padres en todo, porque esto agrada al Señor (Col 3:20) además el respeto a los padres es un mandamiento con promesa: “Honra a tu padre y a tu madre, para que tus días se alarguen en la tierra que Jehová tu Dios te da” (Éxodo 20:12)

Una de las trampas comunes en la cual los padres suelen caer se sintetiza en la falacia tan mencionada por los adolescentes: “Todo el mundo lo hace”. Frente a esto, los padres necesitan explicar que no todos hacemos las cosas de la misma manera, cada padre debe ser indulgente y darle al adolescente, hasta donde sea razonable, la libertad que sea. El recurso más efectivo en la enseñanza de valores y normas al adolescente es el “método de inoculación”, es decir, mediante ejemplos y comentando con claridad sobre las cosas que merecen censura, antes de aislarlos de los de las influencias negativas (Van Pelt, 2004).

1.1. Consumo de alcohol y otras sustancias

El efecto del consumo de bebidas alcohólicas es el debilitamiento del cuerpo, confusión mental y degradación de las facultades morales. Impide comprender la

santidad de las cosas sagradas y el rigor de los requerimientos de Dios en la vida. El deseo de Dios es que las personas conserven todas las facultades en las mejores condiciones, y al consumir sustancias psicoactivas (SPA) produce efectos que hacen perder la cordura, se pierde la conciencia y sensibilidad sobre el pecado y, con toda seguridad, se sufrirá las consecuencias de este endurecimiento, llegando a considerar lo sagrado como común e insignificante (White, 2005).

Es evidente que el consumo de sustancias destruye la concepción que Dios tiene del ser humano: “¿No saben ustedes que su cuerpo es templo del Espíritu Santo que Dios les ha dado, y que el Espíritu Santo vive en ustedes? Ustedes no son sus propios dueños, porque Dios los ha comprado. Por eso deben honrar a Dios en el cuerpo” (1 Corintios 6:19). La indicación en la palabra de Dios es explícita sobre el cuidado que se debe tener sobre nuestro cuerpo y enfatiza la responsabilidad de cuidar nuestro organismo evitando cualquier conducta que ponga en riesgo nuestra salud.

Por la santidad que se le da al cuerpo, Dios realiza la exhortación sobre su cuidado a todas las edades: “En todo caso, lo mismo si comen, que si beben, que si hacen cualquier otra cosa, háganlo todo para la gloria de Dios. No den mal ejemplo a nadie...” (1 Corintios 10:31-32), es responsabilidad de cada persona el cuidado de su organismo; sin embargo, hay algo importante también allí, ver qué ejemplo de cuidado se va transmitiendo a nuestro entorno familiar, ya que la familia asume las consecuencias de cada conducta transmitida.

2. Antecedentes de la investigación

2.1. Antecedentes internacionales

Cazares (2015) en Melgar Colombia, llevó a cabo un estudio cuyo enfoque fue cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal. El propósito principal fue determinar la relación existente entre estilos parentales y el autoconcepto en los estudiantes del quinto grado de educación básica primaria de la Institución Técnica Sumapaz. Con 150 participantes que oscilan entre 10 y 15 años de edad, para lo cual se aplicó dos instrumentos: Escala de socialización familiar, que ha sido adaptado por la investigadora y la escala de Autoconcepto (AF-5). A través del presente estudio se dio a conocer que no hay una relación significativa entre los estilos parentales y el autoconcepto de los estudiantes y las dimensiones. Con excepción la en la relación del estilo negligente y el autoconcepto en un nivel intermedio.

En México, Alonso-Castillo et al. (2017) investigaron la funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. El objetivo fue identificar la relación y el efecto de la funcionalidad familiar con el consumo de alcohol de adolescentes que estudian en secundaria. El estudio fue descriptivo correlacional. Se utilizó la cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol, la Escala de Evaluación Familiar (APGAR) y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT). La muestra lo conformaron 362 adolescentes entre 12 y 15 años de edad. Los resultados mostraron que un 61% presentaba consumo sensato; un 22.6%, consumo dependiente y un 16.4%, consumo nocivo; así mismo, una relación negativa significativa de la funcionalidad con el consumo dependiente de alcohol ($r_s = -.204$, $p = .021$). Se concluyó que la

funcionalidad familiar es muy importante ya que afecta significativamente las conductas de los adolescentes.

En Colombia, Forero, Siabato y Salamanca (2017) investigaron la ideación suicida, funcionamiento familiar y el consumo de alcohol en adolescentes de Colombia, buscando analizar la asociación entre estas tres variables en 289 adolescentes entre 13 y 17 años. El estudio fue no experimental, de tipo descriptivo y se utilizó el Inventario de Ideación suicida Positiva y Negativa (Pansi), el Cuestionario de Apgar familiar y el Cuestionario de Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Concluyeron que el 67 % tenía un buen funcionamiento familiar seguido de un 12 % con disfuncionalidad grave, y el 84% presentaba el consumo de alcohol de bajo riesgo, lo que implica que los estudiantes, a su corta edad, ya se encuentran inmersos en el consumo de esta sustancia; así también una asociación mayor entre ideación suicida y el tipo de funcionalidad familiar grave.

En Ecuador, Apupalo y Arguello (2016) realizaron una investigación sobre el funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu. El objetivo de esta investigación fue determinar la influencia del funcionamiento familiar y la conducta sexual de riesgo en adolescentes. Fue de enfoque cualitativo y cuantitativo observacional, descriptivo-correlacional de corte transversal. Se utilizó el Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL. La población universal lo conformaron 71 estudiantes entre 14 a 19 años. Se encontró que el sexo masculino fue el más vulnerable al inicio sexual precoz, al cambio frecuente de parejas sexuales, mientras que el sexo femenino no usa preservativo; los adolescentes con inicio sexual precoz pertenecen en su mayoría a familias en riesgo (disfuncionales y moderadamente disfuncionales), asimismo, el

funcionamiento familiar está relacionado con las conductas sexuales de riesgo sin uso de preservativos y la elección de varias parejas sexuales.

En Ecuador, Romero (2016) investigó los determinantes sociales del consumo de alcohol en adolescentes de bachillerato del colegio Daniel Córdova Toral con el objetivo de identificar la prevalencia del consumo de alcohol y su relación con los determinantes sociales en los adolescentes de dicho colegio. El diseño fue cuantitativo observacional de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 218 adolescentes de ambos sexos. Encontró que la prevalencia en el consumo de alcohol es de 42,2%, mientras que el 34,4% tuvo un consumo leve de alcohol. Se concluyó así que pertenecer a una familia disfuncional es un factor de riesgo para el consumo de alcohol.

Por otro lado, en México, Ruiz y Medina-Mora (2014) investigaron la percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. El objetivo fue averiguar si existe un claro entendimiento del significado de la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo, también identificar las estrategias de enfrentamiento que ponen en práctica los adolescentes como una forma de tomar decisiones ante el consumo. Para el estudio cualitativo, emplearon los grupos focales como técnicas de investigación en 60 adolescentes entre 13 y 16 años, 30 experimentadores y 30 abusadores de alcohol, dividido en grupos de seis. Se encontró que la exposición a la oportunidad de consumo está relacionada a las fiestas familiares e invitaciones, además la tentación al consumo se asocia a las emociones desagradables. En las estrategias de enfrentamiento al consumo, los experimentadores plantean como alternativas, la organización de juegos en el que no se involucren bebidas alcohólicas, además cada adolescente debe respetar su decisión de no beber y que

siempre diga no; sin embargo, los abusadores piensan en la diversión y nunca rechazar la invitación de un amigo, asimismo, para ellos “no hay fiesta sin alcohol”.

En España, Zurita y Álvaro (2014) investigaron la repercusión del tabaco y alcohol sobre los factores académicos y familiares en adolescentes. La investigación fue descriptiva y de tipo transversal. La muestra estuvo conformada por 2134 adolescente de ambos sexos entre los 15 y 18 años. Los instrumentos utilizados fueron *Fagertröm Test for Nicotine Dependence* (FTND), Escala de consumo de Alcohol (AUDIT), Escala de Funcionalidad Familiar (APGAR), Nivel de Estudios Familiar (hoja de autorregistro) y el rendimiento académico mediante autoinformación de cada estudiante con el llenado de hojas Ad-Hoc. Se encontró que no existe una relación entre la ingesta de alcohol y el rendimiento académico. Sin embargo, los adolescentes con una disfunción familiar presentan valores de alta dependencia hacia el tabaco (50%), siendo patente el consumo medio y excesivo de alcohol.

2.2. Antecedentes nacionales

En Lima, Apaza (2017) estudiaron los factores individuales y familiares para el inicio de la actividad sexual coital en estudiantes de la Institución Educativa N° 1178 Javier Heraud de San Juan de Lurigancho. El objetivo fue determinar los factores individuales y familiares para el inicio de la actividad sexual coital. La investigación fue de tipo observacional, de diseño descriptivo transversal, prospectivo. La población fue de 210 adolescentes que cursan el 3° a 5° de educación secundaria de dicha institución. Se utilizó una encuesta como fuente primaria, también un cuestionario semiestructurado de preguntas abiertas y cerradas. Se encontró que el 27% de adolescentes había tenido relaciones sexuales coitales. Concluyeron que existe relación significativa entre el inicio sexual coital con la permisividad de los

padres o apoderados para tener enamorado en la adolescencia ($p=0,000$) ya que el 81.1% de los que tuvieron relaciones sexuales coitales manifestó que sus padres o apoderados sí estuvieron de acuerdo con que tengan enamorado(a) frente a un 39,4% de los adolescentes que no tuvieron actividad coital.

También Coaquira y Arroyo (2017) realizaron una investigación sobre el funcionamiento familiar y consumo de alcohol relacionado al inicio sexual en adolescentes mujeres de 3°,4° y 5° de secundaria en un colegio de Junín, con el objetivo de determinar la relación entre el funcionamiento familiar, el consumo de alcohol y el inicio sexual. El estudio fue de diseño no experimental, de corte transversal, de tipo descriptivo correlacional y participaron 279 estudiantes mujeres de los grados mencionados. Se utilizó el Cuestionario de Funcionamiento Familiar-FACES III, el Cuestionario de consumo de alcohol AUDIT y el Cuestionario de inicio sexual CISEX. Se encontró una relación significativa entre el funcionamiento familiar con respecto a la primera relación sexual; así también una relación significativa entre el consumo de alcohol y experiencias previas e inicio sexual, con hablar de temas sexuales, con caricias sexuales y con la primera relación sexual; también el funcionamiento familiar se relaciona con el consumo de alcohol.

Del mismo modo, Choque (2016) investigó el inicio sexual y funcionamiento familiar en estudiantes del 3° a 5° grado de educación secundaria de una institución educativa pública de Lima, con el objetivo de determinar si existe relación entre la edad de inicio sexual y el funcionamiento familiar. La investigación fue de diseño no experimental y de corte transversal, de tipo correlacional, utilizó el cuestionario de inicio sexual (CISEX) Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson (FACES III). Se concluyó que el funcionamiento familiar no se relaciona con que los

estudiantes tengan un inicio sexual precoz, ya que los factores sociales e individuales juegan un papel importante en la iniciación sexual temprana.

3. Bases teóricas

3.1. Familia

Por la complejidad de las múltiples definiciones de la familia, varios autores coinciden en clasificarla en cuatro categorías: legales, teóricas, inclusivas y normativas (Larson, Goltz y Munro, citado por Restrepo, 2017).

La familia, desde una perspectiva psicosocial, es considerada como uno de los microambientes en el cual permanece el adolescente. En tal sentido, es la responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, el mismo que debe promover el bienestar y desarrollo de los integrantes de la familia (OPS, S/f).

Desde la teoría sistémica, la familia es un grupo social natural que determina cada respuesta de sus miembros a través de estímulos desde el interior y el exterior; su estructura y organización tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia. Es la parte extracerebral de la mente (Minuchin, 2004).

Varios estudios de psicología y sociología sobre la familia han enfatizado sus definiciones sobre la base de que “la familia es una institución universal que cumple una serie de funciones fundamentales para la supervivencia y mantenimiento de la sociedad” (Restrepo, 2017).

Otra definición funcionalista muy conocida es la de Murdock (citado por Restrepo, 2017) quien menciona que la familia es:

Un grupo social caracterizado por residencia común, cooperación económica, sexual y reproducción. Esto incluye adultos de ambos sexos, al menos dos de los

cuales mantienen relaciones sexuales socialmente aprobadas y uno o más hijos propios o adoptados, de los adultos que cohabitan sexualmente. (p.31).

Considerando esta definición, la familia tiene funciones básicas de vivienda, economía, reproducción biológica y social, y ejercicio de la sexualidad por medio de las relaciones sexuales.

Cada definición respecto a la familia varía de acuerdo al fin que se la quiera investigar; sin embargo, todas están enlazadas a la idea de que la familia cumple funciones que enmarcan el rol de cada uno dentro de la misma. Las funciones o tareas son indispensables para que la familia se desarrolle. Toda familia debe ser capaz de satisfacer las necesidades básicas en las diversas áreas, sea material, espiritual o de los valores de sus miembros, siendo un sistema de apoyo (Hernández, 2015).

3.1.1. Funciones de la familia

La familia como grupo social ha de cumplir cinco funciones básicas: Biológica, económica, educativa, cultural y espiritual. En general, estas funciones están relacionadas con la transferencia de valores, creencias, conocimientos y habilidades. Estas funciones están dirigidas a inculcar estilos de vida acordes al contexto social del momento, mantener el orden, integrar a los miembros en una sociedad más amplia, promover la motivación y la moral; transmitir, a través de las distintas generaciones, las responsabilidades que el rol de padres conlleva. Las funciones básicas, a nivel estructural y relacional, son claves para que la familia no derive en disfuncional. A nivel estructural, estas están relacionadas con las normas, valores, etc. A nivel relacional, abarcan todo lo vinculado con una comunicación adecuada, esto es, que el emisor consiga transmitir el contenido del mensaje (emociones, sentimientos...) de forma que el receptor lo entienda. En este punto es necesario que

el receptor ponga en marcha la escucha activa, con una actitud empática, para que el feedback se establezca. Por último, cabe mencionar otras funciones como son la afectividad, el apoyo que permite manejar situaciones complicadas; la adaptabilidad, que da paso a la acomodación ante los distintos cambios que se producen en la familia; la autonomía, que influye a la hora de que los miembros establezcan un equilibrio entre la dependencia y la independencia; la autoestima, que es fundamental para transmitir a los miembros la importancia del trato con amor, dignidad, responsabilidad, etc., (Cinabal y Ramón; citados por Hernández, 2015).

3.2. Funcionamiento familiar

Las familias son sistemas multiindividuales de extrema complejidad, a su vez son subsistemas de unidades más vastas (Minuchin y Fishman, 2004). Es así que existen teorías que describen como es que están funcionando.

El funcionamiento familiar es la relación entre los elementos estructurales con algunos componentes más “intangibles” que caracterizan a todos los sistemas, los mismos que son mediatizados por la comunicación. El funcionamiento familiar contempla algunos elementos tales como: el tabú del incesto, la comunicación y la efectividad, los valores y mitos, así como los rituales (Ortiz, citado por Sigüenza, 2015).

Los problemas familiares tienen lugar al darse conflictos de pertenencia a los subsistemas (Conyugal, parental o filial), disfunción de las fronteras (Cuando el subsistema de los padres eleva al subsistema de los hijos a su mismo nivel) trastornos en la relación de familias con el entorno (Fronteras) y reacción inadecuada, exagerada o insuficiente. Según el funcionamiento, las familias se clasifican en funcionales, desligadas y caóticas (Minuchin, Lee, y Simon, 1998).

3.2.1. Modelos teóricos sobre el funcionamiento familiar

3.2.1.1. Teoría estructural del funcionamiento familiar

Minuchin (2004), principal exponente de este modelo, menciona que la familia es un sistema que opera mediante pautas transaccionales que al ser repetitivas establecen patrones acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, estas pautas afirman al sistema y regulan la conducta de los miembros de la familia dando lugar así a la funcionalidad familiar.

El funcionamiento familiar es la capacidad del sistema familiar para afrontar y resolver las dificultades que se presentan en cada etapa de la vida, satisfaciendo las necesidades de sus miembros. Así también un factor muy importante para atender la salud de sus miembros (Soto-Acevedo, León-Corrales, y Castañeda-Sánchez, 2015).

Minuchin (2004) postula que el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la manera de interacción entre los miembros de la familia, es conocido como funcionalidad familiar.

Como el sistema familiar está compuesto por subsistemas, entre estos existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él (Botella y Vilaregut, 2010); y cada individuo es un subsistema dentro de la familia (Minuchin y Fishman, 2004).

A) Subsistema de la familia

a) Subsistema conyugal

Se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia. Tiene tareas o funciones específicas, las que son trascendentes para el funcionamiento de la familia. Para la implementación de estas tareas son vitales las cualidades de la complementariedad y la acomodación mutua,

es decir, la pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo afirme la acción del otro en diversas áreas. El resultado en esta unión debe ser el desarrollo de pautas de complementariedad que permitan a cada cónyuge ceder sin el sentimiento de que ha sido derrotado. Ambos deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. Al insistir cada cónyuge en sus derechos de interdependencia, pueden generar obstáculos para la aceptación de la mutua interdependencia en una relación simétrica. Este subsistema puede convertirse en un refugio ante el estrés externo y en la base principal para el contacto con otros sistemas sociales. Así mismo, fomentar el aprendizaje, la creatividad y el crecimiento (Minuchin, 2004).

b) Subsistema parental

Tiene lugar con el nacimiento del primer hijo. Se trata del mismo subsistema conyugal, pero cuando cumple, además, funciones de cuidado y protección de los niños; incluyen la crianza de los hijos y las funciones de socialización; está fundamentado en los aspectos del desarrollo del niño que reciben del influjo de sus interacciones dentro de este subsistema; aquí el niño aprende a considerar racional o arbitraria la autoridad, además vivencia el estilo con que su familia afronta los conflictos y las negociaciones. Este sistema tiene funciones en dos niveles: horizontal con respecto a la pareja y otro vertical con respecto a los hijos (Minuchin, 2004).

