

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA SEXUALIDAD
EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “SAN RAMÓN”
– AYACUCHO 2012”**

Tesis para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Presentado por:

Bach. PIZARRO ABAD, María.

AYACUCHO _ PERÚ

2012

*FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA SEXUALIDAD EN
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "SAN RAMÓN"
AYACUCHO - 2012*

PIZARRO ABAD, M.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la funcionalidad familiar y su relación con la sexualidad en adolescentes de la Institución Educativa "San Ramón" – Ayacucho 2012. **Material y Método:** Enfoque cuantitativo, **Tipo:** descriptivo, retro-prospectivo y transversal, **Nivel** correlacional. La **población** estuvo constituida por 1600 estudiantes de la Institución Educativa "San Ramón" de primero a quinto de educación secundaria. **Muestra** integrada por 300 estudiantes. La **técnica** de recolección de datos fue la encuesta y test; y como instrumento de recolección de datos se utilizó cuestionario estructurado, Test de Apgar Familiar de Smilkstein 1987, Test Autoestima de Grajales – Valderrama 2000. **Conclusión:** 46.7% de los adolescentes perciben a su familia como disfuncionales. Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada se determina que la disfunción familiar está relacionada significativamente con el conocimiento deficiente sobre la sexualidad, autoestima baja, actitud favorable a conducta de riesgo sobre la sexualidad e inicio precoz de la actividad sexual de los adolescentes de la Institución Educativa "San Ramón".

PALABRAS CLAVES: Disfunción familiar y sexualidad en adolescentes

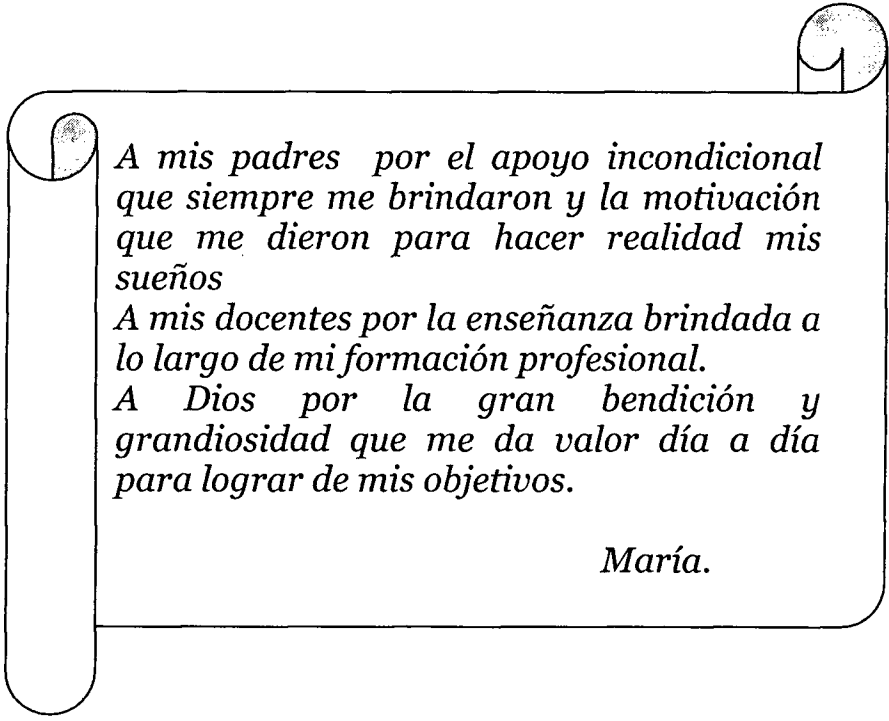
ABSTRACT

Objective: To determine family functioning and its relationship to adolescent sexuality in adolescents of School "San Ramon" - Ayacucho 2012. **Material and Methods:** A quantitative approach. **Type:** descriptive retro-prospectivo and cross correlation level, the population consisted of 1600 students of School "San Ramon" from first to fifth high school. **Sample** composed of 300 students. The technique of data collection was a survey, interview and test run, and as data collection instrument was used structured questionnaire, family Apgar Test Smilkstein 1987, Self-Esteem Test Grajales - Valderrama 2000. **Conclusion:** 46.7% of the adolescents perceive to your family as well as dysfunctional. Carried out the statistical test of Chi square is determined that the family dysfunction is significantly connected with the deficient knowledge about sexuality, favorable attitude to risk behavior on sexuality and early onset of sexual activity among adolescents of the Educational Institution "San Ramon".

KEYWORDS: Family dysfunction and sexuality in adolescents

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
INTRODUCCION	iii
CAPITULO I: REVISION DE LA LITERARIA	
1.1. Antecedentes de estudio	12
1.2. Base Teórica	16
1.3. Operacionalización de variables	34
CAPITULO II: MATERIAL Y METODO	
2.1. Enfoque de Investigación	36
2.2. Tipo de Investigación	36
2.3. Nivel de Investigación	36
2.4. Diseño de Investigación	36
2.5. Área de Estudio	36
2.6. Población	36
2.7. Muestra	36
2.8. Técnica e Instrumento de Recolección de datos	37
2.9. Plan de recolección de datos	38
2.10. Procedimiento y Análisis de Datos	38
CAPITULO III: RESULTADOS	
3.1. Resultados	39
CAPITULO IV: DISCUSION	
4.1. Discusión	45
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	



A mis padres por el apoyo incondicional que siempre me brindaron y la motivación que me dieron para hacer realidad mis sueños

A mis docentes por la enseñanza brindada a lo largo de mi formación profesional.

A Dios por la gran bendición y grandiosidad que me da valor día a día para lograr de mis objetivos.

María.

UN TIEMPO PARA AGRADECER.

“La riqueza interna deriva de haber asimilado el objeto bueno, de modo que el individuo se hace capaz de compartir sus dones con otros”

María Pizarro Abad.

A mis padres, por su apoyo, comprensión, respeto y su ejemplo de fortaleza.

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Alma Mater, forjadora de profesionales, por brindarme la oportunidad de lograr esta noble profesión

A la Facultad de Enfermería y a su plana docente, por su esmero y dedicación durante nuestra formación profesional.

A mi asesor de tesis el Lic. Fredy Bermudo Medina por la guía otorgada para la culminación del presente trabajo.

A las autoridades y los jóvenes de la Institución Educativa de San Ramón, por su disposición y colaboración en la ejecución del presente trabajo.

INTRODUCCIÓN

La OMS define la sexualidad como “integración de los elementos corporales, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”.¹

La sexualidad humana representa el conjunto de comportamientos relacionados con la satisfacción de la necesidad y el deseo sexual; es decir, reproductivos, mantenimiento de vínculos sociales, el goce y el placer propio y el del otro; el sexo también desarrolla facetas profundas de la afectividad y de la personalidad².

Sexualidad en las diversas fases de la vida (infancia, adolescencia, adulto y adulto mayor) experimenta un conjunto de cambios, transformaciones y tiene sus propias peculiaridades. En la etapa de adolescencia (11 a 19 años), ocurre un conjunto de cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos y afectivos. Cobran significativa importancia en el entorno social, en sus normas, modos de afrontar y resolver los conflictos propios del desarrollo. Dichos cambios está influido principalmente por aspectos sociales, psicológicos y biológicos³.

“La adolescencia es un período de transición en el cual se concretan importantes hitos del desarrollo: la consolidación de la identidad personal, sexual, vocacional, la independencia económica y la conformación de las bases para una

posterior relación de pareja estable. Para el logro de dichos objetivos es fundamental el apoyo de la familia, escuela y amistades. Estos tres contextos actúan como factores protectores; sin embargo, en ciertas circunstancias estos factores pueden actuar como un factor de riesgo frente al adolescente, como la disfunción familiar o amigos con problemas de personalidad⁴.

“La funcionalidad familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia. Se clasifica en familias funcionales y familias disfuncionales”⁵.

Familia funcional, promueve el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables, es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo con el ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo; es decir, es la familia con capacidad para enfrentar y superar problemas en cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis que atraviesa⁶. Mientras la familia disfuncional es la inversa de la funcional, sirve como un factor predisponente para el desarrollo de conductas poco saludables o de riesgo y la aparición de muchas enfermedades en los adolescentes⁷.

La disfuncionalidad familiar desarrolla en los adolescentes actitudes de riesgo en los aspectos de la sexualidad como: relaciones coitales prematrimoniales, virginidad, anticoncepción, aborto, prostitución, masturbación, VIH/SIDA, y pornografía⁸.

La disfunción familiar es un factor que se asocia a mayor prevalencia de problemas de sexualidad y salud en adolescentes, lo que se asocia también con alteración del rendimiento académico, mayor deserción escolar y aumento de la violencia⁹.

Hoy en día, la mayoría de sus problemas de salud del adolescente son consecuencia de conductas de riesgo adoptados; trayendo como resultante enfermedades de transmisión sexual, accidentes de tránsito, depresión y suicidio^{1,2}.

Diversos estudios en México evidencian porcentajes superiores al 70% con disfuncionalidad familiar en las sociedades actuales. Los hijos de familias disfuncionales presentan marcada presencia de síntomas de ansiedad crónica, síntomas difusos y migraña.¹⁰

Según datos registrados en la Coordinación de Etapa de Vida del Adolescente y Joven de la Dirección Regional de Salud Ayacucho, el embarazo en adolescentes va en incremento: 2008-22%, 2009-23%, 2010-23% y 2011-25% del total de gestantes. En el VRAE en 2009, se registraron 1200 casos de embarazos en adolescentes que representa el 38% de gestantes. Los distritos con más alto porcentaje se encuentran en San Francisco, Kimbiri y Pichari del Valle Rio Apurímac y Ene (VRAE) y las edades oscilan entre 10 y 16 años. DIRESA (2011)¹⁴.

En la reunión de “Asociación de Padres de Familia” de la Institución Educativa “San Ramón”- Ayacucho, el Director y otras autoridades, informaron a los assembleístas que estos dos últimos años, en el comportamiento de los estudiantes se observaba un conjunto de cambios negativos, como: actitud de indisciplina, aumento de casos de consumo de bebidas alcohólicas, inicio precoz de la actividad sexual y embarazos precoces.

Haciendo el análisis de los datos señalados, surgió las siguientes interrogantes: ¿por qué el inicio precoz de actividad sexual activa en la población adolescente?, ¿Por qué el incremento de embarazos en adolescentes?, ¿Cuál es la magnitud de la disfunción familiar en familiares de los adolescentes y su relación con

los aspectos de la sexualidad en los adolescentes? La respuesta de estas interrogantes se desconoce en nuestro medio; por lo que, muchos docentes de las instituciones educativas, padres de familia, investigadores y la población en general ven esta realidad con un conjunto de preocupaciones; por lo que se consideró como **problema de investigación**:

¿Cuál es la Funcionalidad Familiar y su relación con la Sexualidad en Adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón” – Ayacucho 2012?

