

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INFLUENCIA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA
ADOPCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES DEL
TERCER AL QUINTO GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
SECUNDARIA ADVENTISTA – PUNO 2013**

TESIS

PRESENTADA POR:

LUISA SOLEDAD MOLINA TICONA

AMANDA QUISPE ARUHUANCA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERU

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**INFLUENCIA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA ADOPCIÓN DE
CONDUCTAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES DEL TERCERO AL QUINTO
GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA ADVENTISTA PUNO-
2013**

TESIS

PRESENTADA A LA COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO-PUNO, COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADO POR EL SIGUIENTE JURADO REVISOR:

PRESIDENTA

:

Mstro. SILVIA DEA CURACA ARROYO

PRIMER MIEMBRO

:

Mg. FILOMENA LOURDES QUICANO DE LOPEZ

SEGUNDO MIEMBRO

:

Mg. ÁNGELA ROSARIO ESTEVEZ VILLANUEVA

DIRECTORA Y ASESORA

:

Dra. HAYDEE CELIA PINEDA CHAIÑA

ÁREA : Del niño

TEMA : Conductas de riesgo en adolescentes

DEDICATORIA

A Dios por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida, guiar mis pasos y darme una sabiduría para la culminación de mi carrera, por darme una salud para lograr mis objetivos.

A mi familia Marcial y Leonard que son la razón de mi vivir, apoyándome incondicionalmente dándome alegría en todo momento y sobre todo por acompañarme en los momentos más difíciles de mi vida y que son mi motor para seguir adelante.

Con mucho cariño a mis padres Martin y Victoria, por haberme apoyado, y tener toda la paciencia en todo momento, por haberme inculcado valores, principios y el espíritu de perseverancia, pero aun más por brindarme mucho amor

A mis hermanos Lutgardo y Carmen por haber compartido buenos y malos momentos durante mi vida universitaria.

Luisa Soledad

DEDICATORIA

A Dios por haberme guiado por todo este camino, por cuidarme y protegerme en cada momento, por no dejarme desmayar, por estar siempre conmigo y con mi familia.

A mis queridos padres Plácido y Florentina mi eterna gratitud por su sacrificio, apoyo incondicional y esfuerzo. Por haberme inculcado valores, principios, confianza y el espíritu de perseverancia. Todo ello con gran amor.

A mi hermano David que siempre estuvo apoyándome en todo momento aún en los más difíciles que he pasado y acompañándome en cada paso que doy sé que siempre estará a mi lado.

A la razón y motor de mi vida, mi preciosa hija que es la luz en mi camino, por darme todo ese cariño y amor que dan fuerzas para seguir adelante.

A mis amigas Yeni, Soledad por haber compartido buenos y malos momentos durante la vida universitaria.

AMANDA

AGRADECIMIENTO

A Dios creador, por proteger cada pasó en el sendero de nuestras vidas guiándonos e iluminando nuestro camino, fortaleciendo el deseo de servir con humildad y entusiasmo.

A nuestra alma mater, Universidad Nacional del Altiplano Puno por darnos la oportunidad de formarnos profesionalmente.

A la Facultad de Enfermería, plana docente y administrativa por guiarnos durante nuestra formación profesional.

A nuestra directora y asesora de investigación: Dra. Haydee Celia Pineda Chaiña, por su desinteresada orientación durante el desarrollo y culminación de la investigación.

Nuestro reconocimiento a los miembros del nuestro jurado calificador: M.Sc. Silvia Curaca Arroyo, Mg. Filomena Lourdes Quicaño de López, M.Sc. Ángela Rosario Esteves Villanueva; por sus acertadas observaciones y sugerencias para el desarrollo y culminación del estudio.