Los componentes de este subsistema pueden ser diversos. Puede incluir a un abuelo o abuela, particularmente cuando la madre se ha divorciado y regresa al hogar paterno, una tía, etc.; además, excluir en buena medida a uno de los padres y/o incluir a un hijo parental, al que se delega la autoridad de cuidar y disciplinar a sus hermanos. A medida que el niño crece y sus necesidades cambian, es

indispensable que el subsistema parental se modifique; es deber de los padres proteger la privacidad del subsistema de los cónyuges y de establecer el papel que los hijos habrán de desempeñar en el funcionamiento de la familia; es imprescindible desarraigar ideas que apañan al cumplimiento único de las obligaciones de los padres y a conceder escasa atención a sus derechos (Minuchin y Fishman, 2004).

c) Subsistema fraternal

Los constituyen los hijos de la pareja. En el caso de las familias reconstruidas, se pueden incluir en este subsistema a hijos de las diferentes relaciones. A diferencia de los otros subsistemas, este puede dividirse por la edad y el sexo. En cuanto a la edad, puesto que los hijos suelen agruparse de acuerdo a sus características en “los mayores” y “los menores”, usualmente cuando difieren en más de cuatro años aproximadamente. Por el sexo, ya que los hijos pueden agruparse en “las mujeres” y los “varones” dependiendo del número de hijos que exista en cada uno de los géneros (Ortiz, 2008).

Existen demandas y necesidades de otros sistemas que interfieren el funcionamiento familiar; por tal razón, el subsistema conyugal debe tener límites que lo protejan de estas; en particular, cuando la familia tiene hijos. En la pareja es indispensable poseer un territorio psicosocial propio, como una plataforma de apoyo, un refugio que pueden proporcionarse mutuamente, un sostén emocional para enfrentarse con el universo extrafamiliar (Ortiz, 2008).

Si el límite alrededor de los esposos es excesivamente rígido, el sistema puede verse estresado por su reclusión. Contrariamente, si los esposos mantienen límites flexibles, otros subgrupos, incluyendo a los hijos y a los parientes políticos, pueden interferir en el funcionamiento de su subsistema, vale decir, marido y mujer se

necesitan mutuamente como amparo ante las múltiples exigencias de la vida (Minuchin, 2004).

B) Propiedades de la familia desde el enfoque sistémico

Teniendo en cuenta los principios que rigen la teoría general de los sistemas, para que la familia pueda ser considerada como tal (Watzlawick et al., citado por Viaplana, Muñoz, Compañ, y Montesano, 2016) implica un conjunto de características:

- La familia como sistema abierto. Considerado así al intercambiar información con el medio. El dinamismo estructurado de los miembros de la familia genera normas de funcionamiento, en cierta medida independientes de aquellas que rigen el comportamiento individual.
- Totalidad. Cuando algún integrante de la familia cambia, afecta a todos, debido a que sus acciones y significados están interconectados con las de los demás a través de pautas de interacción (Interdependencia). Es así que las pautas que rigen el funcionamiento familiar no son reducibles a la suma de sus integrantes (No sumatividad).
- Límites. El sistema familiar está compuesto por varios subsistemas; los límites en un subsistema están constituidos por reglas que determinan quiénes y cómo participan. Estos deben ser claros, definirse con precisión, permitiendo que los miembros de los subsistemas desarrollen sus funciones sin inferencias indebidas, así mismo deben permitir el contacto de los miembros del subsistema y los otros. Los límites pueden ser claros, difusos, rígidos, con asociación, conflicto, coalición y rodeo (Minuchin, 2004). Cuando los límites son difusos, se imponen los valores familiares, se ve una excesiva intrusión entre los miembros lo cual impide el desarrollo personal y familiar. Por otro

lado si son rígidos, predominan los valores individuales sobre el grupo, el contacto entre las personas y los subsistemas es muy poco, de esta manera no existe el apoyo que da lugar al desarrollo psicosocial de los componentes del sistema. Sin embargo, cuando los límites son claros es como una membrana permeable que facilita el paso de la comunicación dando lugar al ámbito propio en los individuos y a los subsistemas (Ochoa de Alda, 1995). Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros, estar definidos con suficiente precisión para permitir que los miembros desarrollen sus funciones sin interferencias indebidas; así mismo, deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros (Minuchin, 2004).

Minuchin (2004) afirma que los límites con una permeabilidad de grado variable pueden ser:

- difusos
- claros
- rígidos

- Jerarquía. La familia tiene una estructura jerárquica de acuerdo a varias formas de organización.
- Retroalimentación. La conducta que ejerce cada miembro del sistema repercute en la de los demás en forma de feedback positivo (favorecedor) o negativo (corrector).
- Equifinalidad. El estado final no depende del estado inicial, pues mediante diferentes caminos y orígenes se puede llegar a una misma pauta de interacción.

- Tendencia a estados constantes. La necesidad de economizar favorece la aparición de redundancias comunicacionales que dan lugar a reglas de interacción que pueden convertirse en parámetros del sistema. Con cada movimiento interaccional se reduce el número de variedades comunicacionales posibles (proceso estocástico). Los mecanismos que mantienen las reglas interaccionales son considerados homeostáticos, ya que su función es mantener un determinado equilibrio.

3.2.1.2. Modelo Circumplejo de los Sistemas Familiares de Olson

Este modelo teórico integra elementos del enfoque estructural. Lo desarrolló Olson y sus colegas Russell y Sprenkleen, entre los años 1979 a 1980, intentando involucrar e integrar la investigación teórica como la práctica. Para ello, propusieron una escala destinada a evaluar la percepción del funcionamiento familiar en dos parámetros: La adaptabilidad y la cohesión familiar. El FACES III, de manera implícita, evalúa la variable de la comunicación que se toma subyacente o estructural de la adaptabilidad y de la cohesión. Esto significa que, entre más adaptada y cohesionada sea una familia, sus procesos comunicacionales serán mejores; del mismo modo, mientras menos adaptada y cohesionada sea una familia, sus estados comunicacionales serán escasos (Sigüenza, 2015).

A) Cohesión familiar

Está relacionada con el apego y desapego presentes entre los miembros de la familia, es decir, es el grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. Para determinar la cohesión, Olson consideró lo siguiente: “Los lazos emocionales/independencia, los límites/coaliciones, el tiempo/espacio, los amigos/toma de decisiones, y los intereses/recreación” (Sigüenza, 2015) También

mide el interés y compromiso de los miembros de la familia frente a necesidad de un integrante, brindándole apoyo, el mismo que es recíproco. Se señala que en puntos extremos podría ocasionar conflictos, porque la exagerada cercanía o proximidad con llevaría a un apego excesivo y un alejamiento perceptible se convierte en desapego (Silva, 2019).

Olson identifica cuatro niveles de cohesión familiar, descritos de la siguiente manera (Bazo-Álvarez et al., 2016):

- Familia desligada. Predomina el “yo”, la ausencia de la unión afectiva entre los miembros de la familia, así como la ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal.
- Familia separada. Predomina el “yo” con la presencia del “nosotros”, la unión afectiva entre los familiares es moderada, además se da cierta lealtad e interdependencia entre los miembros de la familia; sin embargo, es notorio un cierto sesgo hacia la independencia.
- Familia unida. Predomina el “nosotros” con presencia del “yo”, formidable unión afectiva entre los familiares; sin embargo, es notorio un cierto sesgo hacia la independencia.
- Familia amalgamada. Predomina el “nosotros”, demasiada unión afectiva entre los familiares, se exige fidelidad y lealtad a la familia; además existe un alto grado de dependencia a la toma de decisiones en común.

Olson postuló que los niveles balanceados (separado y unido) logran un funcionamiento familiar adecuado logrando así la independencia y conexión a sus familiares; contrario a los niveles desbalanceados (desligado y amalgamado) que, al actuar por mucho tiempo, se consideran disfuncionales o problemáticos (Bazo-Álvarez et al., 2016).

B) Adaptabilidad familiar

Está vinculada con el grado de flexibilidad y capacidad de cambio del sistema familiar. Se trata de la magnitud de cambios en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. En esta dimensión, Olson consideró la estructura del poder, los estilos de negociación, las relaciones de los roles y la retroalimentación, esto permite identificar los estilos familiares en: caótico, flexible, estructurado y rígido (Wilson y Sigüenza, 2015).

Olson describe cuatro niveles de adaptabilidad familiar detallados de la siguiente manera (Bazo-Álvarez et al., 2016):

- Familia caótica. Es notoria la ausencia de liderazgo, los cambios aleatorios y/o exceso de roles, la forma de disciplina es irregular.
- Familia flexible. El liderazgo y los roles son compartidos, la disciplina es democrática y se dan los cambios cuando son necesarios.
- Familia estructurada. El liderazgo y los roles a veces son compartidos, existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios se dan cuando se requieran.
- Familia rígida. El liderazgo es autoritario, los roles son fijos, la manera de ejercer la disciplina es muy estricta y no hay cambios.

Los niveles extremos de flexibilidad (caótico y rígido) tienden a ser problemáticos; sin embargo, los niveles moderados (flexible y estructurado) tienden a balancear el cambio y la estabilidad en un modo más funcional (Bazo-Álvarez et al., 2016).

Al realizar el cruce de la cohesión y la adaptabilidad permite estructurar los 16 tipos de familia, lo que depende del tipo predominante en cada dimensión.

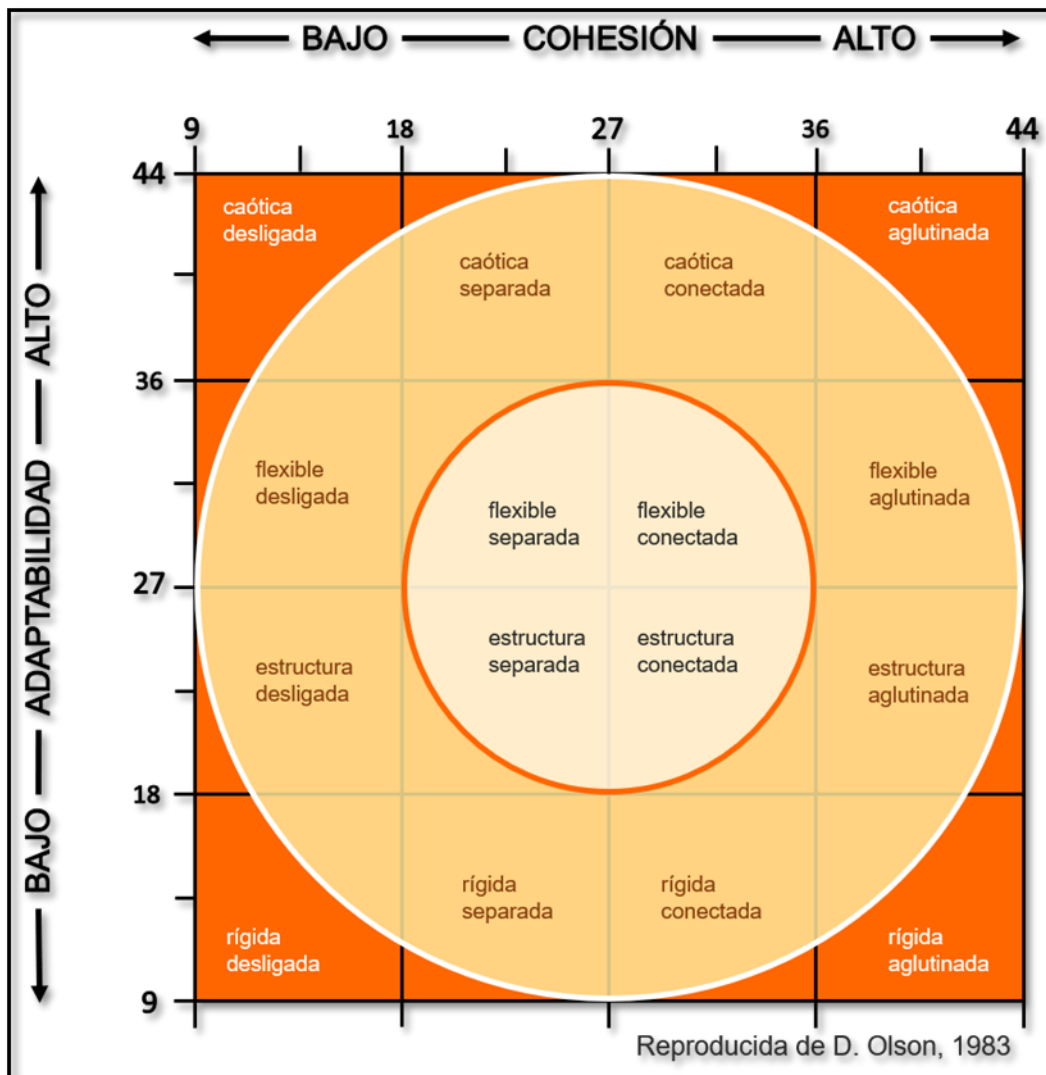


Figura 1. Modelo Circumplejo de Olson para el FACES – III. Tipologías Familiares. Tomado de Salud familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria por Hidalgo, C. y Carrasco, E. 2002.

C) *Niveles de funcionamiento familiar*

De la combinación de los tipos de familias se obtiene 3 niveles de funcionamiento familiar:

- Funcionamiento familiar balanceado o funcional. Es el resultado de la combinación de familias flexible-separada, flexible-conectada, estructurada-separada y estructurada-conectada. Olson indica que esta funcionalidad se relaciona con los sistemas abiertos, en los que los integrantes del sistema

familiar desarrollan la capacidad de experimentar y balancear los extremos de independencia y dependencia. Cuentan con la capacidad de estar solos o conectados al integrante de la familia que elijan, funciona de manera dinámica con adecuados vínculos afectivos y, a su vez, promueve un desarrollo autónomo, pues les permite ser flexibles al cambio. La familia es libre de moverse en la dirección que la situación, el ciclo de vida familiar o la socialización de un miembro de la familia lo ameriten. Es así que este funcionamiento se considera con el más funcional (Silva, 2019).

- Funcionamiento familiar medio o medianamente funcional. Son el extremo en una sola dimensión (cohesión o adaptabilidad). Se describen familias flexiblemente desligada, flexiblemente amalgamada, caóticamente separada, caóticamente conectada, estructuralmente desligada, estructuralmente amalgamada, rígidamente separada y rígidamente conectada (Adriano & Mamani, 2015). La característica de este tipo de funcionamiento es la dificultad en una de las dimensiones, esto debido a los momentos de estrés que esté atravesando la familia; sin embargo, con el transcurso del tiempo pueden superarlos y adaptarse al cambio (Silva, 2019).
- Funcionamiento familiar extremo o disfuncional. Las familias en esta condición son extremas en ambas dimensiones y se describen como familia caóticamente desligada, caóticamente amalgamada, rígidamente desligada y rígidamente amalgamada (Adriano y Mamani, 2015). El funcionamiento familiar es disfuncional. Olson indica que los extremos pueden funcionar bien por un tiempo determinado por la familia y ser beneficiosos para lograr la estabilidad de un miembro, especialmente al atravesar un ciclo evolutivo (Nacimiento de un hijo, muerte de un familiar, adolescencia, etc.), es así que

esta crisis implica más la situación de un miembro de la familia (Silva, 2019). Olson, al referirse al disfuncionamiento familiar, asevera que el exceso de cambios encamina a un sistema caótico, muy poco cambio a un sistema rígido; los extremos podrían ser problemáticos si a la familia no le satisface esa forma de relacionarse, es así que una mayor capacidad de cambio en el sistema dará cuenta de una mayor funcionalidad familiar (Adriano y Mamani, 2015).

3.3. Conductas de riesgo en adolescentes

Son los comportamientos que involucran un efecto placentero instantáneo y que, al mismo tiempo, carecen del análisis en cuanto a las consecuencias que traen consigo. Los procesos cognitivos que se desarrollan frente a estas conductas mayormente son erróneos y se presentan en situaciones efímeras que son aceptadas como verdaderas. Las consecuencias son el desarrollo de emociones desagradables que perjudican el bienestar emocional, las relaciones interpersonales y la salud del adolescente (MENSALUS, 2017).

3.3.1. Principales conductas de riesgo

Desde las investigaciones realizadas por El *Institut D' Assistencia Psicológica i Psiquiatria* MENSALUS- Barcelona (2017) e investigaciones de la OMS (2018) podemos identificar las siguientes conductas de riesgo más recurrentes en los adolescentes:

- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Relaciones sexuales precoces y sin medidas de protección.
- Trastornos de alimentación.
- Conducta antisocial.

- Abandono de los estudios.

La mayor parte de la población adolescente goza de buena salud; sin embargo, la morbilidad, la mortalidad prematura y las lesiones entre los adolescentes continúan siendo considerables; estas conductas de riesgo siguen situando en peligro no solo la salud actual adolescente, sino también la de su adultez e incluso de sus futuros hijos (OMS, 2018).