Así mismo se planteó los siguientes **objetivos**:

General:

- Determinar la relación de funcionalidad familiar con los aspectos de la sexualidad en adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón”- Ayacucho 2012.

Específicos:

- Evaluar la percepción de la funcionalidad familiar en adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón”-Ayacucho 2012.
- Evaluarlos aspectos de la sexualidad (conocimiento, actitud frente a la sexualidad, inicio de la actividad sexual y autoestima) en adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón”-Ayacucho 2012.
- Relacionar la funcionalidad familiar con aspectos de la sexualidad (conocimiento, actitud frente a la sexualidad, inicio de la actividad sexual y autoestima) en adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón” Ayacucho - 2012.

La hipótesis propuesta fue:

Hi: Dentro de la funcionalidad, la disfunción familiar tiene relación significativa con los aspectos de la sexualidad (conocimiento deficiente, actitud favorable a conducta de riesgo, inicio precoz de la actividad sexual y autoestima baja) de adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón”. Ayacucho – 2012.

Ho: Dentro de la funcionalidad, la disfunción familiar no tiene relación significativa con los aspectos de la sexualidad (conocimiento deficiente, actitud favorable a conducta de riesgo, inicio precoz de la actividad sexual y autoestima baja) de adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón”. Ayacucho – 2012.

Para el presente estudio se empleó diseño de investigación de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal, de nivel correlacional, utilizando como técnica de recolección de datos la encuesta y test. Como instrumento el cuestionario estructurado, Test de Apgar familiar de Smilkestein-1987 y Test de Autoestima de Grajales-Valderrama-2000, cuya validez del contenido y constructo de ambos instrumentos fueron determinados a través de juicio de expertos. La **población** constituido por 1600 adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón” de primero a quinto de educación secundaria. **Muestra** integrada por 300 estudiantes.

De la investigación se concluye que, 46.7% de los adolescentes perciben a su familia como disfuncionales. Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada se determina que la disfunción familiar está relacionada significativamente con el conocimiento deficiente sobre la sexualidad, actitud favorable a conducta de riesgo

sobre la sexualidad e inicio precoz de la actividad sexual de los adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón”.

Durante el desarrollo del presente trabajo se presentó dificultades en la fase de recolección de los datos por huelga de los docentes en los diferentes Centros Educativos que causó demora en recolección de los datos, solucionando esta situación los sábados una vez reiniciada las labores académicas.

El presente estudio de investigación fue estructurado de la siguiente manera: introducción, revisión de la literatura, materiales y métodos, resultados, discusiones, conclusiones, recomendaciones, bibliografías y anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

La frecuencia de embarazos en adolescentes depende de la región y el nivel de desarrollo de los países, en Estados Unidos el embarazo en adolescentes representa el 12.8% del total de embarazos, en Chile 15.2%, en el Salvador 25%, se han reportado cifras tan altas como 45% en los países africanos. En el Perú, la frecuencia de embarazos en adolescentes varía de una región a otra, siendo en la Costa 13.3%, en la Sierra 15.1% y 30.8% en la Selva¹⁵.

En la investigación “Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre la sexualidad en una población Adolescente Escolar de 12 Colegios Públicos de la localidad de Suba – Colombia 2009”, arribó a los siguientes resultados: Prevalencia de relaciones sexuales de 17%. El 8% de los hogares presentan disfunción severa. Mayor porcentaje de relaciones sexuales en adolescentes que perciben de manera disfuncional a su familia¹⁶.

Por otra parte en la investigación “Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia”, encontró en los adolescentes entre otros: información variable, deformada e insuficiente sobre la sexualidad, miedo y vergüenza para manifestar sus dudas, baja conciencia tanto del embarazo y del contagio de ETS¹⁷.

Mientras en la investigación “Apgar Familiar y adolescencia Caracas - Mérida 2000”, entre otros, arribaron a los siguientes resultados: 47.6% de disfunción familiar en la capital, en las clases IV y V; y en Mérida 17%, observada en las clases II y III. Disfunción familiar como causa predispone a conductas de riesgo del adolescente¹⁸.

En la investigación “Factores Asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú 2009”, llegaron a los siguientes resultados: (1) El 38.9% de los adolescentes ya iniciaron su actividad sexual de los cuales el 51.4% tienen padres con actitud represiva respecto al dialogo sobre sexualidad, mientras el 61.1% de los adolescentes no iniciaron su actividad sexual de los cuales el 71% tienen padres con actitud democrática respecto al dialogo sobre sexualidad. (2) del 38.9% de los adolescentes que ya iniciación su actividad sexual el 22,8% tuvieron un conocimiento malo sobre la sexualidad, y 6% un buen conocimiento sobre la sexualidad. (3) del 61.1% de los adolescentes que no iniciaron su actividad sexual el 63.6% tuvieron un conocimiento regular sobre la sexualidad¹³.

Con respecto a los factores familiares, la estructura familiar (presencia de la madre y relación parenteral) influyen en el inicio de actividad sexual. Según estudios realizados se menciona que los adolescentes que viven en familias funcionales retrasan la actividad sexual¹⁹.

En la investigación “Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho – Lima 2008”. Entre otros concluye que el funcionamiento familiar disfuncional está relacionado significativamente con el embarazo en los adolescentes (48.7%)²⁰.

En el estudio “Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de Instituciones Educativas Nacionales del distrito del Agustino, Lima-Perú 2007. Mediante un estudio descriptivo transversal, entre otros llegaron a los siguientes resultados: conocimientos sobre sexualidad calificados como malo en un 50% y muy malo 15.5%. El inicio de la vida sexual activa 17.9%, con edad promedio de 14.5 años; de los cuales el 83% han tenido relaciones sexuales de riesgo. Mala comunicación familiar 19.4% y muy mala 76% sobre aspectos de sexualidad entre progenitores y adolescentes²¹.

En el trabajo de Investigación realizado en Centro de Salud de Incuyo-Puyusca, Red de Salud Coracora - Ayacucho 2008, con una muestra total de 58 gestantes adolescentes de 10 a 19 años, todas procedentes de hogares con necesidades básicas insatisfechas; se concluyó entre otros: Inicio de las relaciones sexuales predominantemente se dio entre los 13 a 15 años (56.9%), lo cual muestra una tendencia a la precocidad del inicio de las relaciones sexuales. Mayor porcentaje de embarazos ocurrió entre los 16 y 17 años, con una media de 16.4 años²².

En el taller de organización y planificación del “Plan de incidencia política para la elaboración y aprobación de una Ordenanza Regional de prevención del Embarazo Adolescente”, realizado en julio de 2011, según información de los diferentes actores sociales, el CRAJPEA identifica como problema principal el alto índice de embarazo adolescente en la Región Ayacucho. Embarazo adolescente en la región reporta 158 niñas (10 a 14 años) en estado de gestación y que 3,056 adolescentes (14 a 19 años) son madres en la región Ayacucho (DIRESA 2010) y de acuerdo, al índice de fecundidad adolescente en la región de Ayacucho observamos que el 20.1% de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya son madres; siendo los

índices más altos: La Mar con 28%; Huanta, 20%; Vilcashuaman, 22% ; en el Valle del Río Apurimac y Ene (VRAE), 27%.²³

Causas y consecuencias del embarazo adolescente: Entre las causas identificadas para el embarazo adolescente se encuentran: la disfuncionalidad de las familias de los/as adolescentes, la escasa información y falta de orientación e información en sexualidad, falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva diferenciada para adolescentes, poco acceso a la educación sexual integral en los colegios y en sus hogares, baja autoestima, desconocimiento del proyecto de vida, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, violaciones sexuales y la violencia basada en género. Desde el lado del Estado, la poca voluntad política para implementar acciones que impulsen la Educación Sexual Integral y el acceso a la salud de los/as adolescentes y el bajo presupuesto asignado para impulsar dichas políticas son limitaciones graves para su superación. Las consecuencias más graves del embarazo adolescente, por su parte, son el incremento de muertes maternas, la desnutrición infantil, el incremento de la pobreza, la deserción escolar, la frustración de proyectos de vida, la relación entre embarazo adolescente y suicidio, el abandono moral y emocional de los niños y niñas, el incremento de madres solteras, las limitadas oportunidades laborales, la discriminación hacia la madre adolescente, el incremento de los hijos/as no reconocidos, entre otros²⁴.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. LA FAMILIA

La OMS define la familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio"¹.

Mientras **Moran**, considera a la familia como un sistema de normas que guía la interacción entre las personas que están vinculadas por la sangre, el matrimonio y por lazos amorosos. La familia como grupo se refiere a los parientes que viven bajo el mismo techo o lo bastante cerca para tener un frecuente que los defina como una unidad familiar única²⁵.

En la familia se forjan expectativas, se aprenden y afianzan valores, creencias y costumbres. En ella se inicia y desarrolla desde temprana edad los primeros procesos de socialización que va a facilitar en las siguientes etapas de su evolución psico-biológica, la adquisición de una serie de conductas que le van a servir en posteriores estadios de su existencia. Las conductas que se aprenden en el proceso de socialización temprano, dentro de la familia son comportamientos que servirán de base para insertar las conductas más complejas que van a ir incorporando en sus siguientes procesos de socialización y entorno, los cuales a la vez serán aplicables en etapas más avanzadas de su vida. Desde el punto de vista de su composición, existe la familia nuclear, que es aquella constituida exclusivamente por padres e hijos; y familia extensa, que es aquella compuesta por padres, hijos y otras personas, como abuelos, sobrinos, tíos; es decir, además del grupo nuclear, personas con algún parentesco²⁶.

LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA

El texto sobre Salud y Sexualidad en la Adolescencia y Juventud, menciona que la familia tiene que cumplir con las funciones básicas que la sociedad espera de ella, entre las cuales es válido mencionar:

- **Cuidado:** Implica que la familia debe satisfacer las necesidades físicas de todos los miembros de la familia (alimento, habitación, vestido, atención médica, etc.).
- **Socialización:** La familia tiene la responsabilidad primaria de transformar a sus hijos al pasar de los años en un ser capaz con plena participación en la sociedad. Las actitudes de los miembros de una familia en relación con la sexualidad forman parte del sistema de valores de su grupo social; como cada grupo familiar tiene su propia ética sexual. La familia es el agente principal de transmitir normas, valores y patrones de conducta sexual aceptados por grupo social al que pertenece.
- **Afecto:** La familia necesita satisfacer las necesidades afectivas de sus miembros, porque la respuesta afectiva de un individuo a otro provee la recompensa básica de la vida familiar. Como también son importantes las necesidades afectivas entre padres e hijos en la salud familiar.
- **Reproducción:** Función básica de la familia es proveer a la sociedad con nuevos miembros.
- **Estatus:** La familia socializa a un niño dentro de una clase social y destila en él todas sus aspiraciones relevantes. Es decir conferir estatus a un niño consiste en pasarle derechos y tradiciones.