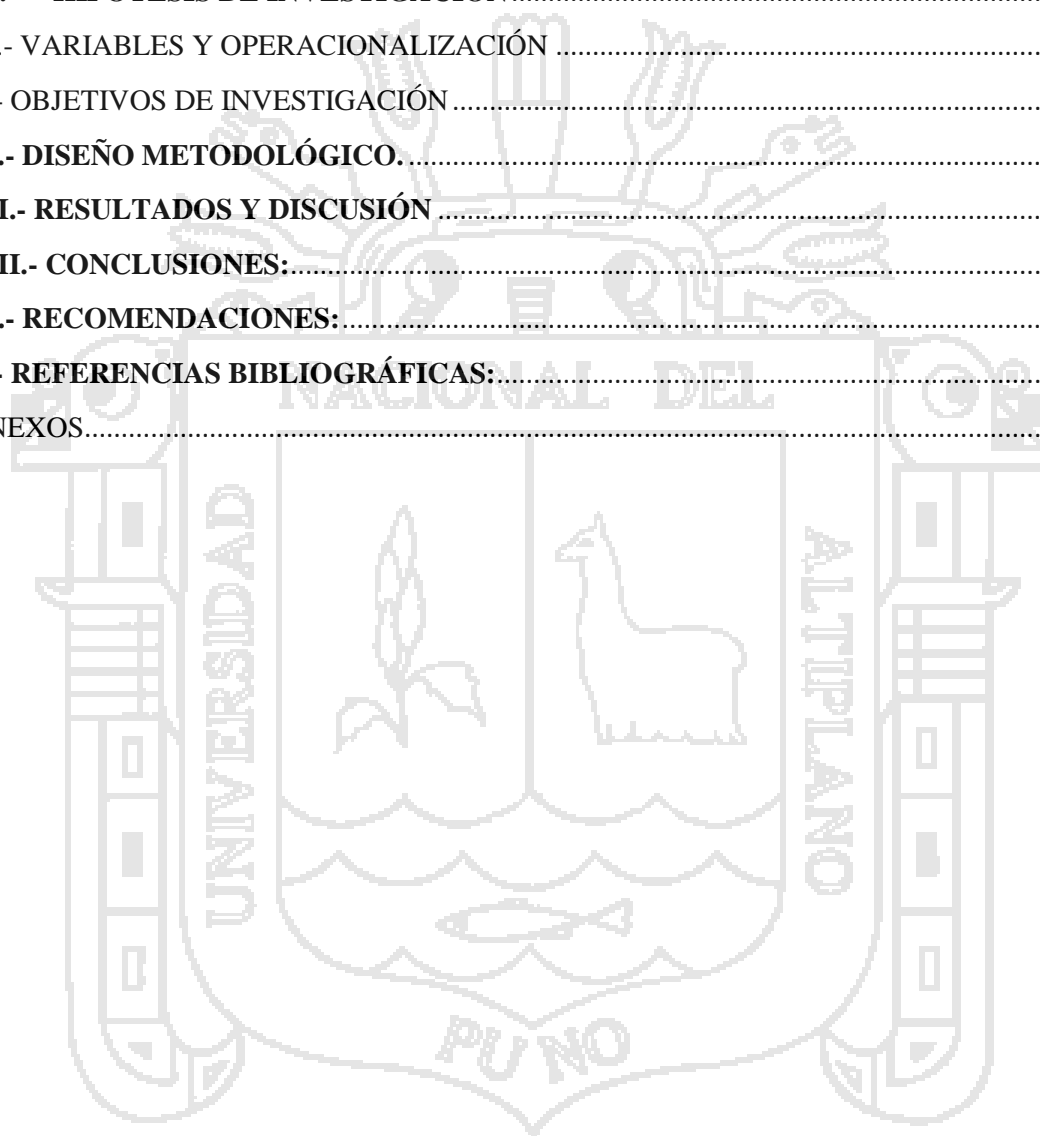
A la Coordinadora del centro de investigación de la Facultad de enfermería.

Al Director de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno, por habernos permitido realizar nuestra investigación dentro de su centro de estudios.

A todas aquellas personas con quienes compartimos experiencias en el transcurso de nuestra formación y elaboración del presente estudio.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO	18
III.- MARCO TEÓRICO.....	18
III. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	38
IV.- VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN	39
V.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	42
VI.- DISEÑO METODOLÓGICO.....	42
VII.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN	50
VIII.- CONCLUSIONES:.....	70
IX.- RECOMENDACIONES:.....	72
X.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	74
ANEXOS.....	79