En tal sentido, en esta investigación se estudió el consumo de sustancias psicoactivas y el inicio sexual (Relaciones sexuales precoces y sin medidas de protección), porque son conductas con mayor índice de ocurrencia (OMS, 2017a).

3.4. Inicio sexual en los adolescentes

Zárate (2003) define al inicio sexual como el momento en la vida de una persona, en el cual se sostiene por primera vez una relación coital, seguida o no de actividad sexual posterior al evento. Esta experiencia puede darse con personas del sexo opuesto o del mismo sexo.

3.4.1. Definiciones de sexualidad

La sexualidad difiere en las distintas edades de la vida. Los adultos distinguen los deseos y sentimientos sexuales de otros sentimientos; las niñas y niños van aprendiendo esto poco a poco, mientras que en los adolescentes aparecen con fuerza los sentimientos sexuales; ellos sienten que la actividad de sus genitales es abrupta, incontrolable y tratan de averiguar si continúan así; desconocen que estos dependerán de la voluntad y paulatinamente se establecerá un equilibrio entre deseos, afectos y respuestas espontáneas de su organismo (Gaviria, 2016).

3.4.2. Conductas de inicio sexual en adolescentes

- a) Curiosidad por el sexo opuesto. La exploración y la curiosidad son motivos suscitados por lo nuevo y desconocido, van dirigidos hacia una meta

específica que es “averiguar”; es la respuesta a los inesperado y como evidencia de encontrar significado a la vida; la curiosidad varía de acuerdo con la familiaridad, con los eventos y circunstancias, a medida que se explora y aprende el ambiente, crece el umbral para lo nuevo y complejo, las curiosidades y exploraciones de vuelven más ambiciosas; en este sentido, la curiosidad se vincula a la cognición; a medida que se satisface la curiosidad y lo desconocido se torna familiar, existe la tendencia al aburrimiento y esto impulsa a explorar más al entorno (Morris y Maisto, 2009). Tal como el organismo madura durante la adolescencia, también le sucede con los patrones de pensamiento; la adolescencia da inicio al pensamiento de las operaciones formales, esto permite al adolescente entender y manipular conceptos abstractos, especular sobre alternativas posibles y razonar en términos hipotéticos; pero no todos alcanzan este nivel de pensamiento y muchos de los que lo logran no consiguen aplicar este pensamiento formal a las problemáticas de la vida cotidiana (Morris & Maisto, 2005).

b) Cambios físicos y maduración sexual en los adolescentes. En esta etapa se produce un aumento de los diferentes órganos (Corazón, pulmones, hígado, bazo, riñones) las chicas acumulan más grasa, mientras que en los varones predomina el crecimiento óseo y muscular; la parte anterior y posterior del cerebro madura de forma intermitente (Completa su maduración hasta los 25-30 años); sin embargo, los cambios más notorios en la esfera sexual se culminan con la adquisición de la fertilidad (Gúemes-Hidalgo, González-Fierro, y Hildalgo Vicario, 2017).

El índice de maduración sexual, según los estadios de Tanner está basado en (Gúemes-Hidalgo et al., 2017).

- Desarrollo de los órganos genitales. El signo inicial de los varones es el crecimiento de los testículos, que se inicia alrededor de los 11 años, justo antes del estirón de la estatura, paralelamente al crecimiento viene el agrandamiento del pene.
 - Caracteres sexuales secundarios. La aparición del vello púbico tarda un poco, el vello facial aún más en los varones, la profundización de la voz es uno de los cambios más perceptibles en la maduración masculina. En las mujeres, el estirón del crecimiento suele ser un signo de la pubertad, poco después, los pechos comienzan a desarrollarse juntamente con el vello púbico; la menarquia es el primer periodo menstrual, ocurre alrededor de los 12 y 13 años; el consumo de tabaco está asociado a la menarquia temprana (Morris y Maisto, 2005).
- c) Enamoramiento. El etólogo Desmon Morris indica que la sexualidad se dispara por señales de sexo, que nos permiten reconocer a otras personas como varones o mujeres, así que cualquier aspecto que diferencia a los sexos atrae nuestra atención ya sean los genitales, los pechos, los hombros anchos y las señales culturalmente impuestas (Papalia, Wendkos, y Duskin, 2012). Exactamente no se sabe qué motivaciones generan atracción a los seres humanos, puede ser que nos recuerden a alguien, porque representan un ideal de belleza o porque hemos aprendido a asociar una determinada comunicación de rasgos físicos con la activación sexual; sin embargo, al sentirse sexualmente atraídos por alguien se busca en primera instancia mantener un contacto visual, luego estar físicamente cerca y, si la atracción es recíproca, se dan lugar a los tocamientos y/o caricias y, finalmente, a un contacto sexual coital (Papalia y Wendkos, 2009). Anteriormente se pensaba

que la atracción sexual y el deseo en los jóvenes eran paralelos a los cambios físicos de la pubertad; sin embargo, investigaciones recientes están cambiando esta postura debido a que estas tienden a ubicar los primeros indicios de interés sexual en cuarto o quinto grado de primaria, es decir, antes de la pubertad. Una de las causas podría ser el incremento en una hormona suprarrenal que inicia a los 6 años y alcanza su nivel crítico alrededor de los 10 años (McClintock y Herdt; citado por Morris y Maisto, 2005).

d) Búsqueda del placer sexual. La influencia de las hormonas en la conducta sexual humana es muy compleja, los seres humanos pueden sentir excitación sexual en cualquier momento (Morris y Maisto, 2005). La búsqueda del placer se encuentra en el rol de las hormonas y el aprendizaje, a nivel hormonal justamente entre los andrógenos y la testosterona (hormonas masculinas que también tienen las mujeres). Los altos niveles de testosterona ocasionan que el varón esté más dispuesto a la actividad sexual. En la adolescencia, los niveles de testosterona son altos y pueden generar conductas como la masturbación, los juegos o caricias sexuales e incluso al inicio de las relaciones sexuales. Las hormonas sexuales de mayor importancia son la el estrógeno y la progesterona, siendo aquella la que se relacionada específicamente con la excitación y es liberada una vez cada 28 días cuando el óvulo rompe la pared de la célula folicular (Papalia y Wendkos, 2009).

3.4.3. *Inicio sexual en adolescentes*

El sexo es la pulsión primaria que motiva la conducta reproductiva, puede ser activado o inhibido por condiciones biológicas en el cuerpo y por señales ambientales (Morris y Maisto, 2005)

La sexualidad es la necesidad humana expresada mediante el cuerpo, elemento básico de la feminidad o masculinidad de la autoimagen y de la autoconciencia del desarrollo personal. Los sentimientos y emociones que acompañan a la sexualidad del adolescente son diversos y están marcados por mitos o consecuencias que evocan desde su etapa infantil y, muchas veces, reforzadas por la desinformación que reciben al intentar obtener detalles que le expliquen su sentir; de allí que muchas de sus interrogantes quedan al aire, generando angustias, que, de no ser bien orientadas, pueden dificultar el desarrollo de una sexualidad sana (Salazar-Granara et al., 2007).

Por otro lado, según estudios recientes, el inicio de la vida sexual cada vez más temprano se convierte en una situación de riesgo. Dicho riesgo puede ser biológico, psicológico y social y puede afectar su salud y la del otro (Apupalo, 2016), también al iniciar su vida sexual, están expuestos a riesgos de embarazo, mucho más cuando esas relaciones son sin protección (INEI, 2015).

3.4.4. Factores del inicio sexual precoz

Diferentes estudios y varios criterios de autores se han interesado en comprender las conductas sexuales de riesgo, debido a que a pesar de existir adecuado conocimiento de estas y lo que pueden acarrear a mediano y largo plazo, su nivel de prevalencia continúa siendo alto. En el caso de los adolescentes, dicha situación se agudiza debido a las condiciones físicas, emocionales y psicológicas que, según la OMS, los hacen más vulnerables a tener conductas de riesgo en su sexualidad en comparación con otras edades, siendo la conducta más recurrente el inicio sexual (Apupalo, 2016).

Holguín et al. (2013), consideran dentro de los factores de riesgo los siguientes:

- Comunicación familiar deficiente. Tiene lugar cuando hay poca confianza entre padres e hijos. Los padres evitan tratar temas de sexualidad con ellos, lo que confunde a los adolescentes y permite, consecuentemente, que el adolescente no sepa asumir con compromiso su sexualidad. Dicha incomunicación genera dudas en ellos y los conduce a buscar respuestas en otros medios más accesibles, ya sea amigos o la internet que, frecuentemente, ofrecen información errónea que los confunde más.
- Información deformada de los medios masivos de comunicación. Actualmente los medios de comunicación han hecho del sexo un fin comercial mostrando una imagen distorsionada de la conducta sexual.
- Precoz desarrollo físico y psicológico. La adolescencia temprana, marcada por la menarquia o primera menstruación y el desarrollo físico, es ocasionada por una descarga hormonal que genera una percepción psicológica “agrandada” respecto a la sexualidad.
- Precaria educación sexual. Los colegios tienen pobreza en cuanto al manejo de los programas de educación sexual, esto genera dudas e incertidumbre, que a su vez dan lugar a la creación de mitos y creencias que los conlleva al inicio de una vida sexual irresponsable y deliberada.

3.4.5. Consecuencias y complicaciones del inicio sexual

La Asociación Española de Pediatría (AEP) menciona diversas consecuencias entre las cuales se encuentra el embarazo adolescente que se ha convertido en un problema de salud pública con una tendencia a aumentar (AEP, 2014), y el parto que es la principal causa de mortalidad entre las adolescentes (OMS, 2018).

También están las infecciones de transmisión sexual, algunas de ellas graves. Lo complicado radica en que los adolescentes no tienen suficiente información de

estas; por ejemplo, algunos de los adolescentes no conocen su estado serológico y muchos de los que lo conocen no reciben el tratamiento antirretrovírico eficaz prolongado (OMS, 2018). A pesar de que el adolescente casi ha alcanzado la madurez física, no ocurre lo mismo con su madurez psicosocial, por lo cual sigue necesitando límites y una guía por parte de los padres (AEP, 2014).

Por su parte, el MINSA (2017) también incluye a los abortos y la violencia de género, dentro de las consecuencias del inicio sexual a temprana edad.

3.4.6. *Prevención del inicio sexual*

En la prevención del inicio sexual precoz desempeñan un papel muy importante los padres. La educación efectivo-sexual a los hijos es impredecible, los padres deben disipar toda duda en cuanto a la sexualidad, además hablarles sobre la importancia de evitar el inicio sexual para prevenir las consecuencias futuras. Es indispensable iniciar el diálogo sobre estos temas (AEP, 2014).

En el marco de sus derechos sexuales y reproductivos, los adolescentes requieren programas de promoción que los encamine a asumir su sexualidad con autonomía, responsabilidad e información adecuada (Uribe, 2016).

Los especialistas del MINSA (2017) señalan que, debido a la falta de información, los adolescentes están vulnerables al inicio sexual y los riesgos que trae consigo. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) indica que solo el 9.7 % de adolescentes entre los 15 y 19 años utilizó preservativo masculino en su primera relación sexual (INEI, 2015).

En tal sentido es indispensable realizar una educación sexual integral. Educación Sexual Integral (ESI). Desde la perspectiva de los derechos humanos y de género, es el espacio que promueve la problematización y la deconstrucción, para transformar los conocimientos, considerando la dimensión ética y el sentido

inestable acerca de saberes, experiencias y representaciones sobre la sexualidad, los estereotipos de género, el sexismo y el heterosexismo presente en la cultura hegemónica, producida y reproducida desde distintos discursos y dispositivos. La ESI resulta de vital importancia dado que frecuentemente, como consecuencia de haber reducido la sexualidad a genitalidad, se ha asociado la educación sexual únicamente a la reproducción y a la prevención, obviando aspectos fundamentales de la subjetividad que constituyen la base de las relaciones afectivas y sexuales (Zurbriggen et al., 2014).

3.5. Sustancias psicoactivas

Las sustancias psicoactivas (SPA) son sustancias químicas o naturales que, cuando se introducen en el organismo vivo por diversas vías de administración (ingesta inhalación, vía intravenosa o intramuscular), tienen la capacidad de reaccionar sobre el cerebro y a su vez ocasionar modificaciones en el comportamiento; de ahí su repercusión en el estado psiquiátrico, fisiológico e incluso el aspecto estructural del organismo. Por otra parte, el consumo de estas sustancias puede generar dependencia (OMS y OPS, 2005). A pesar de que el consumo de SPA involucra distintos mecanismos de acción y efectos toxicológicos, todas poseen ciertos efectos en común, promueven la reexperimentación de la gratificación y, en personas vulnerables con contextos facilitadores, conducen a la adicción (Damín, 2015).

Se usa la terminología de “sustancias psicoactivas” y no “drogas”, ya que las sustancias psicoactivas se refieren a todas las sustancias que al ser incorporadas al organismo producen alguna alteración del estado psíquico y del estado de conciencia; y es que, al aludir a las drogas, la gente generalmente piensa en las ilegales como la cocaína, marihuana o el éxtasis, incluso ciertos pegamentos como

el conocido Terokal. Sin embargo, las sustancias psicoactivas refieren también a las drogas legales, que tienen aceptación social y que no están en discusión. Incluir al alcohol dentro de las drogas es poco aceptable; sin embargo, al igual que los psicofármacos son las sustancias que generan mayor problema (Damín, 2015).

Desde la antigüedad, el empleo de sustancias psicoactivas acompañó a diversos actos mágico - religiosos y actividades médico – terapéuticas. Es notorio que, para muchos pueblos, medicina, magia y religión fueron en un principio actividades casi indisolubles y en estas se utilizaban diversidad de plantas ligadas a los procesos de comunicación espiritual, curación y prolongación de la vida; estas actividades eran dirigidas por autoridades indígenas o líderes considerados como médicos. Pese a su uso ancestral, representa un problema para la sociedad actual; por tal motivo, para fines del siglo XIX e inicios del siglo XX ya se consideró como problema social (Mendoza, Reyes, Gutiérrez, y Posada, 2015).

Antes de los años setenta, el conocimiento para el desarrollo de programas preventivos era incipiente, las acciones para prevenir o retrasar el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales carecían de una base de investigación; sin embargo, con la creación del *Nacional Institute on Drug* (NIDA, siglas en inglés) en el año 1974, se dio inicio al período de investigaciones importantes que hoy sirven de base a los programas de prevención. Se investigaron también los factores biológicos, individuales, familiares, escolares de los iguales y de la comunidad, que aumentan la propensión de algunos adolescentes al consumo de estas sustancias (García, 2010).

Entre los factores asociados a la proclividad, se destaca el ocio y el mal uso del tiempo libre pues las estadísticas muestran que el consumo de alcohol, por ejemplo,

de chicas y chicos entre los 14 y 18, suele suceder los fines de semana y sobre todo en bares y espacios abiertos (calles, parques).

3.5.1. Calcificación de las sustancias psicoactivas

Las sustancias psicoactivas se unen a diversos receptores y pueden aumentar o disminuir la actividad neuronal mediante varios mecanismos diferentes. Los efectos son diversos a nivel conductual, en el ritmo de aparición de la tolerancia, en los síntomas de abstinencia y en los efectos corto y largo plazo (OMS, 2004).

Entonces, las SPA, según el efecto, pueden clasificarse como depresores (alcohol, los sedantes/hipnóticos y los disolventes volátiles), estimulantes (la nicotina, la cocaína, las anfetaminas y el éxtasis), opioides (la morfina y la heroína) y alucinógenos (la fenciclidina -PCP-, la dietilamida del ácido lisérgico -LSD- y el cannabis) No obstante, las sustancias psicoactivas comparten características similares en la forma de alterar regiones cerebrales implicadas en la motivación. Precisamente, esta es una característica trascendente en las teorías sobre el desarrollo de la dependencia (OMS, 2004).

Así también, Damín (2015) clasifica las sustancias psicoactivas en:

- Estimulantes o psicoanalépticos. Las que incrementan los niveles de actividad motriz y cognitiva, refuerzan la vigilia, los estados de alerta y la atención. Dentro de este grupo se encuentran las anfetaminas y los derivados, los derivados metanfetamínicos, la cocaína, el paco, la nicotina.
- Depresores o psicolépticos. Las que determinan relajación y depresión de la actividad mental. El alcohol está incluido en esta categoría (Damín, 2015).
- Alucinógenos o psicodislépticos. Son capaces de producir fenómenos mentales no ordinarios, como alteraciones de la sensopercepción, del humor y de la conciencia. Incluyen el cornezuelo del centeno y sus respectivos

alcaloides (LSD, mezcalina, psilocina y psilocibina), la ayahuasca, el peyote y los hongos psicoactivos. Entre los alucinógenos propiamente dichos se encuentran las solanáceas psicoactivas: la belladona, el beleño, la mandrágora, el toloache y el floripondio.

- Cannabinoides. Presentes en las plantas cannabináceas con capacidad estimulante, depresora y alucinógena. Están contenidos en la marihuana y el hachís.

3.5.2. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes

El Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social (MJD, ODC, y MSPS, 2013) definen al consumo como el uso de sustancias lícitas e ilícitas, una o más veces en un periodo de tiempo específico ya sea en el último mes o consumo actual, en el último año o consumo reciente, alguna vez en la vida, incidencia en el año e incidencia en el mes.

El consumo de sustancias psicoactivas no es una problemática de salud pública que se presenta de un día para otro, se vincula íntimamente con factores de riesgo que son todas aquellas situaciones en las que hay mucha más probabilidad que se presente una conducta. Dentro de los factores de riesgo más cercanos al consumo de sustancias se encuentran los problemas estresantes de la vida, la exposición a la oportunidad, la alta tolerancia del contexto hacia el consumo, la baja percepción del riesgo, el entorno social. Como resultado de este consumo, las conductas de riesgo que enfrentan los adolescentes es el inicio de la vida sexual sin protección, adopción de estilos de vida poco saludables, etc. (Ruiz y Medina-Mora, 2014).