Como ya hemos dicho, que la familia tiene como función iniciar el proceso de socialización de los hijos mediante verbalizaciones y acciones²⁶.

EDUCACIÓN SEXUAL DENTRO DE LA FAMILIA

Al respecto Monroy, hace las siguientes referencias: El proceso educativo no tiene por qué ser diferente, a la función de socialización de la familia. Por ejemplo, las actitudes y las verbalizaciones darán todos los mensajes que lleven a los pequeños y jóvenes a formar sus propios conceptos sobre el sexo. Muchas veces la sexualidad a nivel familiar es reducida a la genitalidad, y el adolescente la considera una función exclusiva del adulto y no siempre la valorará en forma positiva; esto ocasiona un desarrollo inhibido y desequilibrado, en lugar de uno armónico, integral y natural. El niño en el seno familiar aprende su papel femenino o masculino, descubre su cuerpo y funciones sexuales. Por tanto, si los padres consideran que la sexualidad es algo bueno y deseado, llevarán a cabo actitudes y conductas específicas que lleven al niño a adquirir este concepto, o por el contrario, por falta de claridad pueden crear en los hijos confusión sobre aspectos de la sexualidad y conceptos que los obliguen a sentir temor, rechazo, morbo o inhibición respecto a la propia sexualidad y la de otros²⁷.

2.2.2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

Se clasifica en familias funcionales y familias disfuncionales.

“La funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no depende de la ausencia de problemas dentro de ésta sino, por el contrario, de la respuesta que muestra frente a los problemas; de la manera como se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro”. (p.12)²⁵

FAMILIA FUNCIONAL

Es aquella que provee a los hijos un sentido de bienestar, debe ser consecuente y predecible, con unos roles bien determinado, en el que habrá una apropiada delegación de la autoridad, una disciplina explícita y consecuente. Las reglas que se impongan deben ser realistas, humanas y posibles de cumplir, que estén basadas en

los sentimientos de la familia. Debe existir un respeto mutuo entre padres e hijos. El hogar debe permitir la expresión de emociones agradables (amor, cariño, alegría, júbilo) y las desagradables (ansiedad, coraje, ira), debe buscar un equilibrio y mantener un control para que los padres no sean demasiado permisivos ni muy autoritarios. También debe proveer comunicación y expresión entre los miembros al igual que brindar calor humano, confianza y la expresión de amor, proveer un modelo de valores, códigos de ética y moral, respeto a la religión y a las leyes de la sociedad²⁵.

Por otra parte **June Hunt**, sobre la familia hace las siguientes referencias:

- Una familia funcional es donde el comportamiento adecuado y maduro de los dos padres produce un equilibrio saludable entre la individualidad y las capacidades para relacionarse entre los miembros.
- Una familia funcional es donde se cultiva el sano crecimiento emocional, psicológico y espiritual de todos los miembros de la familia.
- Una familia funcional es donde los miembros de ella, aunque enfrentan problemas, cultivan la capacidad de enfrentarlos con confianza y con el objetivo de los miembros de la familia²⁸.

FAMILIA DISFUNCIONAL:

La familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia. Así mismo los miembros de la familia están enfermos emocionalmente, psicológicamente y espiritualmente. Una

familia disfuncional es donde todos se ven afectados adversamente aunque sólo un miembro de la familia experimente el problema²⁵.

Al respecto **Morán**, agrega las siguientes características dentro de las familias disfuncionales:

- Inflexibilidad en el estilo de los padres
- Percepción incorrecta de los padres hacia el niño
- Expectativas inapropiadas de los padres
- Respuestas a crisis no correctas
- Disturbios en los patrones de comunicación
- Perpetuar la disfunción en la próxima generación
- Falta de grupo de apoyo
- Desorganización en los patrones de vida familiar.

Por otra parte refiere que las familias disfuncionales en muchas ocasiones no saben manejar las necesidades humanas básicas de proveer alimentación, protección, estímulo, y no ayudan a crear entre sus miembros la propia estima, tan necesaria para que el individuo sienta que vale y que es capaz de poder ayudar a los demás. Un adolescente incluido en una familia con estas características puede tener sentimientos de culpa y preocupaciones frente a sí mismo y hacia los demás. Estas estructuras familiares vulnerables tienen efectos graves en los primeros años de edad, pero son más evidentes en la adolescencia, ya que es el segmento de la vida donde seguramente se ha de formar la personalidad de un individuo. No es de extrañar que en una personalidad pre-adictiva un adolescente busque “huir” de este estado de crisis familiar, apelando al efímero placer de consumo de droga. Está claro que los

niños pueden aprender a responder ante situaciones específicas con pánico, coraje o apatía, siguiendo los rígidos patrones familiares que limitan la habilidad de los niños para pensar, resolver problemas, expresar sentimientos, ser creativos e interactuar con otros. La disfunción familiar se clasifica en: disfunción familiar leve, moderada y severa²⁵.

EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN EL APGAR DE SMILKSTEIN

El APGAR familiar de Smilkstein, es un instrumento, diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la capacidad funcional de la familia, reflejada en el grado de satisfacción y armonía existente en la vida familiar. Diseñada por Smilkstein y validada en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar.

Componentes del funcionamiento familiar medidor por el Apgar Familiar:

ADAPTABILIDAD: Mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).

COOPERACIÓN: Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.

DESARROLLO: Mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

AFECTIVIDAD: Mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

CAPACIDAD RESOLUTIVA: Mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a los adolescentes y miembros de la familia como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar.

El APGAR, no sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas²⁹.

2.2.2. SEXUALIDAD

La OMS define la sexualidad como la integración de los elementos corporales, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor¹.

El comité de sexualidad humana de la Asociación Médica Americana refiere que, la sexualidad implica lo que realizamos pero también lo que somos. Es una identificación, una actividad, un impulso, un proceso biológico y emocional, una

perspectiva y una expresión de sí mismo. Está fuertemente influida por las creencias como en las conductas.

Sobre sexualidad **Plata E**, hace las siguientes **acepciones**:

La sexualidad como la expresión integral de los individuos como seres sexuales en una sociedad, cultura y tiempo determinado, es considerada como el elemento básico de la personalidad, producto del aprendizaje sociocultural, y por tanto está sujeto al cambio. Es decir, la sexualidad no es algo meramente físico, sino que tiene implicaciones afectivas, emocionales o incluso sociales. La pubertad y adolescencia es un momento decisivo de la maduración sexual, porque provoca el desarrollo del sistema reproductor y, por tanto, la capacidad de concebir hijos y sentir atraídos hacia otras personas. Dentro del proceso de sexualidad están comprendidas las características biológicas, psicológicas y socioculturales, que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como varones o mujeres. A la base biológica de la sexualidad se le denomina sexo biológico, que es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que nos diferencian a los seres vivos en femenino y masculino. Nacido el niño, con sus órganos sexuales diferenciados, se le da un sexo de asignación de acuerdo a la conformación de sus genitales externos, lo que va establecer cuáles son las expectativas de la familia y especialmente de la sociedad, en cuanto al futuro rol sexual del recién nacido, y así decimos que se ha establecido su sexo social (nombre, tipo de ropa, etc.). A partir de ese momento los estímulos ambientales que lo rodean, especialmente centrados en la familia, van a empezar a moldear su conducta hacia un comportamiento femenino o masculino, determinando así el sexo psicológico (es decir que va a sentirse como

hombre o mujer y va a actuar de acuerdo a ello). Si el sexo biológico coincide con el social y el psicológico se puede decir que se logra la identidad sexual³⁰.

SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La OMS define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 11 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo, la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo. En la adolescencia la sexualidad cobra especial importancia debido a los cambios físicos y psíquicos que se producen en esta etapa y debido a que la sociedad espera determinados comportamientos en relación a la sexualidad en los adolescentes¹.

Por otra parte **Alegret y Francisco**, mencionan que para comprender la sexualidad en la adolescencia debe tenerse en cuenta la pubertad, la cual constituye el eje que determina e influyen todas las manifestaciones de los jóvenes. Una de las consecuencias más llamativas para el propio adolescente y para sus cercanos es la diferenciación sexual, que consiste en la aparición y progresivo desarrollo de los llamados caracteres sexuales secundarios, o sea aquellos que sirven para diferenciar morfológica y funcionalmente a los dos sexos, desempeñando un triple papel en la función reproductiva: medios de diferenciación, elementos de atracción sexual y coadyuvan en la realización del acto sexual. En esta edad, la excitación y las

relaciones sexuales no depende de la necesidad de reproducción, sino por el contrario se orientan específicamente a la sensación de placer y la tendencia erótica. El comportamiento sexual de los adolescentes es el resultado de muchos factores: de la ansiedad general de sensaciones, del anhelo específico de experiencias sexuales, de conductas aprendidas, maduración sexual temprana, la disminución de la edad de la menarquia en cada generación, el respaldo cultural, situaciones estimuladas por carencias, conflictos y tensiones, ambientes familiares disfuncionales, autoridad de la familia débil o muy rígida³¹.

Los adolescentes están cada vez más aptos biológicamente para despertar a la sexualidad con mayor rapidez, pero su inmadurez psicosocial crea una actitud inconsecuente con los hechos biológicos, llevándolos a una incapacidad para afrontar las consecuencias de una fecundación. Están más preocupados por su aspecto físico (estatura, desarrollo muscular, cambio de voz, la contextura, tamaño de sus genitales, etc.), empiezan sus inquietudes en el conocimiento sobre: impotencia, eyaculación precoz, orgasmo, embarazo o temor, aborto, ETS, timidez. Al finalizar esta etapa el adolescente debe haber completado su identidad sexual, perfeccionando su desenvolvimiento social, con adecuadas relaciones interpersonales con jóvenes de uno u otro sexo, avanzando en su desarrollo vocacional³¹.

ASPECTOS DE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA:

ASPECTOS BIOLÓGICOS: Son las características innatas, anatómicas y fisiológicas que determinan el sexo de las personas y que posibilitan la reproducción de la especie.

El autor menciona que una de las consecuencias más llamativas para el propio adolescente es la diferenciación sexual, que consiste en la aparición y progresivo desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, que sirven para diferenciar morfológicamente y funcionalmente a los dos sexos, desempeñando un triple papel en la función reproductiva: medios de diferenciación, elementos de atracción sexual y coadyuvan en la realización del acto genésico. Una vez comenzada el desarrollo físico, suele ser rápido y a menudo inarmónico, pudiendo encontrar en algunos adolescentes que desarrollan más lento o más rápido que otros, con lo que se produce un desequilibrio corporal, y que puede ser motivo de burlas y bromas, tanto para los más adelantados como para los más retrasados, lo cual hace que los adolescentes pudieran mostrarse sensibles a cualquier tipo de alusión a su físico o a su apariencia. Una de las consecuencias del desarrollo y maduración de la sexualidad es la aparición del apetito sexual, despertándose los deseos de su satisfacción, cuyo mecanismo constituye la base de las relaciones sexuales. La forma primaria, elemental, de la satisfacción las constituye la masturbación o el contacto sensual y afectivo con otra persona sin que haya una relación sexual³².