RESUMEN

La presente investigación titulada: “INFLUENCIA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA ADOPCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES DEL TERCERO AL QUINTO GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA ADVENTISTA PUNO- 2013”, tuvo como propósito determinar si la familia se constituye como influencia en la adopción de conductas de riesgo en los estudiantes. Fue de tipo descriptivo explicativo y con diseño correlacional; la muestra estuvo constituida por 195 estudiantes del tercero al quinto grado. Los datos se recolectaron en el mes de noviembre 2013, mediante el cuestionario adaptado por Pérez de la Cuesta, Louro y Bayane, (1994) para medir la percepción del funcionamiento familiar y el cuestionario elaborado por Smilkstein (1969) para evaluar la adopción de conductas de riesgo. El análisis de los datos se realizó utilizando la prueba estadística CHI-CUADRADA; llegando a las siguientes conclusiones: El 74% de estudiantes pertenecen a una familia funcional y el 26% a una familia disfuncional. En el funcionamiento familiar la dimensión más predominante es la permeabilidad en un 43% de estudiantes que pertenecen a una familia funcional seguido de las dimensiones de adaptabilidad y comunicación con 33% y 34% respectivamente. Con respecto a la conducta de riesgo más predominante en los estudiantes fue el consumo del alcohol en un 34.0%; seguido del consumo de tabaco en un 28.0% y las relaciones coitales precoces en un 19.0%. En relación al funcionamiento familiar con el consumo de alcohol en los estudiantes es de 20% en familias funcionales y 12% en familias disfuncionales. En relación al funcionamiento familiar con el consumo de tabaco en los estudiantes es de 16% en familias funcionales y 11% en familias disfuncionales. En relación al funcionamiento familiar con las relaciones coitales precoces en los estudiantes es de 8% en familias funcionales y 5% en familias disfuncionales. En relación al funcionamiento familiar y las conductas de riesgo se evidenció que existe conductas de riesgo en los estudiantes, por ende se confirma la hipótesis alterna la cual nos indica que si hay una relación entre el funcionamiento familiar y la adopción de conductas de riesgo.

PALABRAS CLAVES: Funcionamiento Familiar, Conductas de Riesgo.

SUMMARY

This research named "INFLUENCE OF RELATIVE PERFORMANCE IN THE ADOPTION OF BEHAVIOR RISK STUDENTS TO THIRD GRADE SECONDARY EDUCATIONAL INSTITUTION OF ADVENTIST Puno-2013," was to determine if the family is constituted as an influence on the adoption of risk behaviors in students. It was a descriptive and explanatory correlational design; the sample consisted of 195 students from third to fifth grade. Data were collected in November 2013 through the questionnaire adapted by Pérez de la Cuesta, and BayaneLouro (1994) to measure the perception of family functioning and the questionnaire prepared by Smilkstein (1969) to assess the adoption of behaviors risk. The data analysis was performed using the CHI-SQUARE test statistic; reaching to the following conclusions: 74% of students belong to a functional family and 26% to a dysfunctional family. In operation the dominant familiar dimension is the permeability at 43% of students who belong to the functional family, followed by the dimensions of adaptability and communication with 33% and 34% respectively. Regarding the most prevalent risk behavior among students was alcohol consumption in 34.0%; followed by the consumption of tobacco in 28.0% and early sex relations in 19.0%. In relation to family functioning with alcohol consumption in students is 20% functional and 12% families in dysfunctional families. In relation to family functioning with the consumption of tobacco in students is 16% functional and 11% families in dysfunctional families. In relation to family functioning with early intercourse among students is 8% in functional families and 5% in dysfunctional families. In relation to family functioning and risk behaviors was evident that there is risk behaviors in students, therefore the alternative hypothesis which tells us that if there is a relationship between family functioning and the adoption of risk behaviors is confirmed.

KEYWORDS: Family Functioning, Risk Behaviors.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA:

Tradicionalmente se conocía como funcionamiento familiar a un proceso o roles que cumplían cada miembro de la familia. Por lo que es importante enfatizar que en comparación con épocas pasadas, el funcionamiento familiar actual ha sufrido cambios en la comunicación, estructura y función, debido a la crisis económica y valores que tienen su mayor efecto en las familias con miembros adolescentes que día a día se manifiestan en la adopción de conductas de riesgo como: consumo de alcohol, tabaco, drogas, relaciones coitales y otros. Las alteraciones en el funcionamiento familiar favorecen la desintegración de la familia, afectando principalmente a los jóvenes en un 80 por ciento de los casos.