3.5.2.1. Clasificación diagnóstica

Cote-Menendez, Uribe-Isaza, y Prieto-Suárez (2013) clasifican al consumo de la siguiente manera:

A. Consumo funcional/ no consumo. Cuando no se ha consumido ninguna sustancia; sin embargo, existe el riesgo psicosocial de consumir algún tipo de sustancia psicoactiva, la clasificación puede ser:

- No consumo: No se ha consumido ningún tipo de sustancia psicoactiva, tampoco se ha tenido contacto con alguna sustancia psicoactiva.
- Consumo experimental. El individuo decide conscientemente tener una experiencia con una sustancia psicoactiva, esto puede ser por curiosidad o por presión del grupo.
- Consumo social o recreativo. Alude al uso de sustancias psicoactivas con fines recreativos, de forma ocasional, puede ser o no un patrón regular.

B. Consumo disfuncional. Cuando ya se ha ingerido y/o consumido algún tipo de sustancia psicoactiva, la clasificación puede ser:

- Consumo regular, frecuente o habitual. Ritual de consumo y debilitamiento del autocontrol, el uso es repetitivo, más de dos o tres veces al mes.
- Abuso. Patrón mal adaptativo de consumo de sustancias, las consecuencias son adversas, recurrentes y significativas relacionadas.
- Dependencia. El consumo de sustancias psicoactivas es recurrente, con presencia de tolerancia y abstinencia, también con deseo de suspensión vs. “craving” de la sustancia. Las consecuencias son negativas, como la disminución de actividades sociales y uso de gran cantidad de tiempo buscando las sustancias a pesar de las consecuencias.

3.5.3. Niveles de consumo de sustancias psicoactivas

The Center for Adolescent Substance Use Research (2018), realiza una descripción teniendo en cuenta los 12 últimos meses y determina los niveles de riesgo de la siguiente manera:

- a) Riesgo bajo. Se define como aquel que informa que “No” uso ningún tipo de sustancia psicoactiva y “No” viajó en movilidades conducidas por personas que hayan consumido sustancias psicoactivas (puntuación CRAFFT+N versión 2.1 de 0)
- b) Riesgo medio. Se determina de dos maneras:
- El individuo “No” uso ningún tipo de sustancia psicoactiva; sin embargo, ha viajado en alguna movilidad conducida por una persona que si ha consumido algún tipo de SPA. Así también corre el riesgo de morir por accidente automovilístico, causa de gran índice de mortalidad en adolescentes.
 - El individuo ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva ya sea para integrarse a algún grupo, relajarse o cuando estaba solo.
- La puntuación del CRAFFT es de 0 o 1
- c) Riesgo alto. El individuo usa algún tipo de SPA con intervalos continuos y en el puntaje total del CRAFFT tiene un puntaje de 2 o más. Esto significa que el individuo ha consumido en más de una ocasión algún tipo de SPA, ya sea por recrearse, mientras estaba solo, incluso de ha olvidado de las cosas que hacía mientras consumía, además se ha metido en líos y ha recibido sugerencias para que deje el consumo.

3.5.4. Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes

La gran mayoría de personas que consume sustancias psicoactivas en la actualidad, probablemente comenzaron a hacerlo en la adolescencia. A nivel mundial, al menos uno de cada diez adolescentes (de 13 a 15 años) consume algún tipo de SPA, y en algunas regiones esa cifra es mucho mayor (OMS, 2018).

Según Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (2012) y *The Center for Adolescent Substance Use Research* (2018) las causas del consumo de SPA son múltiple, dentro de ellas las siguientes:

- Complejas relaciones afectivas en las familias.
- Difícil comunicación entre padres e hijos/as.
- Deseo de escapar de la realidad asociada a dolor, ansiedad, desesperación, frustración.
- Necesidad de aceptación o presión del grupo de amigos/as.
- Curiosidad y fácil acceso a las sustancias psicoactivas.
- Imitación.
- Problemas escolares, sentimentales y laborales.
- Inadecuada información sobre las sustancias psicoactivas.
- Falta de tiempo y espacio para compartir en familia.

Un factor importante que condiciona la aparición de problemas socioculturales y de la salud del adolescente, como farmacodependencia, infecciones de transmisión sexual, embarazos, deserción escolar, depresión, suicidios, etc., es la disfunción familiar. La dinámica familiar es esencial en la causalidad de las conductas de riesgo, ya que constituyen el primer sistema de educación y fuente de valores para el ser humano, es así entonces que la responsabilidad de favorecer el desarrollo humano recae en la familia (Climet et al.; citado por Hernández-Castillo, Cargill-Foster, y Gutiérrez-Hernández, 2012).

Asimismo, las personas suelen consumir sustancias psicoactivas buscando beneficiarse de su consumo, incluido el social, sea obteniendo placer o evitando el dolor; sin embargo, el consumo genera problemas altamente nocivos a corto o a largo plazo (OMS, 2004).

3.5.5. Consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes

Todas las sustancias psicoactivas tienen propiedades de refuerzo, es decir, la capacidad de producir efectos que despiertan el deseo imperioso de consumirlas otra vez, en la búsqueda de efectos similares (Damín, 2015). También los individuos con bajos niveles de autocontrol que reflejan en los mecanismos de inhibición cerebral, tienen la predisposición a desarrollar trastornos por consumo de sustancias (*American Psychiatric Association [APA], 2013*).

Las sustancias psicoactivas distorsionan la síntesis, la degradación o la liberación de neurotransmisores y neuropéptidos cerebrales. Estas son sustancias que se unen a distintos sitios iniciales en el cerebro y la periferia, generando una combinación diferente de efectos fisiológicos y conductuales luego de su administración. A pesar de estar involucrados en distintos mecanismos de acción y efectos toxicológicos, todas poseen ciertos efectos en común, promueven la reexperimentación de la gratificación y, en sujetos vulnerables con contextos facilitadores, conducen a la adicción; todas producen, luego de su retiro, estados emocionales negativos. La adicción se relaciona con los fenómenos de neuroplasticidad de los mecanismos celulares, de la organización sináptica (Damín, 2015)

Por otro lado, la ingesta de estas sustancias, reporta una serie de prejuicios, entre los que se destaca el deterioro de las relaciones familiares, también la manifestación de conductas agresivas e inadecuadas. Por otro lado, este tipo de conductas conlleva a un elevado costo para el gobierno, ya que los efectos de consumir estas sustancias, incide en la toma de decisiones de los adolescentes, tales como la conducción, tener relaciones sexuales sin protección, peleas, etc. (Zurita y Álvaro, 2014).

El consumo de sustancias psicoactivas entre los adolescentes tiene repercusiones físicas y psíquicas, reduce el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales no protegidas o comportamientos peligrosos en la carretera. Es una de las principales causas de lesiones (incluidas las provocadas por accidentes de tránsito), violencia (especialmente por parte de la pareja) y muertes prematuras. Además, puede provocar problemas de salud en una etapa posterior de la vida e influir en la esperanza de vida (OMS, 2018). Por otro lado, el consumo de sustancias psicoactivas disminuye el rendimiento académico (Zurita y Álvaro, 2014).



^a La calidad del alcohol que se consume también puede constituir un factor.

^b El desarrollo de los sistemas de salud y bienestar social, y la economía en su conjunto.

Fuente: World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. (Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014). Based on Rehm et al., 2010 and Blas et al., 2010.

Figura 2. Modelo causal del consumo de Sustancias Psicoactivas. Tomado de Global status report on alcohol and health por World Health Organization, 2014.

En la figura N° 2 se muestra un gráfico del consumo de alcohol. Se considera que este proceso es concomitante al consumo de sustancias psicoactivas, pues tanto su sintomatología como sus secuelas son similares.

3.5.6. Prevención familiar del consumo de sustancias psicoactivas

Según Ruiz (2012), existen algunas formas en las que los padres pueden ayudar a los adolescentes:

- Los padres deben dialogar con sus hijos sobre el consumo de sustancias. Hablar sobre las razones de su decisión, explicarles la importancia de la abstinencia. Siendo que cada padre es el ejemplo para sus hijos, debieran evitar el consumo de alcohol y en aquellas familias en las que se consume, este debe ser ocasional y controlado.
- Evitar reuniones donde el alcohol sea el centro de la actividad.
- Romper el estereotipo de que la celebración de un acontecimiento es mejor si hay alcohol.

3.6. La adolescencia

La OMS (2015) define la adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”; es una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano. La caracteriza el ritmo acelerado de crecimiento y de cambios; los mismos que vienen condicionados por diversos procesos biológicos, el paso de la niñez a la adolescencia está marcado por la pubertad.

Asimismo, es una etapa de preparación para la edad adulta en la que se produce una gama de experiencias de desarrollo muy importantes; además de las experiencias de maduración física y sexual, se incluyen el sendero hacia la autonomía social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para formar relaciones de adulto y asumir sus funciones y, además, la capacidad de razonamiento abstracto. A pesar de que la adolescencia implica crecimiento excepcional y gran potencial, también es una etapa en la que se corren riesgos considerables, por lo que, durante este contexto social, los adultos pueden tener una influencia determinante en ellos (OMS, 2015).

Aunque, naturalmente, son una población sana; sin embargo, muchos mueren de manera prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables (OMS, 2018).

Gúemes-Hidalgo et al. (2017) esquematizan la adolescencia de la siguiente manera:

- Adolescencia inicial. Desde los 10 a los 13 años, caracterizada por los cambios puberales relacionados al crecimiento de sus órganos sexuales, ensanchamiento de caderas.
- Adolescencia media. Comprende de los 14 a los 17 años, caracterizada por los conflictos familiares como resultado de la importancia que adquiere el grupo de pares. Es aquí donde pueden dar inicio las conductas de riesgo.
- Adolescencia tardía. Incluye de los 18 hasta los 21 años. La característica fundamental es la reaceptación de los valores paternos y por asumir responsabilidades y deberes propios de la madurez.

El proceso del desarrollo adolescente no es continuo, sincrónico y uniforme, los diferentes aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden tener un ritmo madurativo peculiar, ya sea con retrocesos o estancamientos, mucho más en situaciones de estrés (Gúemes-Hidalgo et al., 2017).

4. Definición de términos

- Factores de riesgo. Rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad o lesión. Los más importantes son: la insuficiencia ponderal, prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, deficiencia del saneamiento y la falta de higiene (OMS, 2018).

- Inicio sexual precoz. El momento en la vida de una persona en el cual se sostiene por primera vez una relación coital, seguida o no de actividad sexual posterior al evento; esta experiencia puede darse con personas del sexo opuesto o del mismo sexo (Zarate, 2003).
- Consumo de sustancias psicoactivas. Es el uso de algún tipo de sustancias psicoactivas que cuando se introducen en el organismo vivo, pueden reaccionar sobre el cerebro y, a su vez, modificar la conciencia, el comportamiento, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento. Esto se debe a su repercusión en el estado psiquiátrico, fisiológico e incluso el aspecto estructural del organismo. Las sustancias psicoactivas *“actúan mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones del estado de ánimo, pensamiento y motivaciones”*; el consumo de estas puede generar dependencia (OMS y OPS, 2005).
- Habilidades para la vida. Son los recursos psicosociales e interpersonales que ayudan a la gente a tomar decisiones con conocimiento de causa, a comunicarse de forma efectiva y desarrollar unos recursos para manejar y autogestionar una vida saludable y productiva. Estas pueden aplicarse a acciones dirigidas hacia uno mismo, hacia otras personas o hacia el entorno local. Buscan favorecer la salud y el bienestar en todos estos niveles. (UNICEF, citado por Díaz-Alzate y Mejía-Zapata, 2018).

5. Hipótesis de la investigación

5.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y las variables Conductas de inicio sexual precoz y Consumo de sustancias psicoactivas en

estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Lima Este, 2019.

5.2. Hipótesis específicas

- Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Lima Este, 2019.
- Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y conductas de inicio sexual precoz, en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Lima Este, 2019
- Existe relación significativa entre conductas de inicio sexual precoz y consumo de sustancias psicoactiva, en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Lima Este, 2019

Capítulo III

Materiales y Métodos

1. Diseño y tipo de investigación

La investigación se desarrollará en base a un enfoque metodológico cuantitativo. El diseño es no experimental y de corte transversal, puesto que no se realizará la manipulación de las variables y los datos serán tomados en un solo momento. También es de tipo descriptivo correlacional porque se medirá cada variable con la finalidad de describirlas y relacionarlas (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014).

2. Variables de la investigación

A continuación, se definen y se muestran las tablas de la operacionalización de las variables que fueron estudiadas en esta investigación.

2.1. Definición conceptual de las variables

2.1.1. *Funcionamiento familiar*

Interacción dinámica y sistemática de dos aspectos fundamentales en la vida familiar: cohesión y adaptabilidad familiar, siendo funcional aquella que muestra niveles balanceados en ambas dimensiones y disfuncional en familias que alcanzan niveles extremos (Olson, citado por Adriano y Mamani, 2015).

2.1.2. *Inicio sexual*

Zárate (2003) define al inicio sexual como el momento en la vida de una persona, en el cual se sostiene por primera vez una relación coital, seguida o no de actividad sexual posterior al evento; esta experiencia puede darse con personas del sexo opuesto o del mismo sexo.

2.1.3. Consumo de sustancias psicoactivas

Es el uso de algún tipo de sustancias psicoactivas que cuando se introducen en el organismo vivo, ya sea por diversas vías de administración, pueden reaccionar sobre el cerebro y, a su vez, modificar la conciencia, el comportamiento, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento; esto se debe a que su repercusión en el estado psiquiátrico, fisiológico e incluso el aspecto estructural del organismo; las SPA “actúan mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones del estado de ánimo, pensamiento y motivaciones”; el consumo de estas puede generar dependencia (OMS y OPS, 2005).

2.2. Operacionalización de las variables

En la Tabla 1 se observa la operacionalización de la variable funcionamiento familiar y la información principal respecto a lo que mide el instrumento.

Tabla 1

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Categoría de respuestas	Niveles de dimensión	Niveles de Variable
Cohesión: Vínculo emocional entre los miembros de la familia, es decir, el apego o desapego que existe entre ellos. Dentro de esta dimensión se	Vinculación emocional Apoyo Límites familiares Tiempo y amigos	11, 19, 1 17 5, 7 3, 9	Escala Likert de cinco puntos 1. Nunca o casi nunca	Familia desligada: 10-31 Familia separada:	a. Tres niveles de funcionalidad: -Familia balanceada.

Operacionalización de la variable funcionamiento familiar

identifican cuatro tipos de familia: Desligada, separada, unida y amalgamada (Olso, citado por Coaquira y Arroyo, 2017).	Intereses y recreación	13, 15	2. Pocas veces. 3. Algunas veces. 4. Frecuentemente. 5. Siempre o casi siempre	32-37 Familia unida: 38 -43 Familia amalgamada: 44 – 50 Familia caótica: 30 – 50 Familia flexible: 25 - 29 Familia estructurada: 20 – 24 Familia rígida: 10 – 19	-Familia media. -Familia extrema. b. 16 estilos de funcionamiento familiares, dependiendo de la combinación de niveles de cohesión y adaptabilidad
Adaptabilidad: Está vinculada con el grado de flexibilidad y capacidad de cambio del sistema familiar. En esta dimensión, Olson consideró la estructura del poder, los estilos de negociación, las relaciones de los roles y la retroalimentación, (Sigüenza, 2015).	Liderazgo Disciplina Control Roles y reglas	6, 18 4, 10 2, 12 8, 14, 16, 20			

A continuación, se puede apreciar la tabla 2 y 3 con la operacionalización de la variable inicio sexual y consumo de sustancias psicoactivas detallando los aspectos más pertinentes.

Tabla 2

Operacionalización de la variable inicio sexual

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems	Categoría de respuesta	Niveles de inicio sexual
Inicio sexual	Experiencias previas al	Curiosidad por el sexo	1, 3	Edades de inicio	No inicio (0)

inicio sexual	Cambios físicos	2, 7, 9, 11	de cada acontecimiento	Conductas previas al inicio sexual (<1 en el ítem 6)
	Enamoramiento	5, 12		
	Búsqueda del placer	4, 6, 10		
Inicio sexual	Inicio sexual heterosexual	8		
				Inicio sexual precoz (<1 en los ítems 8 y 10)

Tabla 3

Operacionalización de la variable consumo de sustancias psicoactivas

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems	Categoría de respuesta	Niveles de variable
Consumo de sustancias psicoactivas	Consumo funcional – no consumo: Cuando no se ha consumido ninguna sustancia, sin embargo, existe el riesgo de psicosocial de consumir algún tipo de sustancia psicoactiva (Cote-Menendez et al., 2013)	No consumo	1	Si No	- Riesgo bajo (0) - Riesgo medio (< 2) - Riesgo alto (≥ 2)
		Experimental	2		
		Recreativo	3		
		Frecuente	4		
		Abuso	5		
		Dependencia	6		

3. Delimitación geográfica y temporal.

La presente investigación se llevó a cabo en la provincia de Lima, en el distrito de Lurigancho, durante el año 2019.

4. Población y muestra

4.1. Población

La población estuvo conformada por los estudiantes de 3°, 4° y 5° de la I.E N° 0051 “José Faustino Sánchez Carrión”.