ASPECTOS PSICOLÓGICO: Son las características individuales de las personas, es decir, la forma en que sienten, piensan y actúan con relación a su identificación como varones o mujeres y su desenvolvimiento como tales en la sociedad, así por ejemplo:

- Inquietud por conocer más sobre su sexualidad e interés por el sexo opuesto.
- Formación del carácter y de la personalidad, propuesta para su futuro.
- Consolidación de la autoestima.
- Conflictos entre los valores propios y los de los padres y maestros³¹.

Por otro lado **Knobel**, proporciona una síntesis sobre los aspectos psicológicos del adolescente:

1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad: Poder llegar a utilizar la genitalidad, para esto los y las adolescentes que se presentan como más favorables en el momento. Es la uniformidad (todos hacen, actúan, se visten y hablan igual) el cual brinda seguridad y estima personal.
2. La tendencia grupal: el cual transfiere gran parte de la dependencia familiar, el grupo aparece como contenedor de las ansiedades de sus integrantes.
3. Necesidad de intelectualizar y fantasear: forma típica del pensamiento adolescente.
4. Las crisis religiosas: los adolescentes presentan posiciones religiosas extremas.
5. Desubicación temporal: los adolescentes convierten el tiempo en presente y activo, como una forma de manejarlo. A veces las urgencias son enormes y las postergaciones aparentemente irracionales.
6. Evaluación sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad u homosexualidad: es una oscilación entre la actividad masturbadora y los comienzos del ejercicio sexual.
7. Actitud social reivindicadora: ya hablamos de la rebeldía. Todo lo que rodea a los adolescentes se considera una influencia: familia, amigos, escuela, medios masivos de comunicación, religión, etc.

8. Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta. Los adolescentes no pueden mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta, aunque muchas veces la intentan y la buscan”.
9. Separación progresiva de los padres: Muchas veces los padres niegan (no quieren reconocer) el crecimiento de sus hijos(as) adolescentes, esto atribuye a la hostilidad, inseguridad en el manejo de su “nueva” independencia y mayor probabilidad actuar por emoción que por razón.
10. Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo: éstos se relacionan con un sentimiento básico de ansiedad y depresión vinculado a los duelos³¹.

Refiere que la identidad sexual es el aspecto psicológico de la sexualidad y comprende tres elementos indivisibles: la identidad de género, el rol o papel de género y la orientación sexual³².

ASPECTO SOCIAL: Se refiere a las características culturales del trato que se da a un varón, a la mujer y a la organización de la familia, las conductas socialmente permitidas entre varones y mujeres, así como la transmisión de las mismas a través de los medios socializadores del comportamiento sexual. Estas circunstancias, entre muchas otras podrían ayudar a formar la imagen de que la información sexual está al alcance de los adolescentes y que éstos pueden obtener, de manera sencilla, una serie de conocimientos científicos y adecuados, como también no.

Mejía en su Guía didáctica para adolescentes sobre aspecto social del adolescente construye muchas definiciones importantes:

La orientación que los adolescentes puedan tener en el hogar y la educación que puedan recibir en la escuela o en el colegio, son dos de los más importantes aspectos sociales que ayudan a las personas a tener un mejor bienestar en su vida sexual.

Hay muchas conductas sexuales que una persona puede aprender en la comunidad, algunas pueden ser buenas, como el respeto por el sexo opuesto, pero otras pueden ser equivocadas, como la agresión y la violencia sexual.

La sexualidad también está muy influida por valores costumbres y creencias que existen en el medio social donde vive una persona. Por ejemplo, en nuestra sociedad, principalmente en el campo, todavía se mantienen ciertos valores que diferencias y discriminaciones entre varones y mujeres³².

ACTITUD DEL ADOLESCENTE ANTE LA SEXUALIDAD

Según **García**, la actitud se define como “ciertas regularidades de los sentimientos, pensamientos y predisposiciones de un individuo hacia algún aspecto del entorno”. Una actitud contiene tres elementos:

El cognitivo: referido a los conceptos, opiniones, ideas y creencias sobre los objetos, situaciones, normas o costumbres y personas.

El afectivo o emocional: se refiere a las valoraciones sobre un objeto o un hecho, en términos de atracción o no atracción.

El conductual: hace referencia a la predisposición de actuar sobre los hechos u objetos. Si se considera algo como negativo y ello provoca malestar o desagrado, es probable que se intente evitar. De la misma forma, si se tiene un determinado patrón de conducta, es muy probable que se intente justificar con opiniones y se adapten los afectos a él.

Es frecuente que estos componentes de las actitudes estén separados y hasta en contradicción. Las causas de esto son muy diversas y pueden ser internas y externas a la persona. Un ejemplo es el de los cambios evolutivos que conllevan a la aparición de elementos y capacidades que pueden provocar que las actitudes previas sean insostenibles o se desequilibren. La capacidad de razonamiento puede llevar al adolescente a comprender que determinadas creencias son erróneas y provocar cambios en el componente cognitivo; los cambios hormonales introducen elementos nuevos en la forma de sentir y en la tendencia a actuar, que pueden modificar el componente afectivo o el componente conductual de las actitudes.

Las actitudes son una realidad cambiante, de ahí la importancia de conocer cuál es su dirección con respecto a la sexualidad en el adolescente. Si ésta es favorable o positiva, pudiera pensarse que la recepción del contenido del tema le permitirá al individuo la adaptación a la realidad.

Las actitudes se forman a través de un proceso en el que intervienen diferentes circunstancias tales como: repetición de experiencias semejantes; vivencias muy intensas; esquemas sociales; carácter de las personas; familia y aptitudes. Determinan el auto conocimiento, la aceptación de la realidad, la manera de relación con los demás. Toda la vida pasada conforma la actitud presente; la experiencia es decisiva para formar las actitudes.

Hablar de actitudes positivas y negativas hacia la sexualidad y, sobre todo, las primeras, implica que la persona está en armonía con el hecho sexual humano y con su propia sexualidad.

Puede hablar positivamente de su sexualidad y aceptar su sexualidad personal organizando su biografía sexual de forma saludable.

Las actitudes regulan la conducta sexual, son una predisposición a opinar, sentir y actuar de una u otra forma frente a situaciones sexuales como: pornografía, preferencias sexuales, normas o costumbres sociales, relaciones prematrimoniales, noviazgo, matrimonio y conducta sexual³³⁻³⁴.

SEXO Y ADOLESCENCIA

Menciona que no existe una edad específica de inicio en las primeras relaciones coitales, ya que este dato varía considerablemente de un lugar a otro. Se considera que el 60 a 70% de los adolescentes españoles han tenido relaciones sexuales antes de los 18 años. Es un temor lícito y razonable por parte de los padres, que sus hijos sufran experiencias físicas o emocionales que influyan negativamente en su vida personal y familiar. El tiempo y la conversación compartida voluntariamente entre padres y adolescentes valen su peso en oro y se convierten en inestimable factor de protección en el desarrollo de adolescente²⁷.

FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD:

Hace referencia, que en los últimos años la información sexual de que disponen los jóvenes les llega principalmente a través de los amigos, internet, medios mediáticos, etc. Muchos de ellos, conocimientos erróneos que mantienen determinados mitos y tabúes. Ejemplo, veamos algunas falsas creencias sobre la sexualidad de los adolescentes: coito interrumpido como método contraceptivo respaldado por creencias, o que no utilice ningún método anticonceptivo en sus primeras relaciones sexuales, con la confianza que es muy difícil que se produzca un embarazo. La primera vez es muy difícil que se produzca un embarazo, falso por que

el 20% de todos los embarazos no deseados en jóvenes se produce alrededor de la primera relación sexual. Por una vez no pasa nada. Falso. Con una sola vez puede ser suficiente. El preservativo corta el Placer. Falso. Excusa usada entre chicos y chicas. Como consecuencia de la situación descrita, algunos adolescentes evidentemente experimentan un nivel de riesgo importante en relación con 3 aspectos: 1) embarazo no deseado, 2) enfermedades de transmisión sexual y sida, 3) insatisfacción sexual en sus relaciones³⁰.

La masturbación: Es una de las conductas más frecuentes durante la adolescencia, aunque habitualmente, no se limita a esta etapa de vida. Más allá de concepciones que han considerado la masturbación como una práctica pecaminosa, enfermiza o reprochable, hoy en día se la considera como una práctica sexual normal y natural que forma parte de los descubrimientos sexuales de la gran mayoría de adolescentes.

De alguna manera la masturbación ayuda a los y las adolescentes a conocer la respuesta de su organismo ante la excitación sexual, a experimentar placer erótico y sentirse mejor con su propio cuerpo, elementos importantes para sí mismo, pero también para cuando inicie sus relaciones sexuales con otra persona³⁰.

2.3. HIPOTESIS

Hi: Dentro de la funcionalidad, la disfunción familiar tiene relación significativa con los aspectos de la sexualidad (conocimiento deficiente, actitud favorable a conducta de riesgo, inicio precoz de la actividad sexual y autoestima baja) de adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón”. Ayacucho – 2012.

Ho: Dentro de la funcionalidad, la disfunción familiar no tiene relación significativa con los aspectos de la sexualidad (conocimiento deficiente, actitud favorable a conducta de riesgo, inicio precoz de la actividad sexual y autoestima baja) de adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón”. Ayacucho – 2012.