El funcionamiento familiar es definido como aquel conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explica las regularidades encontradas dentro de la familia.¹

Al encontrar una familia estable implica el desarrollo de un funcionamiento adecuado en la familia. Refiriéndonos al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las cuales se encuentran mediadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí, además de la relación con el grupo en su conjunto, los indicadores más utilizados para valorar el funcionamiento familiar son: La cohesión, se define a partir de los vínculos emocionales que los miembros de una familia establecen entre sí; la armonía que es la correspondencia y necesidades individuales con los de la familia; la comunicación familiar refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia interactúan y cambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos; la permeabilidad que se da al recibir y brindar experiencias; la afectividad es vivenciar y demostrar los sentimientos; la adaptabilidad o flexibilidad se define como la habilidad de una familia para ajustarse a una estructura de poder, roles y relaciones con las distintas situaciones estresantes del exterior.²

Sin embargo los adolescentes de hoy deben también hacer frente a fuerzas externas sobre las que carecen prácticamente de control. Los imperativos de la cultura, el género, la mundialización han empujado a millones de adolescentes de forma prematura a asumir funciones y responsabilidades propias de adultos. A medida que desaparecen las redes sociales tradicionales, la estructura de la familia se remodela y a veces se viene abajo la capacidad de los sistemas de apoyo de la familia y la comunidad disminuye al ver cómo su mundo pierde seguridad, coherencia y estructuras, los adolescentes se ven abocados con demasiada frecuencia a hacer elecciones difíciles, pero también a que inicien en conductas de riesgo casi siempre sin que nadie los ayude.³

Las conductas de riesgo son acciones voluntarias o involuntarias realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a conductas nocivas. Son múltiples y pueden ser bio-psico-sociales y particularmente intensas en la adolescencia. A ello contribuyen diferentes características propias de la edad entre las que destacan la “sensación de vulnerabilidad” o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente. Estas conductas de riesgo pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la adolescencia, con perturbaciones perjudiciales para la vida futura, el adolescente sin experiencia o con experiencia se predispone a adquirir conductas de riesgos a corto o largo plazo, las cuales son: uso y abuso de tabaco, alcohol, otras drogas y conducta sexual arriesgada entre otros.

Estas conductas son voluntarias, se establecen durante la adolescencia y juventud extendiéndose a la edad adulta. Sigue la trayectoria del desarrollo del adolescente por lo que son predecibles, se encuentran relacionadas entre sí, influenciadas por el ambiente en que se vive como la familia, escuela y comunidad evolucionando en forma predecible, un adolescente sexualmente activo es más probable que consuma tabaco y alcohol precediendo a la marihuana y otras drogas.⁴

Respecto a las conductas de Riesgo según ENDES (2012), el 19.3% de una población total de 5'817,644 son adolescentes de las cuales, viven en zona Urbana 65 % y el 35% en zona rural; por lo tanto el uso del condón es menor en las adolescentes sexualmente activas unidas a su pareja que en las no unidas. De los 17,054 casos reportados de la enfermedad (VIH-SIDA), 826 corresponden a niños

y adolescentes. De esta última cifra, 430 son adolescentes entre los 13 y los 19 años (299 hombres y 131 mujeres). En el ranking nacional sobre casos reportados de la enfermedad (VIH-SIDA); Loreto ocupa el cuarto puesto, Piura el quinto, La Libertad el sexto y Lambayeque el noveno.⁵

Así mismo se encontró que un 12,5% de adolescentes entre 13 y 19 años están embarazadas o ya son madres, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2011, una cifra que se ha mantenido casi sin variación durante los últimos 10 años.

El estudio realizado por el Plan Nacional sobre Drogas destaca que los escolares de secundaria son los que más fuman en el país. Un 17,7% de los estudiantes encuestados aseguran fumar a diario y un 33% lo han hecho en el último mes.

Un estudio de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) que revela que el consumo de drogas y licor entre los estudiantes peruanos de educación superior aumentó (entre 2009 y 2012) en 5.6% y 7%, respectivamente durante la encuesta a 5,993 estudiantes (de ambos sexos) de diferentes carreras, un 71.9% refiere haber consumido alcohol alguna vez en el último año. En el 2009, este índice fue de 65%.