La Institución Educativa tiene los niveles de educación primaria y secundaria, siendo un total de 1600 estudiantes. En el nivel secundario cuenta con los 5 grados y por cada grado hay 4 secciones siendo un total de 634 estudiantes.

La distribución de estudiantes en los grados de 3°,4° y 5° es de la siguiente manera:

Tabla 4

Distribución de estudiantes por grado

Grado	Número de alumnos
3°	129
4°	128
5°	121
Total	378

De los cuales se trabajará con los adolescentes que cumplan con los criterios de inclusión.

4.2. Muestra

El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia del autor. Este grupo estuvo conformado por 337 estudiantes que fueron elegidos por criterios de inclusión y exclusión.

4.2.1. Criterios de inclusión y exclusión

A continuación, se mencionan los criterios de inclusión y exclusión de los participantes de la investigación.

4.2.1.1. Criterios de inclusión:

- Estudiantes matriculados en la Institución Educativa durante el período 2019.
- Estudiantes que cursen el 3°, 4° y 5° grado.
- Estudiantes de 14 a 17 años (adolescencia media).
- Estudiantes que tengan asistencia regular.
- Estudiantes que firmen el consentimiento informado.
- Estudiantes de ambos sexos.

4.2.1.2. Criterios de exclusión

- Estudiantes no matriculados en la Institución Educativa, durante el periodo 2019.
- Estudiantes que cursen el 1° y 2° grado.
- Estudiantes menores de 14 años y mayores de 17 años
- Estudiantes que no deseen participar del estudio.
- Estudiantes que no completen la encuesta.
- Estudiantes que no completen los tres instrumentos o los invaliden.

4.3. Características de la muestra

En la tabla 5 de los datos sociodemográficos se observa que el 52% de los participantes es de sexo femenino y el 100 % se encuentra en la adolescencia media (14-17 años). El 38,5 % cursa el 3° y 4° grado respectivamente. Solo un 3,3 % es hijo único, el 40,1% y 24,3% de los estudiantes tiene padres casados y separados respectivamente; el 69,1% vive con ambos padres y hermanos, y el 24,3% vive con su madre. Además, el 70% de ellos a veces habla de temas sexuales en el hogar y en el 41,2% de los hogares se permite el consumo de sustancias alcohol.

Tabla 5

Datos sociodemográficos de los participantes

Variable	n	%	
Sexo	Femenino	177	52,3
	Masculino	160	47,5
Edad	14	96	28,5
	15	126	37,4
	16	83	24,6
	17	32	9,5
Grado de instrucción	Tercero	123	36,5
	Cuarto	114	33,8
	Quinto	100	29,7
Número de hermano	Hijo único	11	3,3
	Tiene hermanos	326	96,7
Estado civil de los padres	Casados	135	40,1
	Divorciados	4	1,2
	Separados	82	24,3
	Viudo (a)	10	3
Con quién vives actualmente	Convivientes	106	31,5
	Padres y hermanos	233	69,1
	Solo con mi madre	68	20,3
	Solo con mi padre	8	2,4
En el hogar hablan sobre temas de sexualidad en el hogar.	Otro	28	8,3
	Nunca	74	22
	A veces	236	70
	Siempre	27	8
En el hogar está permitido el consumo de alcohol.	Si, solo para los mayores	139	41,2
	A veces se permite	64	19
	Nunca se permite	134	39,8

5. Instrumentos de recolección de datos

El presente estudio empleó los siguientes instrumentos para la recolección de los datos, cada uno con sus propias características.

5.1. Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson (FACES III)

La Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES fue creado en Estados Unidos por David H, Olson, Russell C. y Sprenkleen D. El modelo circunplejo de Olson fue creado dentro del enfoque sistémico familiar.

La primera versión se creó en 1980. Propone tres dimensiones para explicar el funcionamiento familiar: Cohesión, flexibilidad y comunicación. Constaba de 111 ítems. La segunda versión se desarrolló en 1982 con un total de 30 ítems. El FACES III se creó en 1985, solo se trabaja directamente con la cohesión y la flexibilidad, cada una medida en cuatro niveles (Choque, 2016).

Datos que se logran en este cuestionario:

- Tipo de cohesión: Desligada, separada, conectada y amalgamada.
- Tipos de adaptabilidad: Rígida, estructurada, flexible y caótica.

Es un instrumento de autorreporte y está formado por 20 ítems, con cinco categorías de respuesta en formato Likert, de las cuales 10 corresponden a la cohesión familiar y 10 a la adaptabilidad familiar. La cohesión está formada por cinco indicadores: Vínculo emocional (1,11,19), límites familiares (5 y 7), tiempo y amigos (3,9), toma de decisiones (17), intereses y recreación (13 y 15). Así mismo, la adaptabilidad está conformada por cinco indicadores: Liderazgo (6 y 18), control (2 y 12), disciplina (4 y 10), roles (8,16 y 20) y las reglas (14).

Para determinar la correlación, se debe sumar por separado cada dimensión, luego comparar con los baremos y obtener el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar.

Respecto a la fiabilidad, Rosa María Reusche, responsable de la adaptación del FACES – III al Perú, usó el coeficiente de Crombach para cada una de las dimensiones, la cual presenta $\alpha=0.80$ para cohesión y $r= 0.60$ para adaptabilidad (Choque, 2016).

Lo niveles extremos de cualquiera de ellas, el más bajo o el más alto, se consideran disfuncionales y a los niveles medios se los reconoce como funcionales. De esta manera, cada dimensión de la funcionalidad forma uno de los dos ejes de un sistema cartesiano que permite clasificar hasta dieciséis tipos de familias. Los tipos familiares se ubican dentro de “rangos” que le asignan algún nivel específico de funcionalidad familiar: balanceadas o funcionales, rango medio y extremo o disfuncionales (Bazo-Álvarez et al., 2016).

5.2. Cuestionario de Inicio Sexual (CISEX)

El cuestionario de inicio sexual – CISEX, fue creado por Irma Antonieta Zárate Lezama en el año 2003, en Perú. Presenta una confiabilidad de 0,9 en Alfa de Crombach; indicando así que es altamente significativa.

Es un cuestionario autodescriptivo con 12 consignas orientadas a identificar el inicio sexual en el adolescente, separa la iniciación sexual coital en los adolescentes, también busca información sobre las conductas precurrentes a la iniciación sexual coital y algunas características sexuales secundarias.

Su objetivo es buscar información en cuanto a la ocurrencia del inicio sexual coital ya sea con personas del mismo sexo u opuesto mediante la indagación sobre la edad en que sucedieron tales eventos, así como la edad en que ocurrieron ciertas conductas vinculadas al inicio sexual coital tales como preguntar y hablar sobre temas relacionados a la sexualidad, masturbación, acercamiento a otra persona motivado por la atracción sexual, juegos y caricias sexuales, enamoramiento. Del

mismo modo, sobre algunas características sexuales secundarias como la aparición de vello axilar, cambio de voz, polución nocturna y menstruación (Zarate, 2003).

Se puede aplicar de forma colectiva o individual, tiene una duración de 8 minutos aproximadamente.

El cuestionario insta al adolescente a responder prestando atención a la ocurrencia o no del evento al preguntar la edad de inicio de ciertas conductas. Si aún no ha tenido la experiencia en algunos ítems se responde escribiendo "NO" o se deja en blanco. Si la respuesta es afirmativa se codifica (1), si es negativa o en blanco se codifica (0); los puntajes (1) indican las experiencias previas al inicio sexual y el inicio sexual en sí.

Los ítems están de acuerdo a las especificaciones, el orden sigue un criterio lógico que inicia desde las sencillas, seguido por las denominadas precurrentes a la conducta sexual coital como masturbación, juegos y caricias sexuales, hasta la experiencia inicial al coito ya sea con alguna persona de su mismo sexo o con el sexo opuesto (Zarate, 2003).

Es así que para esta investigación hemos determinado establecer tres categorías: NO inicio con una puntuación "0" en los ítems 6,7 y 8; conductas previas (puntajes "1" en el ítem 6) e inicio sexual en sí (puntaje de "1" en los ítems 8 y 9).

5.3. Escala CRAFFT+N version 2.1

La Escala CRAFFT (por sus siglas en inglés; Car, Relax, Alone, Forget, Family/Friends, Trouble), fue creada por miembros de *Boston Children's Hospital* en *Masachusetts* por los Dres. Knight, Sherritt y colaboradores, médicos psiquiatras especializados en farmacodependencia. Está dirigida a adolescentes entre 14 y 18 años, las preguntas están diseñadas para ser aplicadas por un clínico o ser autoaplicadas. Está compuesta por 6 preguntas que valoran el consumo de

sustancias psicoactivas o el riesgo psicosocial de consumir estas sustancias. Un puntaje mayor de 2 debe alertar al clínico sobre la presencia o el riesgo de consumo y debe llevarse a cabo una evaluación profunda. La escala CRAFFT se desarrolló con 9 ítems, tomando preguntas individuales de 3 herramientas, el RAFFT, el DAP y el POSIT, todas enfocadas a la población adolescente. Para aumentar la consistencia de los ítems y elevar la sensibilidad se añadió “Alguna vez...” a cada pregunta y se incluyeron las palabras “drogas” y “alcohol” (Cote-Menendez et al., 2013).

El CRAFFT puede ser utilizado por personal de salud capacitado en entrevista con adolescentes, y también autoadministrado. Para esta investigación se utilizó el CRAFFT+N versión 2.1, que contiene una pregunta adicional que está relacionada con el consumo de tabaco y nicotina y está traducida en varios idiomas, las mismas que se realizaron mediante prácticas rigurosas con traducción inversa y conciliación de las discrepancias identificadas (*Boston Children’s Hospital*, n.d.). Esta versión indaga sobre frecuencia (cuántos días usted) del uso de las SPA en los 12 últimos meses, a diferencia de la primera versión que tenía preguntas de “sí” o “no” sobre el uso de los últimos meses. Las investigaciones sugieren que las preguntas de “cuántos” o “con qué frecuencia” transmiten una expectativa del comportamiento. Si el paciente responde “0” a todas las preguntas de frecuencia de apertura, se responde solo la pregunta CARRO (pregunta 4 de la segunda sección) y termina la prueba. Si se responde algún día (1 o más) de uso en cualquiera de las cuatro preguntas de frecuencia, se debe completar las seis preguntas CRAFFT (*The Center for Adolescent Substance Use Research*, 2018)

La pregunta “CARRO” evalúa el riesgo de seguridad, es decir, conducir o viajar con alguien que ha consumido SPA, dos causas de muerte para los adolescentes,

Las cinco preguntas restantes (RAFFT) evalúan los problemas relacionados con el consumo de sustancias, cada "Sí" es igual a 1 punto; por lo tanto, los puntajes varían de 0 a 6. Una puntuación de > 2 es el corte óptimo de corte para identificar un trastorno de uso de sustancias (DSM- IV/DSM 5) en cualquier nivel (Leve, moderado, severo) para identificar un trastorno de uso de sustancias en adolescentes de 12 y 17 años (Sensibilidad de 88%; especificidad de 94%). Aunque la especificidad es baja para los grupos de mayor edad, es importante tener una alta sensibilidad dado que el CFRATT es una herramienta de detección cuyo propósito es identificar a aquellos que pueden requerir una evaluación adicional (*The Center for Adolescent Substance Use Research, 2018*).

La validación se llevó a cabo con 538 participantes entre los 14 y 18 años. Las clasificaciones fueron fuertemente correlacionadas con una puntuación CRAFFT (Spearman 0,72; $P < .001$). La puntuación CRAFFT de 2 superior es óptima para la identificación de cualquier problema de valor predictivo positivo (Sensibilidad 0,76; especificidad 0,94; valor predictivo 0,83; y valor predictivo negativo 0,91) cualquier trastorno (Sensibilidad 0,80; especificidad 0,86; valor predictivo positivo 0,53; y valor predictivo negativo 0,96) y la dependencia (Sensibilidad 0,92; especificidad 0,80; valor predictivo positivo 0,25; y valor predictivo negativo 0,99).

6. Proceso de recolección de datos.

La elección de la institución educativa se realizó en función a la jornada educativa que tiene. Actualmente, en el Perú, hay una nueva modalidad educativa llamada Jornada Escolar Completa (JEC). Esta modalidad incluye más horas de estudio y la presencia de un profesional en psicología. Se investigó sobre la institución y se

presentó una carta de autorización a la dirección, seguido de un consentimiento informado a cada participante (véase en el anexo 1 y 2).

Identificados los estudiantes a encuestar, se informó sobre la finalidad de la investigación, aclarando la confidencialidad de los resultados y el consentimiento informado. Del mismo modo, se les motivó para lograr su colaboración, recalcando que la información a proporcionar es anónima. Luego se entregaron los formatos como unidad, solicitando que lean atentamente las instrucciones, así mismo se orientó en el procedimiento para dar las respuestas. Al concluir, cada estudiante colocó la encuesta en un sobre dispuesto para ello. Finalmente se contó todas las encuestas y se guardó en un sobre lacrado para al fin, marcando con el nombre del encuestador, fecha, nombre de la institución, grado y sección.

7. Procesamiento y análisis de datos

Se realizó un análisis estadístico mediante el *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 24.0 para *Windows*, aplicado a las ciencias sociales. La información recolectada se transfirió a la matriz de datos del *software* estadístico, luego se organizó mediante tablas, para el análisis e interpretación del resultado.

Se describieron las tres variables a través de tablas de frecuencia para responder a las hipótesis planteadas, luego se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada para determinar si existe asociación entre las variables Funcionamiento familiar, Inicio sexual precoz y Consumo de sustancias psicoactivas.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

Luego de la recolección y procesamiento de los datos, se muestra la descripción de los resultados, seguido de la discusión sobre lo encontrado respecto a funcionamiento familiar y las variables Conductas de inicio sexual precoz y Consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de una institución educativa de Lima Este, 2019.

1.1. Análisis descriptivos

1.1.1. Nivel de funcionamiento familiar

En la Tabla 6 se puede observar que la mayoría (52,8%) de los estudiantes presenta un funcionamiento familiar medio, lo que significa que estas familias presentan algunas dificultades en una sola dimensión, ya sea en cohesión o adaptabilidad; las que son originadas por etapas de estrés que está pasando la familia, lo más probable es que, con el transcurso del tiempo, el sistema familiar

supere las dificultades y se adapte a la nueva etapa evolutiva. Un 21,4% tiene un funcionamiento familiar extremo, lo que indica que son extremas en ambas dimensiones: Cohesión y adaptabilidad, es decir, los niveles de interacción son disfuncionales ya que posiblemente estén atravesando una crisis propia del ciclo evolutivo (Nacimiento de un hijo, muerte de un familiar, adolescencia, etc.) o la implicación de un solo miembro del hogar, ya sea divorcio (Cuando lo capta solo uno) o distanciamiento de algún miembro. Solo un 25,8% tiene un nivel de funcionamiento familiar balanceado o funcional, lo que indica que son centrales en ambas dimensiones, el sistema es abierto logrando distinguir a cada integrante familiar por su habilidad de experimentar los niveles de dependencia e independencia familiar, la familia es libre de moverse de acuerdo a la dirección que se amerite.

Tabla 6

Nivel de funcionamiento familiar de los participantes

		n	%
Niveles de funcionamiento familiar	Balanceado	87	25.8%
	Medio	178	52.8%
	Extremo	72	21.4%

1.1.1.1. Cohesión y adaptabilidad familiar de los participantes

En la tabla 7 se presentan los tipos de cohesión y adaptabilidad familiar. Dentro de lo concerniente a la cohesión familiar, está la categoría desligada la cual alcanza un 28.5% y que se caracteriza por un tipo de familia desligada con límites rígidos, débil coalición, gran autonomía individual, tenues vínculos físicos y emocionales que los una como familia; asimismo, el 30.9% tiene una cohesión moderadamente baja, es un tipo de familia separada, en la que existe una dependencia moderada entre los miembros, clara coalición familiar y un equilibrio entre el grado de separación

emocional y personal; también el 26.7% presenta una cohesión moderadamente alta, que es un tipo de familia conectada con límites claros, formidable unión afectiva entre los miembros de la familia ya que es notorio el sesgo de dependencia, adecuado espacio para disfrutarlo entre familia y amistades, adecuadas coaliciones y la toma de decisiones se basa en los intereses personales y cuando es necesario se las toma en familia; mientras que solo un 13.9% presenta una cohesión muy alta, es decir, amalgamada, existe una cercanía emocional extrema, hay falta de límites generacionales, las coaliciones son paterno filiales, la toma de decisiones gira en torno al deseo grupal, se prefieren los amigos de la familia más que los personales, todo esto interfiere en el desarrollo individual ya que los intereses conjuntos se dan por mandato.

Respecto a la adaptabilidad, la distribución muestra bastante diferenciación, siendo que la mayoría de estudiantes presenta niveles altos de adaptabilidad, es decir, caótica (46.9%) en la que el liderazgo es ineficaz, el rol de cada integrante es confuso, las decisiones de los padres son impulsivas, se omite la negociación, no existe el control ya que las reglas tienen cambios drásticos que encaminan a una disciplina débil, indulgente y más contemplativa; el 29.4% presenta una adaptabilidad moderadamente alta o flexible, caracterizándose por un liderazgo igualitario y asertivo que da lugar a los cambios, los roles son compartidos, las reglas son implícitas y se hacen cumplir con flexibilidad, la disciplina es democrática y se negocia teniendo en cuenta las consecuencias; así también, el 17.5% tiene adaptabilidad moderadamente baja o estructurada que se distingue por tener un liderazgo autoritario pero asertivo, la disciplina y el control son algo severos, siendo predecibles las consecuencias, se da el espacio para los acuerdos en las decisiones; sin embargo, la comunicación es más negativa que positiva; por último

un 6.2% se encuentra en un tipo de familia rígida, es decir, con baja adaptabilidad, aquí el tipo de liderazgo es agresivo, con un fuerte control parental, las disciplina es estricta y se aplica de forma muy severa, no existe la posibilidad de cambio, las decisiones son impuestas por los padres, los roles están estrictamente definidos y la comunicación es negativa.