2.4. VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE: Funcionalidad Familiar

Indicadores:

- Familia funcional o Normo-funcional
- Familia disfuncional leve
- Familia disfuncional grave

VARIABLE DEPENDIENTE: Aspectos sexualidad en adolescentes:

- Conocimiento sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, enfermedades transmisión sexual y modos de prevención.
- Actitud del adolescente frente a la sexualidad.
- Prácticas sexuales (inicio de la vida sexual activa, record de parejas, prevención de contagio de ITS y embarazo).
- Autoestima.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	SUB INDICADOR	CRITERIOS DE MEDICIÓN	VALOR FINAL
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	La funcionalidad familiar, es la capacidad de los dos padres asumir sus responsabilidades y solucionar problemas de la familia.	<p>Funcionalidad familiar: este variable se medirá mediante un Apgar Familiar, llegando a clasificar en: familias funcionales y disfuncionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familias Funcionales. El hogar permite la expresión de emociones agradables (amor, cariño, alegría, júbilo) y las desagradables (ansiedad, coraje, ira), debe buscar un equilibrio y mantener un control para que los padres sean demasiado permisivos ni muy autoritarios. • Familias disfuncionales. El hogar no sabe manejar las necesidades humanas básicas de proveer alimentación, protección, estímulo, y no ayudan a crear entre sus miembros la propia estima, tan necesaria para que el individuo sienta que vale y que es capaz de poder ayudar a los demás. 	Social	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación • Participación • Ganancia • Afecto • Recursos 		7 - 10	Normo-funcional
						4 - 6	Disfunción leve
						0 - 3	Disfunción grave

SEXUALIDAD	La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo. Está fuertemente influida por las creencias personales y sociales, que permite comprender su mundo sexual, adoptar una actitud o modo de conducirse sexualmente, desarrollar su autoestima, lograr su orientación sexual y plasmar en la práctica la sexualidad.	CONOCIMIENTO. Son informaciones adquiridas sobre métodos anticonceptivos, enfermedades transmisión sexual y modos de prevención. Se medirá mediante un Test de conocimiento, calificados de 0 a 20	psicológico	Eficiente		15 a 17	Eficiente	
				Regular		10 a 14	Regular	
				Deficiente		0 a 09	Deficiente	
			ACTITUD DEL ADOLESCENTE FRENTE A LA SEXUALIDAD: Son modos, maneras, formas, condición de conducirse sexualmente. Este variable se medirá mediante un Test de actitud a los estudiantes.	Psicológico	Positivo		10-18	Positivo
			Negativo		0 a 09		Negativo	
			PRÁCTICAS SEXUALES: son experiencias, destrezas, habilidades o pericias que el adolescente va adquiriendo en el transcurrir su vida. Este variable se medirá mediante cuestionario sobre inicio de la vida sexual activa, record de parejas, prevención de contagio de ITS y embarazo.	Psicológico	Inicio de la vida sexual activa.	Edad	< 12 años	
		13 – 15 años						
		16 – 19 años						
		>19 años						
		No						
			Autoestima: se medirá mediante Test de autoestima de Grajales – Valderrama 2000		0 a 44 puntos	Autoestima alta		
						Autoestima baja		

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. ENFOQUE: Cuantitativo

2.2. TIPO: Aplicativo

2.3. NIVEL: Correlacional

2.4. DISEÑO: Transversal

2.5. AREA DE ESTUDIO: El estudio se realizó en la Institución Educativa “San Ramón” Ubicada en Alameda los Valdelirios N° 754 a 1Km al sur de la plaza mayor de Ayacucho en la ciudad de Ayacucho, distrito de Ayacucho y provincia de Huamanga, departamento de Ayacucho. Situado en la sierra sur central de los Andes Peruanos a una altitud de 2,746 m.s.n.m.

2.6. POBLACIÓN: Constituido por 1600 estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa “San Ramón”2012.

2.7. MUESTRA:

- **Tamaño:** Se tomó como muestra 300 estudiantes determinada a través de las siguientes formulas estadísticas.

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

Dónde:

n	= Tamaño de muestra	= 310
p	= Posibilidad de respuesta acertada	= 0.5
q	= Posibilidad de respuesta no aceptada	= 0.5
e	= Margen de error	= 0.05
z	= Nivel de confianza	= 1.96
N	= Población	= 1600

- **Tipo de muestreo:** Probabilístico aleatorio simple
- **Criterios de inclusión:** Alumnos matriculados de 1ro a 5to grado de educación secundaria.
- **Criterios de exclusión:** Alumnos que no desean participar en el estudio.

2.8. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TECNICA: Encuestas y Test

INSTRUMENTO:

- Cuestionario estructurado sobre aspectos de la sexualidad del adolescente: conocimiento, actitud y prácticas (Anexo - A).
- Test de Apgar Familiar de Smilkstein1987. (Anexo - B)
- Test Autoestima de Grajales – Valderrama 2000. (Anexo - C)

2.9. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- Autorización formal de la dirección de la Institución Educativa “San Ramón”
- Identificación de la unidad de estudio, información, sensibilización y consentimiento previo.
- Una vez logrado el consentimiento informado se aplicó los instrumentos respectivos.
- Se realizó control de calidad de recolección de la muestra.

2.10. PLAN DE PROCESAMIENTO, ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS:

- Se procedió con el ingreso de datos al paquete estadístico de Excel y SPS versión 21, en la cual se elaboró el libro de códigos y la matriz tripartita y finalmente los cuadros para la presentación.
- En el análisis estadístico de los datos se empleó como técnica estadística distribución de frecuencias y porcentaje para la identificación de la funcionalidad familiar, nivel de conocimientos, actitud y prácticas sobre la sexualidad, identificación del nivel de autoestima. Para probar la relación de funcionalidad familiar y la sexualidad se utilizó la prueba de Chi cuadrada.

CAPÍTULO III
PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO N° 01

**RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON EL CONOCIMIENTO
SOBRE SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA “SAN RAMÓN” - AYACUCHO 2012.**

CONOCIMIENTO / FUNCIONALIDAD FAMILIAR	BUENO		REGULAR		DEFI- CIENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Normo-funcional	48	16.0	72	24.0	40	13.3	160	53.3
Disfunción Leve	04	1.3	22	7.4	10	3.3	36	12.0
Disfunción Grave	08	2.7	40	13.3	56	18.6	104	34.7
TOTAL	60	20.0	134	44.7	106	35.3	300	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; Octubre del 2012.

$$gl=4 \quad \text{Nivel de confianza al 95\%} \quad X^2_c = 36.75 > X^2 = 9.49$$

El presente cuadro demuestra 53.3% de adolescentes que perciben a su familia como normo-funcional, de los cuales 24% tienen conocimiento regular sobre sexualidad, 16% buena y 13.3% deficiente; mientras 34.7% de adolescentes perciben a su familia con disfuncionalidad grave, de los cuales 18.6% demuestran conocimiento deficiente sobre sexualidad, 13.3% regular y 2.7% buena.

Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada, existe relación altamente significativa ($p < 0,05$); es decir, a mayor disfuncionalidad familiar menor nivel de conocimiento sobre la sexualidad de los adolescentes.

CUADRO N° 02

**RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON NIVEL DE
AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA “SAN RAMÓN” - AYACUCHO 2012.**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	AUTOESTIMA		BAJA		ALTA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Normo-funcional	44	14.6	116	38.7	160	53.3		
Disfunción Leve	10	3.3	26	8.7	36	12.0		
Disfunción Grave	50	16.7	54	18.0	104	34.7		
TOTAL	104	34.7	196	65.3	300	100		

Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; Octubre del 2012.

$gl=2$ Nivel de confianza al 95% $X^2_c = 12.64 > X^2 = 5.99$

En el presente cuadro de relación de funcionalidad familiar con el nivel de autoestima de los adolescentes, se observa, 53.3% de adolescentes perciben su familia normo-funcional, de ellos 38.7% tienen autoestima alta y 14.6% autoestima baja; mientras 34.7% de adolescentes perciben su familia con disfuncionalidad grave, de los cuales 18.6% tienen autoestima alta, 16.7% autoestima baja; y finalmente el 12% de adolescentes manifiestan que en su hogar existen disfuncionalidad familiar leve, de los cuales 8.7% manifiestan autoestima alta y 3.3% autoestima baja.

Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada, existe relación significativa ($p < 0,05$); entre la disfuncionalidad familiar y la autoestima.

CUADRO N° 03

**RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON ACTITUD SOBRE
SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA “SAN RAMÓN”- AYACUCHO 2012.**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	ACTITUD FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Normo-funcional	56	18.7	104	34.6	160	53.3
Disfunción Leve	24	8.0	12	4.0	36	12.00
Disfunción Grave	86	28.7	18	6.0	104	34.70
TOTAL	166	55.4	134	44.6	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; octubre del 2012

$gl=2$

Nivel de confianza al 95 %

$X^2_c = 59.38 > X^2 = 5.99$

En el presente cuadro se observa, 53.3% adolescentes perciben su familia como normo-funcional, de los cuales 34.6% revelan actitudes desfavorables hacia la sexualidad, 18.7% actitud favorable; mientras 34.7% adolescentes perciben a su familia con disfuncionalidad grave, de los cuales 28.7% de adolescentes manifiestan actitud favorables hacia la sexualidad y 6% actitud desfavorable; y finalmente 12% de adolescentes perciben a su familia con disfuncionalidad familiar leve, de los cuales 8.0% manifiestan actitud favorable y 4.0% actitud desfavorable.

Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada, existe relación altamente significativa ($p < 0,05$), es decir, a mayor disfuncionalidad familiar mayor actitud de riesgo sobre sexualidad de los adolescentes.

CUADRO N° 04

RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL ACTIVA DE LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “SAN RAMÓN”- AYACUCHO 2012.

INICIO ACTIVIDAD SEXUAL	SI ACTIVIDAD SEXUAL								NO ACTIV. SEXUAL		TOTAL	
	11 A 12 AÑOS		13 A 15 AÑOS		16 A 18 AÑOS		SUB TOTAL		N°	%	N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
FUNCIONALIDAD FAMILIAR												
Normo-funcional	12	4.0	80	26.7	00	0.0	92	30.7	68	22.6	160	53.3
Disfunción Leve	06	2.0	14	4.7	02	0.7	22	7.3	14	4.7	36	12.1
Disfunción Grave	16	5.3	74	24.7	04	1.3	94	31.3	10	3.3	104	34.6
TOTAL	34	11.3	168	56.1	06	2.0	208	69.4	92	30.6	300	100

Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; Octubre del 2012.

$gl=2$

Nivel de confianza al 95 %

$X^2_c = 33.36 > X^2 = 5.99$

En el presente cuadro N° 04 de relación de funcionalidad familiar e inicio de la actividad sexual de los adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón” se observa, que del 53.3% de adolescentes que perciben su familia como normofuncional, el 30.7% se encuentran sexualmente activos; de ellos, el 26.7% iniciaron su actividad sexual entre los 13 a 15 años, 4% a los 12 años, y 22.6% aún no se encuentran activas sexualmente. Mientras de 34.6% de adolescentes que perciben su familia con disfuncional grave, el 31.3% revelan haber iniciado su actividad sexual, de ellos 24.7% a los 13 a 15 años, 5.3% a los 12 años y 3.3% aún no han iniciado su actividad sexual.

Sometida a la prueba estadística de Chi cuadrada, se determina que existe una relación de dependencia altamente significativa entre ambas variables ($p < 0,05$), es decir, la disfuncionalidad familiar está relacionado con el inicio precoz de la actividad sexual de los adolescentes.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

(CUADRO N° 01) RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON CONOCIMIENTO SOBRE LA SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “SAN RAMÓN”- AYACUCHO 2012.

De acuerdo a las evidencias de la tabla de frecuencias y prueba estadística de Chi cuadrado, la disfuncionalidad familiar está relacionada con el conocimiento deficiente sobre aspectos de la sexualidad.

Al respecto González J, refiere que la disfunción familiar severa (discusiones, contradicciones y peleas crónicas entre padres, padres con hijos o entre hermanos) afecta la comunicación familiar y como consecuencia los padres no promueven o no toman la importancia de dialogar sobre la sexualidad con sus hijos³⁶.