Frente a la problemática expuesta se observa como las conductas de riesgo de nuestra población adolescente están aumentando de manera alarmante, debido al cambio sociocultural, el trabajo, y así mismo la desestabilización de la familia como institución, provocando dificultades en la comunicación entre padres e hijos, alterando el funcionamiento familiar, poniendo así en evidencia una relación estrecha entre la disfunción familiar y la adopción de conductas de riesgo en los adolescentes que puede afectar a cualquier adolescente sin excepción, incluso a aquellos que estudian en Instituciones Educativas cristianas.

En el Colegio Adventista en los últimos años se ha observado que los adolescentes buscan también su independencia poniéndose en particular situación de riesgo y vulnerabilidad al igual que en una Institución estatal y que con la influencia de estos adolescentes se observa que hay una posibilidad de adoptar conductas de riesgo como el fumar, beber y tener relaciones coitales a temprana edad. Esto a

razón de que existen estudiantes que son trasladados de otras instituciones estatales a una particular que ya tienden a adoptar estas conductas de riesgo pudiendo llegar a representar el 25% aproximadamente de su población total, la cual hace que aumente la posibilidad de que pueda ejercer influencia en los estudiantes regulares de la Institución ya mencionada.

La situación antes descrita destaca la necesidad de estudiar la influencia del funcionamiento familiar para la adopción de conductas de riesgo en adolescentes ya que la incidencia podría ser alta y esta puede llegar a afectar a todo tipo de persona sin distinción alguna.

1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

Para la realización de la investigación se revisó diversos artículos, revistas online, tesis y otras fuentes electrónicas relacionadas al tema, encontrando los siguientes antecedentes:

A nivel internacional:

Se realizó una investigación titulada: “Características del Funcionamiento Familiar en el Policlínico Juan George Soto Cuesta. Deleyte Banes. Enero – Diciembre del 2010”, en Cuba, con el objetivo de identificar las características del funcionamiento familiar analizando el comportamiento de los miembros frente a situaciones cotidianas, donde la muestra estuvo constituida por 36 familias, de las cuales se escogieron 78 miembros pertenecientes al Policlínico Juan George Soto Cuesta, aplicándose la prueba FF-SIL y el APGAR Familiar, para diagnosticar el funcionamiento familiar. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal, del cual se obtuvo que: el 33% de los encuestados pertenecen a una familia funcional, 11% pertenecen a una familia moderadamente funcional, 50% son disfuncionales y severamente disfuncional con un 61%.⁶

En un estudio realizado en una población estudiantil secundaria, reportó que el sexo precoz influye en la percepción del proceso familiar de individualización. El 99%

reportó problemas en uno o más de los procesos familiares. El proceso que obtuvo menor puntaje, es decir ineffectividad, es el de mantenimiento del sistema.⁷

Luego en un estudio realizado a 216 alumnos universitarios de nuevo ingreso del área de ciencias de la salud, de una universidad. Agrupó a la población por sexo y rango de edad, el primer rango de edad fue de 17 a 19 años y el segundo fue de 20 a 25, no se encontraron diferencias significativas en las medidas de los procesos familiares con sexo, la edad tampoco mostró diferencia significativa con la funcionalidad familiar y sus procesos.⁸

En Ecuador se investigó los "Factores Familiares que previenen Conductas de Riesgo en adolescentes de un colegio en la ciudad de Quito", cuyo objetivo fue: Identificar factores familiares que intervinieron evitando el desarrollo de conductas de riesgo para la salud por los/las adolescentes que concurren a un colegio de la ciudad de Quito, la información se obtuvo a través de una encuesta reservada y anónima que fue tomada como base para el diseño del sistema de información del adolescente del Centro Latinoamericana de Perinatología, concluye: el 28.8% fumaban, 27.1% tomaban licor, 54.2% tuvieron relaciones sexuales.⁹

En un estudio realizado en el año 2006 un estudio acerca de la "Influencia de los factores familiares sobre presencia de conductas de riesgo en escolares chilenos" Santiago de Chile, el objetivo fue determinar la prevalencia de factores familiares y conductas de riesgo en adolescentes chilenos, y estudiar la correlación entre la percepción del funcionamiento familiar del adolescente, sus síntomas emocionales y psicológicas. El estudio usó el método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 815 adolescentes entre 7o básico y 4o medio, provenientes de tres establecimientos educacionales de la ciudad de Santiago. El instrumento que usó fue un cuestionario ECRA (Escala de Conductas de Riesgo en Adolescentes) consistente en 70 preguntas y una encuesta "¿Cómo es tu familia?" desarrollado por la OPS; que las conclusiones a las que llegaron fueron entre otras: El 66,5% de los escolares percibe que sus familias son disfuncionales. El 48,4% de los adolescentes señaló que su padre dedica muy rara vez o nunca tiempo para conversar con él, siendo la conversación satisfactoria "frecuentemente o casi siempre" en 34,4%. El 43,5% de los adolescentes declara haber tenido relaciones