Tabla 7

Tipos de cohesión y adaptabilidad familiar de los participantes

Dimensiones	Categoría	n	%
Cohesión	Desligada	96	28.5%
	Separada	104	30.9%
	Conectada	90	26.7%
	Amalgamada	47	13.9%
	Rígida	21	6.2%
Adaptabilidad	Estructurada	59	17.5%
	Flexible	99	29.4%
	Caótica	158	46.9%

1.1.1.2. *Estilos de funcionamiento familiar*

En la tabla 8 se observa, en relación al estilo de funcionamiento familiar, que la mayoría de los estudiantes presenta un estilo familiar caóticamente conectado (16,6%) con un liderazgo ineficaz, las decisiones lo toman los padres de manera impulsiva, las funciones son confusas y las reglas cambian constantemente; sin embargo, hay una cercanía emocional muy fuerte que impide la adecuada comunicación y el equilibrio entre la dependencia e independencia familiar; también un 13,1% de estudiantes muestra un estilo caóticamente separado, caracterizado

por un liderazgo ineficaz, la toma de decisiones de forma impulsiva y mayormente por lo padres, la falta de claridad en las funciones hacen que las reglas no se cumplan y cambien constantemente; esto se da porque existe una separación emocional, la lealtad familiar es ocasional y el interés personal está enfocado fuera de la familia, del mismo modo un 11,9% es de estilo de familia estructuralmente desligada, es decir, el liderazgo es democrático, las decisiones se toman teniendo en cuenta los acuerdos, el cumplimiento de las reglas es flexible y algunas cambian; sin embargo, la extrema separación emocional hace que el involucramiento familiar sea tenue y las decisiones se hagan tomando en cuenta solo los intereses personales. Por otro lado, solo un 12,8% presenta un estilo flexiblemente separado o funcionamiento balanceado, caracterizado por un liderazgo democrático, hay acuerdos en las decisiones conjuntas e individuales; la disciplina se aplica de manera severa y se negocian las consecuencias, las reglas se cumplen con flexibilidad y algunas cambian; el resultado de esto es porque hay un equilibrio emocional entre los miembros los límites parento-filiales son claros y se alienta cierta separación personal.

Tabla 8

Estilos de funcionamiento familiar de los participantes

		n	%
Estilos de funcionamiento familiar	Rígida-Desligada	13	3.9%
	Rígida-Separada	7	2.1%
	Rígida-Amalgamada	1	0.3%
	Estructurada-Desligada	40	11.9%
	Estructurada-Separada	10	3.0%
	Estructurada-Conectada	8	2.4%
	Estructurada-Amalgamada	1	0.3%

Flexible-Desligada	27	8.0%
Flexible-Separada	43	12.8%
Flexible-Conectada	26	7.7%
Flexible-Amalgamada	3	0.9%
Caótica-Desligada	16	4.7%
Caótica-Separada	44	13.1%
Caótica-Conectada	56	16.6%
Caótica-Amalgamada	42	12.5%

1.1.2. Nivel de conductas de inicio sexual

En la tabla 9 se puede observar en relación al nivel de inicio sexual de los participantes que 7,7% está en la categoría de no inicio sexual, no han dado lugar a las caricias sexual y tampoco han tenido relaciones sexuales; el 67,7% realizó conductas previas al inicio sexual, es decir, iniciaron mediante abrazos, caricias y besos, también ya han tenido algún enamorado u enamorada; sin embargo, no han tenido una relación sexual en sí. Finalmente, el 24,6% ya tiene un inicio sexual precoz, es decir, ya pasaron de los juegos sexuales a las relaciones sexuales en sí (coitales).

Tabla 9

Nivel de conductas de inicio sexual de los participantes

	n	%
Niveles de conductas de inicio sexual		
No inicio sexual	26	7.7%
Conductas previas	228	67.7%
Inicio sexual precoz	83	24.6%

1.1.3. Nivel de consumo de sustancias psicoactivas

En la tabla 10 del nivel de consumo de sustancias psicoactivas se observa que el 45% de los estudiantes presenta un bajo riesgo de consumo, esto es, no ha consumido ningún tipo de sustancia psicoactiva y tampoco ha viajado en un vehículo conducido por una persona en estado de ebriedad o que haya consumido algún tipo de SPA; el 46,6% se encuentra en riesgo alto, ya que ha consumido sustancias psicoactivas y corre el riesgo de morir en un accidente automovilístico ya que ha viajado en un vehículo conducido por una persona que ha consumido alguna SPA. Por otro lado, existe un 8,3% de adolescentes que presenta un riesgo medio ya que nunca consumió algún tipo de sustancia psicoactiva; sin embargo, ha viajado en un vehículo conducido por una persona, lo que aumenta la posibilidad de morir por accidentes de tránsito.

Tabla 10

Nivel de consumo de sustancias psicoactivas de los participantes

		n	%
Nivel de consumo de sustancias psicoactivas	Riesgo bajo	152	45.1%
	Riesgo medio	28	8.3%
	Riesgo alto	157	46.6%

1.2. Análisis inferencial

1.2.1. Funcionamiento familiar y conductas de inicio sexual precoz

En la tabla 11 se observa que un 35,3% de los estudiantes no se inició sexualmente, pero si realizó conductas previas, vale decir, caricias sexuales, besos, abrazos, etc., se ubican en un nivel medio de funcionamiento familiar. Del mismo modo, el 14,2% de los adolescentes ya tuvo un inicio sexual precoz; esto indica que el extremo en una de las dimensiones (adaptabilidad o cohesión) podría influenciar

en este inicio. Por otro lado, el 19,9 % de los estudiantes que no tuvo un inicio sexual, se ubica en un nivel de funcionamiento balanceado, esto ayudaría a prevenir el inicio sexual precoz.

Tabla 11

Niveles de funcionamiento familiar y conductas de inicio sexual precoz

	Balanceado		Medio		Extremo	
	n	%	n	%	n	%
No inicio sexual	8	2.4%	11	3.3%	7	2.1%
Conductas previas	59	17.5%	119	35.3%	50	14.8%
Inicio sexual precoz	20	5.9%	48	14.2%	15	4.5%

X^2 2.129; gl= 4; p=.001

Se puede observar que la prueba de independencia Chi cuadrado = 2,129 con 4 grados de libertad lo que permite determinar que el valor $p = ,001$. A un nivel de significancia de .05, se cumple que $p < \alpha$, lo que significa que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Por lo tanto, existe una relación significativa entre el funcionamiento familiar y las conductas de inicio sexual precoz.

1.2.2. Niveles de funcionamiento familiar y consumo de sustancias

psicoactivas

En la tabla 12 se puede observar que, en relación al nivel de consumo de sustancias psicoactivas y funcionamiento familiar y en relación al nivel de funcionamiento familiar balanceado, el 26,3% de estudiantes tiene un nivel de consumo de riesgo bajo; el 25,0% de estudiantes, un nivel de consumo de riesgo medio y el 25,5% de estudiantes, un nivel de consumo de riesgo alto. En relación al nivel de funcionamiento medio, el 54,6% de estudiantes tiene un nivel de consumo de riesgo bajo; el 39,3% de estudiantes, un nivel de consumo de riesgo medio y el 53,5% de estudiantes, un nivel de consumo de riesgo alto. En relación al nivel de funcionamiento familiar extremo, el 19,1% de estudiantes tiene un nivel de consumo

de riesgo bajo; el 35,7% de estudiantes, un nivel de consumo de riesgo medio y el 21,0% de estudiantes, un nivel de consumo de riesgo alto.

Tabla 12

Niveles de funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas

	Balanceado		Medio		Extremo	
	n	%	n	%	n	%
Riesgo bajo	40	46.0%	83	46.6%	29	40.3%
Riesgo medio	7	8.0%	11	6.2%	10	13.9%
Riesgo alto	40	46.0%	84	47.2%	33	45.8%

X^2 4.185; gl= 4; p=.012

Según la prueba de independencia Chi cuadrado = 4,185 con 4 grados de libertad lo que permite que el valor p = ,012. A un nivel de significancia de .05, se cumple que $p < \alpha$, lo que significa que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Por lo tanto, existe una relación significativa entre el funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas.

1.2.3. Niveles de consumo de sustancias psicoactivas y conductas de inicio sexual precoz

En la tabla 13 se puede observar la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y el inicio sexual. Se evidencia que de los estudiantes que no inician su vida sexual, el 69,2% tiene un nivel de consumo de riesgo bajo; el 7,7% de estudiantes, un nivel de consumo de riesgo medio, y el 23,1% de estudiantes, un nivel de consumo de riesgo alto. En relación a los estudiantes que dieron inicio a los juegos sexuales, 49,1% de estudiantes tiene un nivel de consumo de riesgo bajo; 7,9% de estudiantes, un nivel de consumo de riesgo medio y el 43,0% de estudiantes, un nivel de consumo de riesgo alto. En relación a los estudiantes que tienen un inicio sexual precoz, el 26,5% de estudiantes tiene un nivel de consumo de riesgo bajo; el 9,6% de estudiantes, un nivel de consumo de riesgo medio y el 63,9% de estudiantes, un nivel de consumo de riesgo alto.

Tabla 13

Niveles de consumo de sustancias psicoactivas y conductas de inicio sexual precoz

	No inicio sexual		Conductas previas		Inicio sexual precoz	
	n	%	n	%	n	%
Riesgo bajo	18	69.2%	112	49.1%	22	26.5%
Riesgo medio	2	7.7%	18	7.9%	8	9.6%
Riesgo alto	6	23.1%	98	43.0%	53	63.9%

X^2 19.806; gl= 4; p=.001

Respecto a la relación entre el índice de inicio sexual y el consumo de sustancias psicoactivas, se reporta que el coeficiente de correlación de Chi Cuadrado = 19,806 y el valor $p = .001$. A un nivel de significancia de .05, se cumple que $p > \alpha$, lo que significa que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Por lo tanto, existe una relación significativa entre conductas de inicio sexual y el consumo de sustancias psicoactivas.

2. Discusión

La hipótesis general de la investigación indica que existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y las variables de inicio sexual precoz y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de nivel secundario de una institución educativa de Lima Este, 2019. Es así que los resultados de este estudio evidenciaron que el funcionamiento familiar si tiene una relación significativa con las conductas de inicio sexual precoz ($X^2=2,129$; $p= ,001$) y el consumo de sustancias psicoactivas ($X^2 = 4,185$, $p=,012$). Lo que significa que el funcionamiento familiar podría influir para que se postergue el inicio sexual precoz y el consumo de sustancias psicoactivas.

La primera hipótesis de esta investigación señala que existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y las conductas de inicio sexual precoz, en los estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública de Lima Este,

2019. Los resultados de este estudio sustentan que el funcionamiento familiar y las conductas de inicio sexual precoz se relacionan de manera positiva y significativa ($X^2 = 2,129$, $p=,001$). Esto significa que tener un nivel de funcionamiento familiar medio y extremo puede influir en el inicio de las conductas previas y el inicio sexual precoz, ya que son familias que no han logrado un equilibrio en las relaciones familiares y los límites y reglas que rigen el hogar no son claras, las mismas que permiten ciertas conductas que ponen en riesgo a los adolescentes. El resultado es similar al estudio de Gamez, García y Martínez (2007). Aunque estos resultados difieren de la investigación de Choque (2016) quien sugiere que el funcionamiento familiar no se relaciona con que los estudiantes tengan un inicio sexual precoz, ya que los factores sociales e individuales juegan un papel importante en la iniciación sexual temprana. Esto es similar al estudio de Apupalo (2016) quien también encontró que los adolescentes con inicio sexual precoz pertenecen en su mayoría a familias en riesgo (disfuncionales y moderadamente disfuncionales). De manera general, se encontró que los adolescentes ya han dado inicio a las conductas previas con sus enamorados (67,7%), seguido por el inicio sexual precoz (24,6%), esto es similar al estudio de Apaza (2017) quien encontró que el 27% de los adolescentes habían iniciado su vida sexual coital con la permisividad de los padres o apoderados para tener enamorado en la adolescencia.

La segunda hipótesis señala que existe relación significativa entre funcionamiento familiar y el consumo de sustancias psicoactivas. Los resultados justifican que el funcionamiento familiar y el consumo de sustancias psicoactivas se relacionan de manera significativa ($X^2 = 4,185$, $p=,012$), es decir, el nivel de funcionamiento familiar influye para que el consumo de sustancias se postergue. Esto concuerda con la investigación de Alonso-castillo et al., (2017) quienes mencionan que la

funcionalidad familiar es importante, ya que afecta significativamente las conductas de consumo en los adolescentes, también Apaza (2017) han señalado que el factor clave para que este tipo de conductas se manifieste es la permisividad de los padres sobre los adolescentes, de igual forma lo apoyan Coaquira y Arroyo, (2017), de modo que el funcionamiento familiar contribuye a desarrollar o controlar los hábitos de consumo de sustancias psicoactivas. Partiendo de esta premisa se puede mencionar que los resultados de esta investigación, en relación a los niveles de funcionamiento familiar, en su mayoría son medio (52,8%), y balanceado (25,8%). Esto sugiere que, en los últimos años, los padres de familia le han dado menos importancia a desarrollar vínculos de amor y afecto fuertes entre la familia, y se han abocado más a temas laborales, económicos u otros (Climent, 2009). Esta clase de funcionalidad familiar que se ha venido gestando en los últimos años ha traído como consecuencia problemas de personalidad, adicción entre otros (Matalines y Díaz., 2013).

De manera similar, De Bedout (2010) encontró que ambas variables se relacionaban significativamente. Usualmente, los estudiantes que tienen una familia con niveles de funcionamiento familiar medio, tienen niveles de consumo de sustancia de riesgo bajo (54,6%), esto es similar a la investigación de Alonso-Castillo et al. (2017) quienes encontraron que no había relación entre el consumo nocivo de alcohol y la funcionalidad familiar. Sin embargo, esta investigación también encontró que, para los adolescentes con el mismo tipo de funcionamiento familiar medio, se encontró un índice de consumo de riesgo medio (39,3%) y alto (53,5%), lo que deja entrever que, en algunos casos, pueden intervenir otros factores en la motivación al consumo de sustancias nocivas. En la misma línea lo perciben Forero et al. (2017), quienes encontraron que, a pesar de que las familias

de los adolescentes tenían una buena funcionalidad, el 84% de estudiantes manifestaba practicar consumo de alcohol de bajo riesgo. Los estudiantes que tienen un tipo de cohesión familiar separada (49,0%), conectada (50,0%) y amalgamada (46,8%) tienen niveles de consumo de sustancias psicoactivas de riesgo bajo, esto se debe probablemente a la exposición a la oportunidad de consumo, o a las emociones graves como lo señalaron Ruiz y Media-Mora (2014). Esto puede apoyar la teoría de que la ingesta de algún tipo de sustancia no está asociada al rendimiento académico (Zurita y Álvaro, 2014). Los estudiantes que tienen un tipo de cohesión familiar desligada tienen niveles de consumo de sustancias psicoactivas de riesgo alto (57,3%), esto es similar al estudio de Romero (2016) que también concluyó que la prevalencia en el consumo de alcohol es de 42,2% cuando los estudiantes pertenecen a una familia disfuncional. En la misma línea Zurita y Álvaro (2014) han encontrado que los adolescentes con una disfunción familiar presentan valores de alta dependencia hacia el tabaco (50%), siendo patente el consumo medio y excesivo de alcohol, eso puede deberse a que, generalmente, los que conforman la familia hoy en día no son necesariamente los padres de manera directa, sino que intervienen otro tipo de personas como tíos, primos, o familiares cercanos.

La tercera hipótesis de esta investigación señala que existe relación significativa entre el inicio sexual precoz y el consumo de sustancias psicoactivas, en los estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima Este, 2019. Los resultados de este estudio sustentan que el inicio sexual precoz y el consumo de sustancia psicoactivas se relaciona de manera positiva y significativa ($X^2 = 19,806$, $p=,001$), datos similares encontraron Coaquira y Arroyo (2017). Así también Jiménez, Musitu y Murgui (2008) mencionan que, el riesgo de consumir sustancias

psicoactivas se incrementa cuando personas que no conforman el círculo personal íntimo de la familia intervienen. Los estudiantes que no han iniciado su vida sexual tienen un índice de consumo de riesgo bajo (69,2%). Los estudiantes que han dado inicio a los juegos sexuales tienen un índice de consumo de riesgo bajo (49,1%). Los estudiantes que tienen un inicio sexual precoz tienen un índice de consumo de riesgo alto (63,9%). De manera similar lo consideran Espada, Méndez, Griffin y Botvin (2003) quienes consideran que, debido a los factores influyentes de la televisión, la internet y el descuido paternal, aquellos que han iniciado vida sexual tienden también a experimentar otro tipo de actividades como las relaciones sexuales. Los estudiantes tienen niveles de consumo de sustancias psicoactivas de riesgo alto (46,6%). Esto se relaciona con el estudio de Jiménez et al. (2008) quienes consideran que en la actualidad los estudiantes tienen mayor posibilidad de consumir algún tipo de SPA a una edad más temprana. Estos resultados son similares a los de Oliva, Parra, y Sánchez-Queija (2008) quienes encontraron una mayor proclividad para consumir sustancias psicoactivas de alto riesgo en adolescentes de 15 a 16 años de edad.