De la misma manera González A, reporta, el mal funcionamiento familiar (mala comunicación, no presencia de uno o de ambos padres en el hogar) está asociado con la escasa información sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes³⁷.

La funcionalidad familiar (funcional o disfuncional) es un factor importante y determinante en la formación y desarrollo del ser humano; es decir, del niño, puesto que la "familia" es el ente transmisor de educación y de influencias directa sobre el niño, pudiendo ser esta formadora o deformadora. El niño forma su personalidad y

sus valores en función a los modelos y normas de vida que recibe del núcleo familiar, concretamente de los padres de familia o de la persona mayor que este al cuidado del niño³⁸.

Al respecto Monroy, hace referencia que, el niño en el seno familiar aprende su papel femenino o masculino, descubre su cuerpo y funciones sexuales. Por tanto, si los padres consideran que la sexualidad es algo bueno y deseado, llevarán a cabo actitudes y conductas específicas que lleven al niño a adquirir este concepto, o por el contrario, por falta de claridad pueden crear en los hijos confusión sobre aspectos de la sexualidad y conceptos que los obliguen a sentir temor, rechazo, morbo o inhibición respecto a la propia sexualidad y la de otros²⁷.

Por otra parte Mejía, reporta que existe opiniones divididas en los padres familia acerca de la efectividad de los conocimientos adquiridos por los adolescentes en los cursos de educación sexual entregados en los colegios; algunos padres consideran que tal información promueve comportamientos de riesgo ("abren" la curiosidad en los adolescentes). Por otra parte los profesores perciben que los padres no promueven diálogos sobre la sexualidad con sus hijos³⁹.

El hallazgo del presente trabajo de investigación es concordante con los resultados de las investigaciones y teorías citadas; en sentido que la disfuncionalidad familiar está asociada con escasa información de los padres hacia los hijos sobre aspectos de sexualidad.

En el seno familiar el individuo comienza su vida y se desarrolla desde temprana edad, adquiere una serie de conductas, conocimientos y experiencias que servirán de base para insertar las conductas más complejas que van a ir incorporando en sus siguientes procesos de socialización y entorno, los cuales a la vez serán

aplicables en etapas más avanzadas de su vida; por tanto el papel de la familia, es sin duda importante en la adquisición de conocimientos y experiencias sobre los problemas de la sexualidad de los adolescentes y de protección de riesgos.

Del resultado de esta investigación se deduce, que la disfunción familiar está relacionado con el bajo nivel de conocimiento sobre la sexualidad de los adolescentes de la Institución Educativa San Ramón, esto probablemente debido que las familias disfuncionales por el periodo complejo y difícil que atraviesan no asumen satisfactoriamente con sus responsabilidades de forjan expectativas, de brindar conocimientos, experiencias, afianzar valores, creencias y costumbres en sus hijos sobre sexualidad y otros aspectos de la vida.

Por otra parte refiere que la Educación Sexual Integral (ESI) es una acción formativa presente en todo el proceso educativo, que contribuye al desarrollo de conocimientos, capacidades y actitudes para que las y los estudiantes vivan su sexualidad en el marco del ejercicio de sus derechos y responsabilidades con los demás; de una manera saludable, placentera y responsable, teniendo en cuenta las particularidades de cada etapa de su desarrollo en el contexto de relaciones interpersonales democráticas, equitativas y respetuosas⁴⁰.

Al respecto se infiere que las Instituciones Educativas, el contexto, los medios masivos de comunicación social no están desempeñando su verdadero rol protagónico en la formación de los adolescentes en materia de la sexualidad en nuestra región. Dicha afirmación se demuestra que los adolescentes con familias normo-funcionales presentan alto porcentaje de conocimiento de regular a deficiente.

(CUADRO N° 02) RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “SAN RAMÓN”- AYACUCHO 2012.

De acuerdo a las evidencias de la tabla de frecuencias y prueba estadística de Chi cuadrado, la disfuncionalidad familiar está relacionada con la autoestima baja de los adolescentes de la Institución Educativa San Ramón.

Las evidencias obtenidas en esta tabla, refleja de 53.3% de adolescentes que perciben su familia normo-funcionales, el 38.7% tienen autoestima alta y 14.6 baja; y mientras de 46.7% de adolescentes que perciben su familia con disfuncionalidad, el 26.7% tienen autoestima alta y 20.0% autoestima baja.

Al respecto Galván, refiere que “Los jóvenes que provienen de familias disfuncionales sometidas a estrés, tienden a desarrollar un nivel bajo de autoestima⁴¹.”

Del mismo modo Martínez, A., plantea que el medio familiar es el principal escenario donde se adquieren conocimientos y actitudes que van a determinar la forma de actuar del joven cuando llegue a la adultez, por lo que es de gran importancia hacer énfasis en la labor educativa de los padres. Muchas veces los padres no tienen el conocimiento o las herramientas necesarias, para ayudar a sus hijos en el desarrollo de una autoestima positiva, por lo cual, los jóvenes se comportan de acuerdo a lo aprendido en su entorno y en muchas ocasiones la información es negativa. El entorno social forma parte relevante para que los jóvenes desarrollen una autoestima positiva o negativa, de acuerdo a su historia personal, el alumno tomará o descartará lo que se le presenta en los medios o camino⁴².

De manera similar Polaina, sustenta que la autoestima se forma con la influencia de los padres, familiares, maestros y otras personas significativas⁴³.

En este sentido Avelar, refiere que los conflictos familiares y la crianza disfuncional de niños están relacionados con una gran variedad de resultados adversos del desarrollo y de comportamientos en la adolescencia; como autoestima baja, uso indebido de drogas, rendimiento escolar deficiente, deserción escolar, problemas de salud mental (depresión, pobre satisfacción de la vida, desesperanza, estrés y ansiedad); y problemas en el comportamiento como la delincuencia y la violencia (homicidios dolosos y calificados, abusos sexuales, secuestros, corrupción y lesiones a terceros con armas de fuego o punzocortantes, incluyendo robo en lugares públicos). Los adolescentes delincuentes generalmente reportaban baja autoestima⁴⁴.

Los hallazgos logrados en la investigación son concordantes con los autores mencionados, en sentido que la disfuncionalidad familiar influye en los adolescentes al desarrollo de una autoestima baja.

Del resultado se infiere, que el mayor porcentaje de adolescentes que provienen de familias disfuncionales lograron desarrollar autoestima alta (26.7%), esto probablemente debido a la influencia positiva de otros factores, como autoridades de la Institución Educativa, profesores, amigos, medios de comunicación (televisión, internet, periódicos, etc.) y mientras en porcentaje restante (20%) de adolescentes que provienen de familia disfuncional se desarrolló autoestima baja, probablemente por efecto del impacto de la disfunción familiar en la que vienen sobreviviendo, soportando los maltratos, estrés, violencia familiar, abandono y carencia de afecto de los padres.

(CUADRO N° 03) RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON ACTITUD SOBRE SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “SAN RAMÓN”- AYACUCHO 2012.

De acuerdo a las evidencias de la tabla de frecuencias y Chi cuadrada, dentro de la funcionalidad, la disfuncionalidad familiar está relacionada con la actitud favorable sobre la sexualidad de los adolescentes de la Institución Educativa San Ramón; es decir, a mayor disfuncionalidad familiar mayor actitud favorable o de riesgo sobre la sexualidad.

Al respecto, la investigación “Apgar familiar y adolescencia Caracas-Mérida 2000”, entre otros, arribaron a los siguientes resultados; la disfunción familiar es una de las principales causas predisponentes al desarrollo de conductas sexuales de riesgo del adolescente¹⁸.

Del mismo modo, en la investigación “Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho-Lima 2008”. Entre otros concluyó, que la disfuncionalidad familiar está relacionado significativamente con el embarazo en los adolescentes (48%)²⁰.

Por otra parte reporta, que los formadores de las actitudes sexuales en los adolescentes tendríamos a la familia como principal agente, seguido por la escuela, los amigos y los medios de comunicación⁴¹.

Por su parte H. Morales, en trabajo de Investigación exploratoria de patrón actitudinal de jóvenes sobre algunos aspectos de la sexualidad, llegó a los siguientes resultados: El género masculino muestra actitud favorable frente a relaciones coitales prematrimoniales, virginidad, anticoncepción, aborto, prostitución, masturbación, VIH/SIDA, y pornografía)” y actitud desfavorable frente a embarazo adolescente;

puesto que el varón solo requiere relaciones coitales con fines de placer y no reproductivo. Mientras el género femenino muestra actitud desfavorable o dudosa frente algunos aspectos de la sexualidad como relaciones coitales prematrimoniales, virginidad, anticoncepción, aborto, prostitución, masturbación, VIH/SIDA, y pornografía; y favorable frente a embarazo adolescente; esto podría significar que la mujer aún todavía considera, que las relaciones coitales conducen a un embarazo⁸.

Mientras Avelar, refiere que el medio familiar es el principal escenario donde se adquieren conocimientos y actitudes que van a determinar la forma de actuar del joven cuando llegue a la adultez, por lo que es de gran importancia hacer énfasis en la labor educativa de los padres. Pero, si la familia es disfuncional donde existen conflictos, maltratos, etc. los adolescentes adoptarán actitudes de riesgo con la sexualidad⁴⁴.

Los resultados del presente trabajo de investigación es concordante con los fundamentos de los autores citados; en vista de que mayor porcentaje de adolescentes que perciben a su familia de manera disfuncional (autoritaria, hostiles, conflictiva, con comunicación deficiente, falta de información o educación en aspectos de sexualidad a los hijos, y carencia de un modelo paternal en el hogar), tienen actitudes favorables o de riesgo a algunos aspectos de la sexualidad (relaciones coitales prematrimoniales, virginidad, anticoncepción, aborto, prostitución, masturbación, ITS, pornografías, medios de comunicación con demasiado erotismo, embarazo en adolescentes) y mientras los adolescentes que perciben su familia funcionales, tienen en su mayor porcentaje actitud desfavorable o responsable con aspectos de la sexualidad (relaciones coitales prematrimoniales, virginidad, anticoncepción, aborto,

prostitución, masturbación, ITS, pornografías, medios de comunicación con demasiado erotismo, embarazo en adolescentes).

Dentro de este orden de ideas se observa que los conflictos familiares y las prácticas de crianza disfuncional están relacionados con una gran variedad de resultados adversos del desarrollo y de comportamientos en los adolescentes, incluyendo el uso indebido de drogas, violencia, consumo de alcohol, rendimiento escolar deficiente y absentismo escolar.

Por tanto, se concluye, que la disfuncional familiar está relacionado con desarrollo en los adolescentes de actitud de riesgo sobre la sexualidad; es decir, patrones conductuales que pueden alterar el adecuado y placentero ejercicio de la sexualidad con consecuencias que a veces puede afectar el funcionamiento posterior de su propia sexualidad y la de los demás, dependiendo del género al que pertenece.

(CUADRO N° 04) RELACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL ACTIVA DE LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “SAN RAMÓN” - AYACUCHO 2012.