sexuales, siendo la prevalencia significativamente mayor en hombres que en mujeres, alcanzando 14,3% en menores de 13 años, 40,3% entre 13-16 años y 60,8% en mayores de 16 años. Los adolescentes que perciben disfuncionales sus familias presentan mayor riesgo de consumir las cinco sustancias analizadas, sin embargo, este riesgo fue significativo únicamente en el caso del tabaco, marihuana y tranquilizantes. El riesgo de mantener relaciones sexuales es significativamente superior en hogares percibidos como disfuncionales, en los cuales la prevalencia para ambos sexos alcanza 50%.¹⁰

En el año 1997, realizó un estudio sobre la “Influencia del medio familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida”, pertenecientes al área de salud del Policlínico "Carlos J. Finlay" de Santiago de Cuba; el cual tuvo como objetivo identificar la influencia del medio familiar en adolescentes con riesgo suicida, el método que usaron fue descriptivo, prospectivo y corte transversal. Se aplicó un cuestionario: El APGAR familiar de Smilkstein. La población estuvo conformada por 44 pacientes dispersados como riesgo de suicidio; y las conclusiones a la que llegó fueron entre otras: “Las manifestaciones psicopatológicas más comúnmente halladas en los pacientes de riesgo suicida, fueron: Ideación suicida, impulsividad y trastornos afectivos con 65,9%, respectivamente. Entre las causas más frecuentes por las que fueron clasificados como de riesgo suicida figuraron: Antecedentes de intento suicida (31,8%), embarazo precoz (22,7%) y anuncio del suicidio (15,9%); seguidos por gesto suicida (9,1%), trastornos depresivos, retraso mental leve asociado a situación familiar inadecuada y jóvenes desocupados (6,8% cada una). El APGAR familiar se comportó moderadamente funcional en 19 pacientes, severamente disfuncional en 16 y altamente funcional en 9. Por su parte, en el grupo control fue como sigue: Altamente funcional, moderadamente funcional y severamente disfuncional con 25, 17 y 2 pacientes, respectivamente.¹¹

Se realizó un estudio sobre “Factores asociados al embarazo precoz en el área de salud”, Santiago de Cuba 1997, teniendo como objetivo: Identificar y determinar los factores sociales que influyeron en la concepción precoz del embarazo en la adolescencia en nuestra área de salud; usando una metodología analítico y observacional, de tipo casos y controles, en 61 adolescentes embarazadas (casos) y 122 no embarazadas (controles). La información fue recogida a través de un

formulario elaborado al efecto y de la entrevista individual; llegándose a las siguientes conclusiones: “Los factores que más repercutieron en la ocurrencia del embarazo adolescente, figuraron: La inestabilidad familiar, la no convivencia con los padres y la educación sexual deficiente.”¹²

A nivel nacional

En el año 2002, en una tesis sobre el “Estudio del funcionamiento familiar en los estudiantes de Enfermería Universidad Católica de Santa María- Arequipa”, la población en estudio pertenece a una situación socioeconómica media-alta; cuyo objetivo fue: Identificar el funcionamiento familiar en los estudiantes de enfermería de la Universidad Católica de Santa María, administraron el APGAR familiar y un cuestionario de estructura familiar, concluyeron: Más de la mitad de los estudiantes presenta un buen funcionamiento familiar y un considerable grupo presenta disfunción familiar. El funcionamiento familiar de los estudiantes tiene como parámetros más deficientes la comunicación y la inadecuada interrelación familiar.¹³

En un informe comparativo acerca de “Presencia de riesgos en el adolescente” realizado en 29 colegios en cuatro zonas geográficas: Callao, Huánuco, Puno, Juliaca y Ucayali; donde interviene el proyecto GTZ y el MINSA; a 1550 alumnos y alumnas de cuarto año de secundaria; se observó que en cuanto al consumo de alcohol en el año 2000 toman 56.8%, no toman 43.2%; en el año 2002 toman 56.7% y no toman 42.4% asimismo con respecto al inicio sexual encontramos que un mayor porcentaje de adolescentes encuestados en el año 2002 reportaron haber tenido relaciones sexuales (32.8% frente a 24.8% en el grupo del 2000). Es importante señalar que esta diferencia es estadísticamente significativa evidenciando que la proporción de iniciados sexualmente se ha incrementado 2 de cada 10 adolescentes en el 2000 a 3 de cada 10 en el 2002.