Respecto a los factores protectores frente a las conductas de riesgo en los adolescentes, desde el año 2001 la OPS propone el trabajo con los adolescentes enfocado el desarrollo de las habilidades para la vida (Sociales, cognoscitivas y para el control de las emociones) , ya que facilitan el desarrollo saludable de la población, aunque la investigación de Díaz-Alzate y Mejía-Zapata (2018) indica que la enseñanza por medio de talleres y otras estrategias no favorece de manera esperada el desarrollo de espacios protectores frente a contextos que los hace susceptibles a los adolescentes para el inicio de estas conductas de riesgo, proponen el énfasis en el grupo de las habilidades para la vida – habilidades

sociales, que es el que menos desarrollado está en los adolescentes, no como un contenido más de los planes de estudio, al contrario como el foco de los procesos formativos transversales y en esto se debe involucrar a la familia como el primer espacio socializador del adolescente; dato que coincide con Carmona, Beltrán, Calderón, Piazza, y Chávez (2017) que las sesiones psicoeducativas que incluyan, además de información, el fortalecimiento de habilidades sociales como asertividad, comunicación interpersonal, autoestima y otras herramientas que optimicen las relaciones afectivas que fortalecen los factores protectores frente a las conductas de riesgo.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

De acuerdo a los datos presentados y los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

En relación al objetivo general, se puede observar que el funcionamiento familiar se relaciona con las conductas de inicio sexual precoz ($X^2=2,129$; $p=,001$) y el consumo de sustancias psicoactivas ($X^2 = 4,185$, $p=,012$). Esto significa que un nivel de funcionamiento familiar contribuye a posponer las conductas de inicio sexual precoz y el consumo de sustancias psicoactivas. El funcionamiento familiar afecta significativamente la toma de decisiones en los adolescentes, porque ellos inician a desarrollar su autonomía, a diferencia de la niñez en que la mayoría de decisiones importantes dependen de los padres o algún adulto; a esto se suma la inmadurez de su sistema de control cognitivo y sus habilidades de razonamiento, dando lugar a las decisiones que frecuentemente están fuera del círculo familiar y van acorde a sus intereses emocionales, que giran en torno a sus pares, la interacción con el sexo opuesto y desarrollo de conductas de riesgo. Posiblemente el resultado se deba a que, en las familias de estudio no han logrado identificar un liderazgo familiar, existe poca disciplina, y se desconocen y se pasan por alto los roles y normas (Terrones y Villanueva, 2016).

Respecto al primer objetivo, se observó que el funcionamiento familiar se relaciona con el consumo de sustancias ($X^2 = 4,185$, $p=,012$), lo que indica que un nivel de funcionamiento familiar contribuye a postergar el consumo de sustancias psicoactivas, pues repercute en la toma de decisiones.

En relación al segundo objetivo, se pudo observar que el funcionamiento familiar y las conductas de inicio sexual precoz se relacionan de manera

significativa ($X^2 = 2,129$, $p=,001$), de modo que el funcionamiento familiar contribuye a desarrollar o controlar las conductas de inicio sexual precoz.

En relación al tercer objetivo, se pudo observar que el inicio sexual precoz y el consumo de sustancia psicoactivas se relacionan de manera positiva y significativa ($X^2 = 19,806$, $p=,001$), de modo que aquellos adolescentes que han iniciado su vida sexual precoz también han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva. Es destacable que el inicio sexual precoz y el consumo de sustancias psicoactivas se torna preponderante durante la edad adolescente, dato que se confirma en el estudio realizado por Moreta-Herrera, Mayorga-Lascano, León-Tamayo, y Llaja-Verdesoto (2018), especialmente en el periodo de la adolescencia media (14-17 años) (Oliva et al., 2008), el mismo resultado obtuvo la investigación de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA, 2013), una de las situaciones que son consideradas como factor de desequilibrio en el funcionamiento familiar es la presencia de los hijos en la edad adolescente (Mateo-Crisóstomo et al., 2018) debido a las incoherencias en su comportamiento, ya que sienten amar y odiar a los padres, de rebelarse contra ellos y depender de ellos (Freud, citado por Terrones y Villanueva, 2016).

2. Recomendaciones

A partir de las conclusiones obtenidas, se recomienda promover y desarrollar estudios científicos, además de dar seguimiento a las investigaciones en relación al funcionamiento familiar, y cómo es que esta variable puede influir de manera directa en el consumo de sustancias psicoactivas.

Además, se recomienda investigar haciendo una diferenciación de cuáles son los tipos de sustancias psicoactivas consumidas por los adolescentes en las tres regiones del Perú: Costa, sierra y selva, lo que ayudará a dar una orientación más adecuada a los diferentes programas de intervención que desarrolla el Estado y a los que los psicólogos se aúnan para poder mejorar el estilo de vida de los adolescentes.

También es necesario realizar más estudios utilizando el CRAFT+N (versión 2.1) ya que es un instrumento de mayor comprensión para la población adolescente, asimismo, crear un test para el estudio del inicio sexual de una manera más amplia.

Para el sector Salud, se recomienda implementar las Campañas de salud sexual integral, psicoeducación sobre el consumo de SPA y el funcionamiento familiar, para que de esta manera se cubra la brecha de la indiferencia frente a estos temas. Así también, ejecutar talleres sobre el funcionamiento familiar, enseñando a las familias cómo establecer normas y límites familiares para lograr un nivel de funcionamiento familiar balanceado entre la cohesión y la adaptabilidad, logrando establecer adecuadas pautas de crianza.

En la misma línea, se recomienda que cada institución educativa pueda contar con más personal de psicología para poder realizar trabajo preventivo promocional a los estudiantes, padres de familia y toda la plana educativa. Los entrenamientos psicoeducativos deben incluir, además de información, el fortalecimiento de habilidades sociales como asertividad, comunicación interpersonal, autoestima y otras herramientas que optimicen las relaciones afectivas (Carmona et al., 2017). También la promoción de talleres y el desarrollo de habilidades para la vida, específicamente el grupo de las habilidades sociales,

que es el que menor desarrollado está, no como un contenido más de los planes de estudio, sino como el foco de los procesos formativos transversales (Díaz-Alzate & Mejía-Zapata, 2018). Además, cubrir la brecha sobre el mito de que brindar información respecto al consumo de sustancias psicoactivas y la educación sexual es perjudicial; que si se proporciona información sobre estos temas y servicios relacionados a la sexualidad, anticonceptivos a los adolescentes, se les estaría despertando el interés por dar lugar al inicio sexual precoz, porque las investigaciones sugieren lo contrario: A mayor información, mayor responsabilidad en las conductas y probablemente la edad del inicio sexual y consumo de sustancias se postergaría o, en el mejor de los casos, se evitaría (Rafael, 2016).

En el contexto social, se sugiere analizar el contexto y la realidad en la que vive cada adolescente, y así promover actividades recreativas, culturales, ocupacionales, etc., para que ellos puedan fortalecer sus habilidades, talentos y, de esta manera, posponer el inicio sexual precoz y el consumo de sustancias psicoactivas. Concordamos con las acciones de la OPS, que propone el trabajo con niñas y adolescentes desde un enfoque de las habilidades para la vida que facilite el desarrollo saludable de la población, ya que esto previene los problemas psicosociales y de la salud, se debe involucrar a la familia como el primer espacio socializador del adolescente. (Díaz-Alzate & Mejía-Zapata, 2018).

Asimismo, se sugiere la promoción de actividades en familia que fortalezcan los vínculos afectivos entre los miembros, ya que con una buena comunicación se puede brindar orientación a los adolescentes, quienes, muchas veces, son descuidados por los padres debido a las diferentes actividades que realizan. Concientizar a los padres que el afecto a los hijos se debe mostrar en cada instante independientemente de la edad que tengan.

Referencias

Adriano, C., & Mamani, L. (2015). *Funcionamiento familiar y adicción a internet en estudiantes de una institución educativa pública de Lima norte – 2014* (tesis

- de pregrado). Recuperado de <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/235>
- Alonso-castillo, M., Yanes-Lozano, Á., & Armendáriz-García, N. A. (2017). Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Health and Addictions*, 17(1), 87–96. <https://doi.org/10.21134/haaj.v17i1.286>
- Apaza, L. (2017). *Factores individuales y familiares para el inicio de la actividad sexual coital en estudiantes de la Institución Educativa N° 1178 Heraud de San Juan de Lurigancho, octubre 2016* (tesis de licenciatura). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5587/Apaza_gl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Apupalo, M. (2016). *Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu, 2015-2016* (tesis de especialidad). Recuperado de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24192/1/Apupalo%20Chisag%20Mar%c3%ada%20Marlene.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5° Ed.). España: Editorial, Edica Pamericana.
- Asociación Española de Pediatría (AEP). (15 de marzo 2014). *Hablemos de sexo en familia*. Recuperado de <http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/hablemos-sexo>
- Bazo-Álvarez, J. C., Bazo-Alvarez, O. A., Aguila, J., Peralta, F., Mormontoy, W., & Bennett, I. M. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala de Funcionalidad Familiar FACES-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(3), 462–470. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2299>

- Boston Children's Hospital. (s/f). Obtenga el CRAFFT. Recuperado de <http://crafft.org/get-the-crafft/>
- Botella, L., & Vilaregut, A. (2001). *La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/268356312_La_perspectiva_sistémica_en_terapia_familiar_Conceptos_basicos_investigacion_y_evolucion
- Carmona, G., Beltrán, 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), 601–610. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.2971>
- Choque, E. (2016). *Edad de inicio sexual y funcionamiento familiar en estudiantes del 3° a 5° grado de educación secundaria de una institución educativa pública de Lima* (tesis de pregrado). Recuperado de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/144/Edith_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Climent, G. (2009). Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. *Revista Argentina de Sociología*, 7(12-13), 186–213. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/269/26912284009.pdf>
- Coaquira, V., & Arroyo, J. (2017). *Funcionamiento familiar y consumo de alcohol relacionado al inicio sexual en estudiantes mujeres del 3ro, 4to y 5to de secundaria de un colegio nacional en el departamento de Junín, 2016-2017* (tesis de pregrado). Recuperado de

http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/376/Evelyn_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). (2013). *IV Estudio Nacional de prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012*. Recuperado de https://www.devida.gob.pe/publicaciones/-/asset_publisher/qFALrjP4e3Cl/content/iv-estudio-nacional-sobre-la-prevencion-y-consumo-de-drogas-en-estudiantes-de-secundaria-2012?inheritRedirect=false

Cote-Menendez, M., Uribe-Isaza, M. M., & Prieto-Suárez, E. (2013). Validación para Colombia de la escala CRAFFT para tamización de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Revista Salud Pública*, 15(2), 220–232. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v15n2/v15n2a04.pdf

Damín, C. (2015). *Consumo de sustancias psicoactivas: cuándo es un problema. Voces en el Fénix*. Recuperado de <http://www.vocesenelfenix.com/content/consumo-de-sustancias-psicoactivas-cuándo-es-un-problema>

De Bedout, A. (2010). Asociación entre consumo de sustancias y relaciones sexuales en adolescentes estudiantes en Vegachí, Antioquia, Colombia. *Revista de Psicología GEPU*, 1(2), 31–39. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=85497986&lang=es&site=ehost-live>

Díaz-Alzate, M., & Mejía-Zapata, S. (2018). Desarrollo de habilidades para la vida en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas: un enfoque crítico al

- modelo existente. *El Ágora USB*, 18(1), 203–210. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/agor/v18n1/1657-8031-agor-18-01-00204.pdf>
- Espada, J. P., Méndez, X., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles Del Psicólogo*, 23(84), 9–17. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1051>
- Forero, I., Siabato, E., & Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionamiento familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 431–442. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1692-715X2017000100028
- Gamez, A., García, J., & Martínez, J. (2007). Factores asociados al inicio de relaciones sexuales en adolescentes de 14 a 17 años. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 50(2), 80–83. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=11506>
- García, L. (2010). *Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes. Una revisión actualizada de la materia*. Recuperado de <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/01/Prevencion-efectiva-del-consumo-SPA-en-chicos-y-chicas.pdf>
- García, A., Felipe, K., Álvarez, H., Rodríguez, O., Delgado, M. & Rodríguez, S. (2018). Morbidity and risk behaviors of adolescents admitted to the miscellany of the General Provincial Teaching Hospital " Antonio Luaces Iraola " of Ciego de Ávila. *Mediciego*, 24(1), 4–9. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2018/mdc181b.pdf>

- Gaviria, A. (2016). *Factores que influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes, sector Ero5, Mulliquindil, 2016* (tesis de especialidad). Recuperado de [http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24104/1/Gaviria Bolaños Angélica Paola.pdf](http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24104/1/Gaviria%20Bolaños%20Angélica%20Paola.pdf)
- Gestión (26 de julio de 2015). *Peruanos alcanzan un consumo anual de alcohol de 8.1 litros per cápita*. Recuperado de <https://gestion.pe/tendencias/peruanos-alcanzan-consumo-anual-alcohol-8-1-litros-per-capita-95791-noticia/?ref=ges>
- González, E., Molina, T., Montero, A., & Martínez, V. (2013). Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 141(3), 313–319. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000300005>
- Gúemes-Hidalgo, M., Gonzáles-Fierro, M. J. C., & Hildalgo- Vicario, M. I. (2017). Pubertad y adolescencia. *Revista de Formación Continua de La Sociedad Española de Medicina de La Adolescencia*, 1(1), 7–22. Recuperado de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>
- Hernández, B. (2015). *Necesidades y cuidados centrados en la comunicación con las familias de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos* (tesis de pregrado). Recuperado de [https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/12235/1/TFG-O 451.pdf](https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/12235/1/TFG-O%20451.pdf)
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta Ed.). México: McGraw Hill.

- Hernández-Castillo, L., Cargill-Foster, N., & Gutiérrez-Hernández, G. (2012). Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. *Salud en Tabasco*, 18(1), 14–23. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48724427004>
- Hidalgo, C., & Carrasco, B. (2002). *Salud familiar: Un modelo de atención integral en a atención primaria*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/345222896/Salud-Familiar-Modelo-de-Salud-Integral-APS-1999>
- Holguín, P., Mendoza, L., Esquivel, T., 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 de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000300007
- Institut d' Assistencia Psicológica i Psiquiatria. (20 noviembre 2017). *Conductas de Riesgo en Adolescentes y Jóvenes* (MENSALUS). Recuperado de <https://mensalus.es/blog/infanto-juvenil/2017/11/conductas-de-riesgo-en-adolescentes-y-jovenes/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2015). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES,2014*. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú: perfil sociodemográfico. (2018). *Reporte de INEI sobre Perú: perfil sociodemográfico*. Recuperado de

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1437/libro.pdf

- Jiménez, T. I., Musitu, G., & Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: El rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 139–151. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2705521>
- Llaza, R., & Ocoruro, F. (2018). *Funcionamiento familiar y conductas de riesgo en adolescentes* (tesis de título profesional). Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/7345/PSIIayri.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Matalines, C. M., y Díaz, A. G. (2013). Influencia de los estilos parentales en la adicción al internet en alumnos de secundaria del Perú. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(2), 195–220. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v16i2.6554>
- Mateo-Crisóstomo, Y., Rivas-Acuña, V., González-Suárez, M., Hernández-Ramírez, G., & Victorino-Barra, A. (2018). Funcionalidad y satisfacción familiar en el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 18(2), 195. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.378>
- Mendoza, A., Reyes, J., Gutiérrez, G., & Posada, I. (2015). Significados del consumo de sustancias psicoactivas en indígenas estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia. *Universitas Psychologica*, 14(3), 975–984. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-3.mpsc>
- Mendoza, L., Claros, D., & Peñaranda, C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista Chilena de Obstetricia*

y *Ginecología*, 81(3), 243–253. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n3/art12.pdf>

Ministerio de Justicia y del Derecho (MJD), Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) & Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2013). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia - 2013*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

Ministerio de Salud (MINSA). (2017). *Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú - 2017*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>

Minuchin, S. (2004). *Familias y terapia familiar* (8va Ed.). México: Gedisa Mexicana S.A.

Minuchin, S., & Fishman, H. (2004). *Técnicas de terapia familiar* (1ra Ed.). Buenos Aires: Paidós.

Minuchin, S., Lee, W., & Simon, G. (1998). *El arte de la terapia familiar* (1ra Ed.). Barcelona: Paidós.

Moreta-Herrera, R., Mayorga-Lascano, M., León-Tamayo, L., & Ilaja-Verdesoto, B. (2018). Consumo de sustancias legales, ilegales y fármacos en adolescentes y factores de riesgo asociados a la exposición reciente. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 18(1), 39–50. Recuperado de <https://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/333/0>

Morris, C., & Maisto, A. (2005). *Introducción a la psicología* (12ma Ed.). México: Pearson educación.

Morris, C., & Maisto, A. (2009). *Psicología* (13ra, Ed.). México: Pearson Educación de México.

Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica* (2da Ed.). Recuperado de [http://cbueg-mt.iii.com/iii/encore/record/C__Rb1718036__Senfoques en terapia sistemica__Orightresult__X2?lang=cat&suite=def](http://cbueg-mt.iii.com/iii/encore/record/C__Rb1718036__Senfoques+en+terapia+sistemica__Orightresult__X2?lang=cat&suite=def)

Oliva, A., Parra, Á., & Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 153–169. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2705522>

Organización Mundial de la Salud (OMS). & Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud, Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. (2018). *Reporte de la OMS sobre Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>

Organización Mundial de la Salud, Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. (2004). *Reporte de la OMS sobre Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Recuperado de [http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf?ua=](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf?ua=1)

1

Organización Mundial de la Salud, Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. (2015). *Reporte de la OMS sobre Salud de la madre, el recién*

- nacido, del niño y del adolescente.* Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud, *El embarazo en la adolescencia.* (2017). *Reporte de la OMS sobre El embazo en la adolescencia.* Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Panamericana de la Salud, *Salud del Adolescente - Familias* (s/f). *Reporte de la OPS sobre Salud del Adolescente - Familias.* Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3189:salud-del-adolescente-familias&Itemid=2420&lang=es
- Ortiz, D. (2008). *Terapia Familiar sistémica.* (1ra Ed.). Cuenca: Abya-Yala.
- Papalia, D., & Wendkos, S. (2009). *Psicología para bachillerato* (1ra Ed.). China: Interamericana Editores S.A.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, F. (2012). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia* (11ma Ed.). Ciudad de México: McGraw Hill.
- Rafael, M. H. (2016). *Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016* (tesis de pregrado). Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4696>
- Restrepo, D. (2017). *Familia, teoría y desarrollo familiar: una antología.* Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/j.ctv92vpm3>
- Romero, M. (2016). *Determinantes sociales del consumo de alcohol en adolescentes de bachillerato del colegio Daniel Córdova Toral, Cuenca-Ecuador 2016* (tesis de maestría). Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/26209>

- Ruiz, G., & Media-Mora, M. (2014). La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. *Salud Mental*, 37(1), 1–8. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252014000100001&script=sci_arttext
- Ruiz, R. (2012). *Adolescentes, guía de educación para la salud* (1ra Ed.). Aljibe.
- Salazar-Granara, A., Maria-Alvarez, S., Solano-Romero, I., Lazaro-Vivas, K., Arrollo-Solis, S., Araujo-Tocas, V., Luna-Rengifo, D. & Echazu-Irala, C. (2007). Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de Agustino, Lima-Perú. *Horizonte Médico*, 7(2), 79–85. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637116003>
- Sigüenza, W. (2015). *Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson* (tesis de maestría). Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21878/1/TESIS.pdf>
- Silva, R. (2019). *Funcionamiento Familiar, bienestar Psicológico y autoeficacia en Estudiantes de segundo ciclo de dos universidades de La ciudad de Cajamarca 2018* (tesis de maestría). Recuperado de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/7099/Funcionamiento_SilvaGuzman_Ricardo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Soto-Acevedo, F., León-Corrales, I., & Castañeda-Sánchez, O. (2015). Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México. *Atención Familiar*, 22(3), 64–67. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30053-0](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30053-0)

- Terrones, I., & Villanueva, J. (2016). *Relación entre la dinámica familiar y el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de nivel secundaria* (tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/558>
- The Center for Adolescent Substance Use Research. (2018). *The CRAFFT 2.1 Manual*. Recuperado de http://crafft.org/wp-content/uploads/2018/08/FINAL-CRAFFT-2.1_provider_manual_with-CRAFFTN_2018-04-23.pdf
- Uribe, A. (2016). Salud sexual, apoyo social y funcionamiento familiar en universitarios. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 49(1), 206-229. Recuperado de <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/805>
- Valladares, A. (2008). La familia: Una mirada desde la psicología. *Revista Electrónica de Las Ciencias Médicas En Cienfuegos*, 6(1), 4–13. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/402/319>
- Van Pelt, N. (2004). *Cómo forma hijos vencedores* (1ra Ed.). Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- Viaplana, G., Muñoz, D., Compañ, V., & Montesano, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistemico_Enero_2016.pdf
- White, E. (2005). *Patriarcas y profetas* (2da Ed.). Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- White, E. (2013). *El hogar cristiano*. (2da Ed.) Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- World Health Organization, Global status report on alcohol and health 2014. (2014). *Reporte de la WHO sobre Global status report on alcohol and health 2014*.

Recuperado de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=00D82B1FB9B28D01B90EDD77A43F2E55?sequence=1

Zarate, I. (2003). *Factores Psicosociales Familiares Asociados a la Iniciación Sexual en Escolares de Educación Secundaria de Lima Cercado* (tesis de maestría).

Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1990>

Zurbriggen, R., Ramos, G., Siderac, S., Graña, F., Cobeñas, P., Proasi, L., Marcelino, T., Carranza, C. & Perez, G. (2014). *Educación y género en Latinoamérica: desafío político ineludible* (1ra Ed.). Recuperado de [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Siderac%20Silvia%20\(comp\)%20-%20Educaci%C3%B3n%20y%20G%C3%A9nero%20en%20Latinoam%C3%A9rica.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Siderac%20Silvia%20(comp)%20-%20Educaci%C3%B3n%20y%20G%C3%A9nero%20en%20Latinoam%C3%A9rica.pdf)

Zurita, F., & Álvaro, J. (2014). Repercusión del tabaco y alcohol sobre factores académicos y familiares en adolescentes. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 14(1), 59–70. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84906540729&partnerID=40&md5=58253177c513dbf68b6f58ccd5e92f1b>

Anexo 1

Matriz de consistencia metodológicas

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Diseño y método
<p>Problema general</p> <p>- ¿Existe relación significativa entre funcionamiento familiar, y las variables Conductas de inicio sexual precoz y Consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>- Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar, y las variables Conductas de inicio sexual precoz y Consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>- Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y las variables Conductas de inicio sexual precoz y Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019.</p>	<p>- Funcionamiento Familiar.</p> <p>- Conductas de inicio sexual</p> <p>- Consumo de sustancias psicoactivas</p>	<p>La investigación se desarrollará en base a un enfoque metodológico cuantitativo, ya que se utilizará cifras numéricas que pueden ser medidas mediante herramientas en el campo estadístico. Es de diseño no experimental y de corte transversal, puesto que no se realizará la manipulación de las variables y los datos serán tomados en un momento dado. Será de tipo descriptivo correlacional porque se medirá cada variable de manera independiente, con</p>
<p>Problema específico</p> <p>- ¿Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y conductas de inicio sexual precoz en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019?</p> <p>- ¿Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019?</p>	<p>Objetivo específico</p> <p>- Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019</p> <p>- Determinar si existe relación significativa entre funcionamiento familiar y conductas de inicio sexual precoz en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019.</p>	<p>Hipótesis específica</p> <p>- Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019</p> <p>- Existe relación significativa entre funcionamiento familiar y conductas de inicio sexual precoz, en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019</p>		

<p>- ¿Existe relación significativa entre consumo de sustancias psicoactivas y conductas de inicio sexual precoz en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019?</p>	<p>- Determinar si existe relación significativa entre conductas de inicio sexual precoz y consumo de sustancias psicoactiva en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019.</p>	<p>- Existe relación significativa entre conductas de inicio sexual precoz y consumo de sustancias psicoactivas, en estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Lima Este, 2019.</p>	<p>la finalidad de describirlas y relacionarlas (Hernández, Fernández y Batista, 2006).</p>
---	---	---	---

Anexo 2

Consentimiento Informado Abreviado

Consentimiento Informado para los participantes de Investigación

Hola mi nombre es Jhenny Marlith Becerra Cueva, estudiante de la maestría en ciencias de la familia con mención en terapia familiar, de la escuela de posgrado de psicología en la Universidad Peruana Unión. Este cuestionario tiene como finalidad evaluar el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo en los adolescentes, la información obtenida será utilizada de manera confidencial para cumplir con los objetivos de la investigación titulada **"Funcionamiento familiar y conductas de riesgo en estudiantes del nivel secundario de algunas Instituciones Educativas de Lima - Este, 2019"**. Su participación es voluntaria y no será su obligación llenar dicha encuesta si es que no lo desea. 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 a consultar que usted tenga posteriormente puede escribirme a jhennybecerra@upeu.edu.pe.

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

I. DATOS GENERALES

Lee correctamente cada ítem y marca la respuesta que consideres adecuada, en las preguntas que tienen puntos suspensivos deberás escribir la respuesta.



1. Edad	2. Sexo	3. Número de hermanos
1. ....años cumplidos	1 Femenino 2 Masculino	1. Hijo único 2. Tengo hermanos, ¿qué número de hijo eres?.....de.....
4. Grado	5. Institución Educativa en la que estudias	6. ¿Cuál es el estado civil de tus padres?
1. Tercero 2. Cuarto 3. Quinto	1. N° 0051 "José Eutimo Sánchez Carrión"	1. Casados 2. Divorciados 3. Separados 4. Viudo (a) 5. Convivientes
7. ¿Con quién vives actualmente?	8. ¿En tu hogar pláticas sobre temas de sexualidad?	9. ¿En tu hogar está permitido el consumo de alcohol?
1. Con mis padres y hermanos 2. Sólo con mi madre 3. Sólo con mi padre 4. Otro, especifica	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre	1. Si, sólo para los mayores de edad 2. A veces se permite 3. Nunca se permite

Anexo 3

Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)

Instrucciones: Este segundo bloque está relacionado a tu familia, a los que viven contigo bajo el mismo techo y otras preguntas tienen relación directa contigo.

Hay cinco posibles respuestas por cada enunciado, lea atentamente y marque la correcta.

1	2	3	4	5
Casi nunca	Una que otra vez	A veces	Con frecuencia	Casi siempre

Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III	1	2	3	4	5
1.- Los miembros de la familia se piden ayuda cuando lo necesitan.					
2.- Cuando surge un problema, se tienen en cuenta las opiniones de los hijos.					
3.- Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia.					
4.- A la hora de establecer normas de disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos.					
5.- Preferimos relacionarnos con los parientes más cercanos.					
6.- Hay varias personas que mandan en nuestra familia.					
7.- Los miembros de nuestra familia nos sentimos más unidos entre nosotros que entre otras personas que no pertenecen a nuestra familia.					
8.- Frente a distintas situaciones, nuestra familia cambia su manera de manejarlas.					
9.- A los miembros de la familia nos gusta pasar nuestro tiempo libre juntos.					
10.- Padres e hijos conversamos sobre los castigos					
11.- Los miembros de la familia nos sentimos muy unidos.					
12.- Los hijos toman decisiones en nuestra familia					
13.- Cuando nuestra familia realiza una actividad todos participamos.					
14.- En nuestra familia las normas o reglas se pueden cambiar					
15.- Es fácil pensar en actividades que podemos realizar en familia.					
16.- Entre los miembros de la familia nos turnamos las responsabilidades de la casa.					
17.- En la familia consultamos entre nosotros cuando vamos a tomar una decisión.					
18.- Es difícil saber quién manda en nuestra familia.					
19.- En nuestra familia es muy importante el sentimiento de unión familiar.					
20.- Es difícil decir que tarea tiene cada miembro de la familia.					

Anexo 4

Cuestionario de Inicio Sexual (CISEX)

Instrucciones: **Escriba la edad** en que le ocurrieron estos eventos. Si no le ha pasado alguno de ellos, **escribe “0”**

N°	CUESTIONARIO DE INICIO SEXUAL – CISEX	RESPUESTA
1	¿A qué edad empezó usted a hacer preguntas sobre el sexo?	
2	¿A qué edad notó cambios en su voz?	
3	¿A qué edad empezó usted a hablar sobre temas sexuales?	
4	¿A qué edad se masturbó por primera vez?	
5	¿A qué edad sintió atracción sexual por alguien?	
6	¿A qué edad inició juegos o caricias sexuales?	
7	¿A qué edad notó la aparición de vellos en sus axilas?	
8	¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con una persona de sexo opuesto?	
9	¿A qué edad empezó a menstruar' (solo para mujeres)	
10	¿A qué edad tuvo relaciones sexuales con una persona de su mismo sexo?	
11	¿A qué edad eyaculó por primera vez mientras dormía? (solo para varones)	
12	¿A qué edad tuvo su primer enamorado o enamorada?	

Anexo 5
Cuestionario CRAFT+N (Versión 2.1)

IV. Cuestionario CRAFT+N (Versión 2.1)

Para que lo conteste el paciente

Por favor, conteste todas las preguntas **honestamente**, sus respuestas se tratarán de forma **confidencial**



DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿Cuántos días usted:

- | | | |
|--|---|------------|
| 1. Bebió más de unos corbos de cerveza, ¿vino u otra bebida que contenía alcohol? Escriba "0" si la respuesta es ninguno | <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> | N° de días |
| 2. ¿Usó marihuana (por ejemplo, hierba, aceite o achís para fumar, vaporizar o en alimentos) o "marihuana sintética" (por ejemplo "K2" o Spice)? Escriba "0" si la respuesta es ninguno. | <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> | N° de días |
| 3. Usó algo más para drogarse (por ejemplo, otras drogas ilegales, medicamentos de venta libre y cosas que puedes inhalar, esnifar o vaporizar)? Escriba "0" si la respuesta es ninguno. | <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> | N° de días |
| 4. Usó productos de tabaco o nicotina (por ejemplo, cigarrillos, cigarrillos electrónicos, ¿narguiles o tabaco sin humo)? Escriba "0" si la respuesta es ninguno. | <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> | N° de días |

LEA ESTAS INSTRUCCIONES ANTES DE CONTINUAR:

- Si usted escribió "0" en **TODOS** los casilleros de arriba, **RESPONDA LA PREGUNTA 4, LUEGO DETENGA SE.**
- Si usted escribió "1" o números más altos en **CUALQUIERA** de los casilleros anteriores, **RESPONDA LAS PREGUNTAS 4 a 9**

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. ¿Ha viajado alguna vez en un CARRO o vehículo conducido por una persona (o usted mismo/a) que estaba "drogado" o había consumido alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. ¿Consume alguna vez alcohol o drogas para RELAJARSE , sentirse mejor consigo mismo/s o integrarse en un grupo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Consume alguna vez alcohol o drogas mientras está SOLO/A , o sin compañía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Alguna vez se le OLVIDAN cosas que hizo mientras consumía alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Le han sugerido alguna vez sus FAMILIARES o AMIGOS que disminuya el consumo de alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Se ha metido en vez en LÍOS o problemas al tomar alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

AVISO PARA EL PERSONAL DE LA CLÍNICA Y EXPEDIENTES MÉDICOS:

La información incluida en esta página está protegida por normas federales sobre confidencialidad (42 CFR Parte 2) que prohíben su divulgación, salvo que mediera una autorización escrita para el caso específico. NO basta con que se cuente con una autorización generalizada en materia de divulgación de la información médica.

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2013.

Reproducción autorizada por el Center for Adolescent Substance Abuse Research (CeASAR), Boston Children's Hospital.
Para obtener más información y versiones en otros idiomas, ingrese en www.craft.org

Anexo 6

Lima, 19 de julio de 2019

Prof. Abel Basilio Grijaula
Director N° 0051 "José Fautino Sánchez Carrión"
Presente



Reciba un cordial saludo

Quien remite es estudiante de la Maestría en Terapia Familiar, de la Universidad Peruana Unión, y como parte de los requisitos de la misma, me encuentro desarrollando el estudio denominado "*Funcionamiento familiar y conductas de riesgo en estudiantes del nivel secundario de algunas Instituciones Educativas Públicas de Lima Este, 2019*"; motivo por el cual solicito autorización para proceder a aplicar los siguientes instrumentos: Escala de cohesión y Adaptación Familiar FACES III, cuestionario de Inicio Sexual CISEX y cuestionario CRAFFT+N (versión 2.1) a los estudiantes de 3er, 4to y 5to grado de nivel secundario, en la institución que usted dirige.

Cabe señalar que la participación de los estudiantes no implica riesgos y se podrá desarrollar de manera voluntaria y anónima. Así mismo, culminando el estudio me comprometo en entregar un resumen de los resultados a fin que vuestra institución tome las medidas pertinentes en beneficio de dicho grupo.

Agradezco la atención brindada a la presente.

Adjunto

- Consentimiento informado
- Escala de cohesión y Adaptación Familiar FACES III.
- Cuestionario de Inicio Sexual CISEX
- Cuestionario CRAFFT+N (versión 2.1)

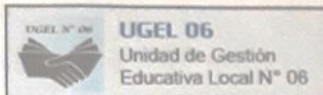
Atentamente,

Lic. Jhenny Marlith Becerra Cueva
Correo: marlithbecerra@gmail.com / jhennybecerra@upeu.edu.pe
Teléfono: 950482129

Carta de autorización de la institución para la investigación



INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 0051
"JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION"
CARAPONGO. CM 0705459



"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"
"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE MUJERES Y HOMBRES"

CONSTANCIA

EL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 0051
"JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION", JURISDICCIÓN DE LA
UGEL N° 06 ATE VITARTE, QUE SUSCRIBE:

HACE CONSTAR:

Que, la Lic. **Becerra Cueva, Jhenny Marlith**, identificada con DNI N°47493145, y código de matrícula N°200920826, de la Escuela de Post Grado de Psicología de la Universidad Peruana Unión. **Se da la autorización para aplicar los siguientes instrumentos:** Escala de cohesión y Adaptación Familiar FACES III, Cuestionario de Inicio Sexual CISEX y el cuestionario CRAFTT+N (versión2.1) a los estudiantes de 3er, 4to y 5to grado, como parte del proyecto de investigación: "**Funcionamiento Familiar y conductas de riesgo en estudiantes del nivel secundario de algunas Instituciones Educativas Públicas de Lima, 2019**" en esta Institución Educativa N°0051 "JFSC" UGEL N° 06 Ate Vitarte.

Se expide la presente constancia, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

Carapongo, 19 de julio del 2019

Atentamente,


Lic. Abel Basilio Grijalbo
DIRECTOR