De acuerdo a las evidencias de la tabla de frecuencias y Chi cuadrado, dentro de la funcionalidad, la disfuncionalidad familiar está relacionada con el inicio precoz de la actividad sexual de los adolescentes de la Institución Educativa de “San Ramón”.

Al respecto, en la investigación “Factores Asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú 2009”, concluye que el 38.9% de los adolescentes ya iniciaron su actividad sexual, de los cuales el 51.4% tienen padres con actitud represiva respecto

al dialogo sobre sexualidad, mientras el 61.1% de los adolescente no iniciaron su actividad sexual, el 71% tienen padres con actitud democrática respecto al dialogo sobre sexualidad¹³.

Del mismo modo, en la investigación sobre Influencia de los factores familiares para el inicio de actividad sexual, concluye que la estructura familiar (presencia del padre y madre) y familia funcional retrasa el inicio de actividad sexual; es decir, los adolescentes que viven en familias funcionales retrasan la actividad sexual¹⁹.

De manera similar, en la investigación “Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho – Lima 2008”. Entre otros, concluye que la disfuncional familiar está relacionado significativamente con el embarazo en los adolescentes (48%)²⁰.

Por otra parte, en taller sobre “Plan de elaboración y aprobación de una Ordenanza Regional de prevención del Embarazo Adolescente”, realizado en julio de 2011, el CRAJPEA identifica como problema principal el alto índice de 158 niñas (10 a 14 años) embarazadas y 3,056 (20.1%) de adolescentes de 14 a 19 años ya madres en la Región de Ayacucho; siendo los índices más altos: La Mar con 28%; Huanta, 20%; Vilcashuaman, 22%; en el Valle del Río Apurímac y Ene (VRAE), 27%. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010. Departamento de Ayacucho (INEI, 2010)²³.

En la investigación “Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre la sexualidad en una Población Adolescente Escolar de 12 Colegios Públicos de la localidad de Suba – Colombia 2009” arribó a los siguientes resultados: El 8% de los hogares

presentan disfunción severa; de ellos mayor porcentaje de relaciones sexuales en adolescentes que perciben de manera disfuncional a su familia¹⁶.

Por su parte Urreaf, sostiene que en los hogares nucleares completos los adolescentes inician las relaciones sexuales más tarde (comparados los incompletos vs los completos), es que la funcionalidad familiar es un factor protector esencial en torno a los comportamientos sexuales de riesgo⁴⁵.

Mientras la Revista Médica de Chile reporta, que la edad de inicio de las relaciones sexuales: 14,3% en menores de 13 años, 40,3% entre 13-16 años y 60,8% en mayores de 16 años. Siendo el principal factor de riesgo en hogares percibidos como disfuncionales en comparación a hogares percibidos como funcionales¹².

Los hallazgos obtenidos en el presente cuadro son concordantes en muchos aspectos con los fundamentos planteados por los autores; en sentido que los adolescentes que perciben su familia de manera disfuncional toman conductas de riesgo, iniciando su actividad sexual en forma precoz (38.6%); entre las edades de 11 a 15 años con promedio de 13 años (36.7%) y solo un porcentaje mínimo de 8% no inician. Mientras los adolescentes que perciben su familia de manera funcional (53.3%) un porcentaje de 30.7% de manera similar al anterior ya iniciaron su actividad sexual; entre las edades de 11 a 15 años (30.7%); con un promedio de edad de 13 años, pero con la diferencia que un porcentaje significativo de 22.5% se mantienen inactivas sexualmente.

De los hallazgos de la presente tabla y con soporte de fundamento de autores citados se infiere, que la percepción de la disfuncionalidad familiar está relacionado con el inicio precoz de la actividad sexual por los estudiantes de la Institución Educativa “San Ramón”, esto probablemente debido a que los padres de familia de

esta población en riesgo, no asumen de manera responsable con la orientación e información sobre los diferentes aspectos de la sexualidad. Por otra parte los adolescentes que perciben de manera funcionalidad a su familia, el porcentaje mayor está relacionado con el inicio precoz de relaciones coitales prematrimoniales; probablemente debido que muchas veces sus padres no tienen el conocimiento o las herramientas necesarias para ayudar a sus hijos adolescentes, a que obtenga conocimientos adecuados sobre sexualidad y desarrollen una autoestima positiva; por lo cual, los jóvenes se comportan de acuerdo a lo aprendido de su entorno; y un porcentaje significativo de 22.6% de adolescentes de familias funcionales se conservan inactivas sexualmente, probablemente debido a que su familia transmite conocimientos, sus experiencias, sirven de modelo ejemplar para que sus hijos aprendan y desarrollen su autoestima, personalidad y proyecto de vida.

CONCLUSIONES

1. La disfunción familiar está relacionado con el bajo nivel de conocimiento sobre la sexualidad de los adolescentes de la Institución Educativa San Ramón, esto principalmente debido a que las familias disfuncionales atraviesan por el periodo complejo y difícil; y no asumen satisfactoriamente con sus responsabilidades de forjar expectativas de vida, de brindar conocimientos, experiencias, afianzar valores, creencias y costumbres en sus hijos sobre sexualidad y otros aspectos de la vida.
2. De acuerdo a la prueba estadística de Chi cuadrada, la crianza disfuncional de niño en un medio de estrés, violencia familiar, abandono y carencia de afecto fue uno de los principales factores relacionada con el desarrollo de autoestima baja de los adolescentes de la Institución Educativa San Ramón.
3. La disfuncionalidad familiar está relacionado con el desarrollo de actitud favorables o de riesgo frente algunos aspectos de la sexualidad (relaciones coitales prematrimoniales, virginidad, anticoncepción, aborto, prostitución, masturbación, ITS, pornografías, medios de comunicación con demasiado erotismo, embarazo en adolescentes) y mientras los adolescentes que perciben su familia como normo-funcional, tienen en su mayor porcentaje actitud desfavorable o responsable con aspectos de la sexualidad.
4. La disfunción familiar está relacionado con alto porcentaje con el inicio precoz de actividad sexual en los adolescentes y mientras la familia funcional está relacionado con porcentaje significativo de adolescentes que se conservan inactivas sexualmente.

RECOMENDACIÓN

1. Las autoridades de la Institución Educativa San Ramón deben convocar a una asamblea de padres de familia para sensibilizar, organizar y planificar acciones de prevención y tratamiento de la disfuncionalidad familiar y problemas de sexualidad.
2. Las Escuelas de Enfermería, Medicina y Obstetricia de la UNSCH como parte de proyección social deben elaborar un Plan de Atención Integral del Adolescente y Familia para todas las Instituciones Educativas del Distrito de Ayacucho.
3. Que los Gobiernos Locales y Regional, deben priorizar elaborar programas de salud familiar saludable.
4. Continuar realizando más investigaciones sobre funcionalidad familiar y sexualidad en otras poblaciones, tratando de abarcar la mayor parte de las Instituciones Educativas del Distrito y estructurando protocolos de investigación metodológicamente más libres de errores y por tanto más confiables; puesto que tema es de mucha importancia para el desarrollo de nuestra Región y compleja.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. La sexualidad y el adolescente. Rev. Salud Pública. Vol. 11. Bogotá 2008.
2. ELVIO MÍNGUEZ F. La Sexualidad Humana, Camp de Morvedre 4ta Edic. España 2009.
3. KOLODNY RC, MASTER HW, JONSON VE. Medicina Sexual. Rev. La Habana -Cuba 1985.
4. HORWITZ CAMPOS, N y otros. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Vol. OPS 98(2):1985.
5. RAMIREZ DIAZ, V. Funcionamiento Familiar. México 2006.
6. ALIÑO M, y Col. Adolescencia: Aspectos generales y atención a la salud. Rev. Med. Gen Integr. Cuba 2006.
7. SANTELICES L. y Col. Igualdad de oportunidades, funcionamiento familiar y conductas de riesgo en estudiantes de pedagogía. Boletín de Investigación Educativa. Vol. 21, UNAM. México 2006.
8. H. MORALES, Hugo. Actitudes de los y las Adolescentes Ante la sexualidad- Instituto Mexicano de Sexología. México 1998.
9. FLORENZANO, R. Conductas de riesgo en adolescente y factores protectores. Ediciones Universidad Católica de Chile. 3ra Edic. Santiago de Chile 2005.
10. FARFÁN SALAZAR G. y Cols. Programa de actualización continua en medicina familiar. 1ra Edic. México D. F. 1999.
11. ORTEGA AVILA, Z. Variables psicosociales asociadas al retardo en el desarrollo psíquico con niños de una Escuela Especial. (Tesis para optar el título de especialista en higiene y epidemiología). Facultad de Salud Pública, La Habana - Cuba 1994.
12. SANTANDER S. y Cols. Influencia de la Familia como Factor protector de conductas de riesgo en adolescentes. Rev. Méd. Chile, Marzo 2008.
13. GAMARRA TENORIO, P & IANNACONE José. Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú 2009.
14. DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO (DIRESA) Guía de etapa de vida del adolescente y joven. Ayacucho 2011.

15. MEJIA E. Características del embarazo, parto y recién nacido de la gestante adolescente en la altura. Ginecología y Obstetricia. Perú 2000.
16. GONZÁLEZ JUAN, C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en un población adolescente escolar. Rev. Salud Pública. Vol.11, Bogotá 2009.
17. CARICOTE AGREDA, E. “Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia”. Valencia – Venezuela 2006.
18. MOLINA, Luis y Cols. “Apgar familiar y adolescencia Caracas- Mérida. Venezuela 2000.
19. FUENTES ANGLÉS, J. Nivel de Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de centros de educación nocturna de la ciudad de Puno. (Tesis para optar el grado de maestro). UNMSM Lima - Perú 2002.
20. URRETA PALACIOS, M. “Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del hospital San Juan de Lurigancho” – (Tesis de Licenciatura). Lima – Perú 2008.
21. SALAZAR GRANARA, A. y Cols. Salud reproductiva y comunicación familiar en adolescentes mujeres. Libro de resúmenes del 18° Congreso Científico Nacional de Estudiantes de Medicina de la Sociedad Científica Peruana de Estudiantes de Medicina. Arequipa - Perú 2004.
22. MORALES, J; GUTIERREZ, C; MITMA, C; SIANCAS, T; PALOMINO, H. Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho, Rev. Epidemiol. Vol. 12, N° 03. Ayacucho - Perú diciembre 2008.
23. RELATORÍA DE I FORO REGIONAL POR LA PREVENCIÓN EMBARAZO ADOLESCENTE. “Ponle corazón, ponle prevención” CRAJPEA. Ayacucho -Perú 2011.
24. GOBIERNO REGIONAL Y DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD, Proyecto de Incidencia Política y Programa Mi Comunidad del Colectivo Regional Adolescentes y Jóvenes para la Prevención del Embarazo Adolescente en Ayacucho - Perú 2011.
25. MORÁN ROBERTO E. “Educarlos con desórdenes emocionales y conductuales”. Edit. UPR, 1ra Edic. San Juan de Puerto Rico 2004.
26. SALVADOR BELTRÁN, G. Familia: Experiencia Grupal Básica. Edit. Paidós. Barcelona 2009.
27. MONROY Anameli. Salud y Sexualidad en la Adolescencia y Juventud. Edit. Pax, 1ra Edic. México 2002.

28. JUNE HUNT, J. Claves Bíblicas Para Consejería: Volumen 3: La violencia y sus víctimas. Edit. Centros de Literatura Crist. Santiago de Chile 2005.
29. SMILKSTEIN G. Test de Apgar familiar. Validado por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florezano y Salazar, Chile 1987.
30. PLATA RUEDA, E. Hacia una medicina más humana. Editorial Médica Internacional. 1ra Edic. Bogotá 1997.
31. ALEGRET M. Joana. Adolescentes, Relaciones con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo. Edit. GRAO. 1ra Edic. Barcelona 2005.
32. ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Mauricio. La Adolescencia Normal: un enfoque psicoanalítico. Edit. Paidós, 1ra Edic. Vol. 227. Buenos Aires – Argentina 1997.
33. MEJÍA RAMÍREZ, G. Salud y Sexualidad: Guía didáctica para adolescentes. Edit. EUNED. 1ra Edic. San José de Costa Rica 2006.
34. GARCÍA MADERO, M. y VIDALES DELGADO, I. La actitud del adolescente nuevoleonés ante la sexualidad. 1ra Edic. Monterrey - México 2009.
35. GRAJALES – VALDERRAMA. Test Autoestima. Centro de Investigaciones Educativas, Universidad Montemorelos – México 2000.
36. GONZÁLEZ, J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población Adolescente Escolar. Rev. Salud Pública, Vol. 11, Bogotá 2009.
37. GONZÁLEZ A. Electra y Cols. Influencia de los factores familiares en la actividad sexual adolescente. “XXVII Jornadas Chilenas de Salud Pública”. Santiago de Chile 2008.
38. CONDORI I. Luis J. Funcionamiento Familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Perú 2002.
39. MEJÍA, I.E., y Cols. Dinámicas, ritmos y significados de la sexualidad juvenil. Universidad de los Andes. Programa La Casa - Cesó. Bogotá 2000.
40. INSTITUTO DE EDUCACIÓN Y SALUD (IES), MINEDU, UNESCO. Educación Sexual Integral (ESI) en el Sistema Educativo, Lima - Perú 2009.
41. GALVÁN L. y JOSE F. La baja autoestima principal problema en el desempeño escolar de los alumnos de secundaria. San Luis Potosí S.L.P. México 2008.
42. MARTINEZ MONTENEGRO, A. Manual III para prevención de la Violencia Familiar. Edit. Tangamanga. México 2004.

43. POLAINA AQUILINO, Familia y Autoestima - Diez principios para mejorar la autoestima en la familia (Internet) 2008. (11 de Setiembre del 2012); Disponible en <http://www.universoenergetico.com.ar/articulos/diez-principios-para-mejorar-la-autoestima-en-la-familia>.
44. AVELAR MARTINEZ, N. Y RODRÍGUEZ GARCÍA, B. Influencia de Familias Disfuncionales Sobre la Delincuencia en los Adolescentes. Universidad de Montemorelos, México 2011.
45. URREAF, CONGOLINO ML, HERRERA HD, REYES JI, BOTERO W. Comportamientos Sexuales e Incidencia de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva en Estudiantes de Secundaria de los Sectores Populares y de la Universidad Pública en la Ciudad de Cali. Colombia 2006.

ANEXOS

(ANEXO – A)

CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS DE SEXUALIDAD

El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer algunos aspectos de la vida de los estudiantes de Nivel secundaria. Por favor responder en forma INDIVIDUAL Y ANÓNIMA.

Responda por favor del modo más sincero posible. Si ninguna alternativa corresponde a su caso maque la respuesta que más se parezca a su situación.

Edad....., Grado que cursa 1ro () 2do () 3ro () 4to () 5to ()

Sexo: F () M ().

Con quienes vives en casa.....

I. CONOCIMIENTO SOBRE LA SEXUALIDAD

ITEMS	SI	NO
En la escuela hace falta educación sexual		
Es importante que los padres reciban información sobre sexualidad para que orienten a sus hijos		
Cualquier persona podría tener una enfermedad de transmisión sexual		
La educación sexual debe ser enseñada por expertos		
Siempre que una mujer tiene relaciones sexuales se embaraza		
La información de métodos anticonceptivos debe ser más amplia		
Usar métodos anticonceptivos es seguro para evitar el contagio de enfermedades sexuales		
La mejor forma de prevenir el embarazo es usar métodos anticonceptivos		
En la escuela deben dar información más completa de métodos anticonceptivos		
Aunque se usen métodos anticonceptivos se puede producir el embarazo		
En los adolescentes la masturbación es normal y necesaria		
El embarazo en adolescentes es un problema		
En la primera relación puede producirse el embarazo		
El aborto puede tener graves consecuencias		
Tener relaciones sexuales es una necesidad orgánica en la adolescencia		
Psicológicamente ya está preparado el adolescente para tener relaciones sexuales		

Eficiente : 15 – 17 puntos

Regular : 10 – 14 puntos

Deficiente : 0 – 9 puntos

II. ACTITUD DEL ADOLESCENTE HACIA LA SEXUALIDAD

REACTIVO	SI	NO
Es negativo y degradante que existan muchas revistas pornográficas		
Los medios de comunicación manejan demasiado erotismo		
Para casarse es importante que la mujer sea virgen		
Es mejor abortar que tener un hijo no deseado		
Las relaciones sexuales deben ser prohibidas antes los matrimonios		
Siempre es bueno hacer uso de los anticonceptivos		
Para los adolescentes tener relaciones coitales prematrimoniales es conveniente		
Es agradable divertirse en convivencia con homosexuales		
La prostitución siempre debe existir		
Masturbación es una de las alternativas		
Los ITS no son problemas		
Embarazo en adolescentes		

Positiva : 10-18

Negativa : 0-09

II.- PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD:

Marque con un aspa la alternativa que considere correcta y en los espacios en blanco completar.

- 1. Edad en que tuviste tu primera pareja y/o enamorado(a)**
 < 10 10 -12 13 – 15 > 15 Nunca
- 2. N° Parejas/enamorados(as) hasta la actualidad**

- 3. A los cuantos años tuviste la primera relación sexual**
 < 10 11 -12 13– 15 >15 Nunca
 Para los que ya tuvieron su primera relación sexual:
¿Motivos o circunstancia en que se dio?
 Voluntad propia a la fuerza violación
¿Con quién fue?.....
- 4. Si tienes relaciones sexuales usaste algún tipo de protección para no contagiarte con alguna enfermedad?**

- 5. Usas algún método anticonceptivo para evitar el embarazo?**
 SI () ¿Cuál?..... NO ()
- 6. ¿Tienes hijos?**
 Si () No () Cuántos
- 7. ¿Consumes algún tipo de bebidas alcohólicas?**
 Nunca Algunas veces Siempre
- 8. Consumes tabaco y otro tipo de drogas?**
 Nunca Algunas veces Siempre

(ANEXO - B)

TEST DE AGPAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN²⁹

Validada en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar.

Marque con un (x) en el casillero que considere pertinente, uno por fila:

1.- TEST AGPAR FAMILIAR GENERAL

FUNCION	CASI NUNCA	AVECES	CASI SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.			
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.			
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor y otros.			
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.			

Casi nunca = 0

A veces = 1

Casi siempre = 2

ESCALA DE MEDICIÓN

FUNCIÓN

PUNTAJE

Familia funcional o normo-funcional

7 - 10

Familia disfuncional leve

4 - 6

Familia disfuncional grave

0 - 3

(ANEXO - C)

TEST AUTOESTIMA (Grajales – Valderrama 2000)³⁵

INSTRUCCIONES:

Escribe en el espacio asignado en la columna de la derecha, el número que corresponda.

Contesta de acuerdo a la siguiente escala

- 0 = Nunca
- 1 = Casi Nunca
- 2 = Algunas veces
- 3 = Casi siempre
- 4 = Siempre

1. Siento que la gente que conozco es mejor que yo.	
2. Me culpo, incluso hasta cuando no soy el que tengo la culpa	
3. Me siento avergonzado de mí mismo	
4. Pienso que no le caigo bien a la gente	
5. Si otros me desaprueban me siento fuera de lugar	
6. Tengo la sensación de ser una persona sin ningún atractivo físico	
7. Me siento cómodo respecto a mi imagen física	
8. Me asusta ser rechazado por mis amigos	
9. Pienso que mis trabajos no son tan buenos como los de mis compañeros	
10. Las responsabilidades de la vida son demasiadas para mí	
11. No tengo ningún talento en especial	

Una vez asignado los valores correspondientes a cada ítem, se deberá sumar los valores reales a fin de obtener un valor que estará entre 0 y 44 puntos. A mayor puntaje, mayor autoestima en el estudiante.

(ANEXO - D)

CUADRO N° 05

**PERCEPCIÓN SOBRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “SAN RAMÓN”-
AYACUCHO 2012.**

PERCEPCIÓN	N°	%
Normo-funcional	160	53.3
Disfuncional leve	36	12.00
Disfuncional severa	104	34.70
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; octubre del 2012.

En el presente cuadro se observa que del 100% de los adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón”, el 53.3% perciben su familia como normo-funcionales, 34.70% con disfuncionalidad severa y 12 % con disfuncionalidad leve.

CUADRO N° 06

**CONOCIMIENTO SOBRE LA SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES
DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “SAN RAMÓN”- AYACUCHO 2012.**

CONOCIMIENTO	N°	%
Buena	60	20.0
Regular	134	44.7
Deficiente	106	35.3
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; octubre del 2012.

En el cuadro se observa, que del 100% de los adolescentes, el 44.7% refieren tener conocimiento regular sobre la sexualidad, 35.3% deficiente y 20% conocimiento bueno.

CUADRO N° 07

NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA “SAN RAMÓN”- AYACUCHO 2012.

NIVEL DE AUTOESTIMA	N°	%
Bajo	104	34.70
Alto	196	65.30
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; Octubre del 2012.

En el presente cuadro se observa, que del 100% de los adolescentes, el 65.30% revelan autoestima alta y 34.70% autoestima baja.

CUADRO N° 08

ACTITUD SOBRE LA SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “SAN RAMÓN”- AYACUCHO 2012.

ACTITUD	N°	%
Favorable	140	46.7
Desfavorable	160	53.3
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a la muestra de estudio; octubre del 2012.

El cuadro que antecede indica que, del 100% de los adolescentes de la Institución Educativa “San Ramón”, el 53.3% muestran actitud favorable sobre sexualidad y 46.7 % desfavorable.