Existen pocos estudios acerca de las conductas de riesgo entre los adolescentes peruanos. Los que hemos encontrado son estudios epidemiológicos sobre la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales y drogas médicas entre adolescentes que cursan la secundaria, es posible observar que del año 2005 al 2009 no existe gran diferencia en la prevalencia del consumo de alcohol. El consumo de

cigarrillos, en cambio, mostró una disminución: Hacia el año 2005, 39,9% reportaban ser consumidores de tabaco, mientras que en el 2009 esta cifra descendió a 37%. Tanto para el tabaco como para el consumo de alcohol, la edad promedio de inicio es 13 años. Las estadísticas muestran que la prevalencia del consumo de drogas legales entre adolescentes es mayor entre los hombres (32,7%), en comparación con las mujeres (25,2%). Al mismo tiempo, se observa que el consumo de tabaco o alcohol es mayor entre adolescentes que asisten a instituciones educativas privadas (38,2%), en comparación con los que asisten a escuelas públicas (25,6%); asimismo, tiene mayor prevalencia entre estudiantes de secundaria considerados no pobres: 32,4% frente a 26,8% y 20,8% entre pobres y pobres extremos respectivamente.¹⁴

A nivel regional

En una tesis sobre “Influencia de factores familiares: En la prevención de conductas de riesgo para la salud del adolescente de quinto año de secundaria colegios estatales concluye”. De los 469 adolescentes encuestados más de la mitad (61.4%) presentan un buen funcionamiento en la dinámica familiar. La conducta de riesgo más prevalente fue en el consumo del alcohol (40.15%) en los y las adolescentes. La relación entre dinámica familiar y consumo de alcohol es estadísticamente significativa. El factor protector familiar con fuerte asociación estadística y con $RR=0.57$, en la prevención de esta conducta fue: “Los fines de semana siempre son compartidos por todo en casa”. El trabajo de investigación comprobó que existe influencia altamente significativa de factores protectores familiares en la prevención de conductas de riesgo; se demuestra que los adolescentes con buen funcionamiento familiar no presentan conductas de riesgo en un 54.86%, sin embargo los adolescentes con mal funcionamiento familiar presentan un alto porcentaje de 73.33% en conductas de riesgo. Así mismo a través de la determinación del riesgo relativo se estableció que la familia se constituye en un factor protector de cierto beneficio o protección en la prevención de conductas de riesgo.

En la tesis sobre “Factores socio-educacionales de la práctica sexual en adolescentes del colegio estatal José Antonio Encinas de la ciudad de Juliaca-2001 concluye”: El 38.14% de adolescentes iniciaron sus prácticas sexuales. La edad en

la que los adolescentes particularmente inician sus prácticas sexuales es la de 15-17 años; siendo los adolescentes varones los que inician más tempranamente su actividad sexual a diferencia de las mujeres. El mayor número de adolescentes que iniciaron sus prácticas sexuales tiene malas relaciones interpersonales con sus padres y pertenecen al grupo de amigos que consideran la práctica sexual como un símbolo de prestigio.¹⁵

En un estudio realizado sobre el “Consumo de cigarrillos de los centros educativos secundarios experimentales de la ciudad de Puno,” concluye. El 48.62% de estudiantes de bachiller declararon no haber fumado nunca, 11.47% fumaban ocasionalmente y el 2.75% son fumadores habituales, la edad de los 18 años es mayor la proporción de fumadores ocasionales y habituales. Por otro lado es menor la edad de quienes nunca habían fumado y de los experimentadores. El consumo de cigarrillos en fumadores es notablemente superior en el sexo masculino, sin embargo existe mínimo porcentaje de mujeres fumadoras.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Influye el funcionamiento familiar en la adopción de conductas de riesgo en estudiantes del Tercero al Quinto grado de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno 2013?

II. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de suma importancia porque proporciona información actualizada y objetiva sobre la influencia familiar en la adopción de conductas de riesgo, a fin de incentivar a un trabajo intersectorial entre los profesionales del Ministerio de Educación, el profesional de Enfermería y otros profesionales de la Salud, en este estudio se va considerar una etapa de vida importante que viene a ser la adolescencia, teniendo en cuenta que Enfermería es una profesión que se encarga de velar por la salud integral de las personas, las actividades Preventivo-Promocionales que realizan, está orientada a identificar las conductas de riesgo en los adolescentes y promover las conductas saludables, mediante la Estrategia mental, la Estrategia de salud en Instituciones Educativas Privadas, la Estrategia de Salud del Escolar y Adolescente y el Programa de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas, para así lograr la adopción de conductas saludables mejorando la calidad de vida de los adolescentes y así mismo disminuir los índices de conductas de riesgo que es un serio problema en nuestra actualidad tanto para el adolescente y la sociedad.

Por otro lado, servirá de información para el profesional de enfermería que trabaja en el primer nivel de atención de salud, quienes son los encargados directos de realizar las acciones preventivas promocionales en la población adolescente, sus familias y la comunidad en la que vive.

III.- MARCO TEÓRICO

3.1.- FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

3.1.1 LA FAMILIA:

Juan Pablo II en FAMILIARIS CONSORTO ha señalado que la familia constituye el lugar natural y el instrumento más eficaz de la humanización y personalización de la sociedad, ésta afirmación no solo es válida entre los creyentes sino que expresa conclusiones a las que han llegado científicos, médicos y sociales a lo largo de años de investigación.

Entendemos a la familia una estructura organizada antepuesta a la mediación e integración de las experiencias internas y externas al sistema.

Es decir en la familia se empieza a construir una serie de significados que influyen sobre la manera como el adolescente interpreta la realidad.¹⁶

La familia es el medio natural para el desarrollo de los hijos y la formación de adultos por ello se le considera como el primer agente de socialización importante en el desarrollo físico y psicológico de éstos. El comportamiento del adolescente que sigue éste proceso, está estrechamente ligado con la diversidad y la calidad de los estímulos emocionales e intelectuales proporcionados por el grupo familiar.¹⁷

La familia constituye la base fundamental para el desarrollo normal bio-psico-social del individuo, en especial del adolescente, repercutiendo sobre éstos la interrelación y estructura familiar desde los primeros años de vida.

La familia puede considerarse como un sistema o subsistema abierto, dinámico e interdependiente, es la principal influencia socializadora sobre el adolescente. Esto significa que la familia es el principal transmisor de los conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos que una generación pasa a la siguiente. Por medio de la palabra y el ejemplo la familia moldea la personalidad del adolescente y le difunde modos de pensar y formas de actuar que se vuelven habituales.¹⁸

Se define a familia como una unidad social constituida por un grupo de personas unidas por vínculos consanguíneos y/o cohabitaciones.¹⁹

También se define a la familia como un grupo, que cumple funciones determinadas para el individuo y la sociedad mediante las cuales se transmiten y forman hábitos, costumbres, valores, creencias, percepciones y conductas de riesgo para la salud, que condicionan en sus miembros estilos de afrontamientos característicos ante la presencia de la salud y/o la enfermedad.²⁰

La función de la familia ha sido descrito como un ÚTERO SOCIAL, en el sentido que actúa como la MATRIZ DE LA SOCIALIZACIÓN: Ella prepara al individuo para insertarse en su comunidad y para formar nuevas familias.²¹

La OMS y UNICEF identificaron las siguientes funciones familiares importantes de promoción de la salud del adolescente.²²

La familia:

- Proporciona al adolescente apoyo, cariño y un entorno sólido.
- Promueve el desarrollo moral y el sentido de responsabilidad.
- Proporciona modelos de conducta y también educación sobre la cultura propia.
- Establece expectativas.
- Gestiona servicios y oportunidades.
- Filtra o contrarresta influencias del entorno que son perjudiciales o inconsecuentes.

3.1.2 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

De la Cuesta Pérez & Louro (1996), en su investigación titulada: “Funcionamiento Familiar: Construcción y validación de un instrumento”. (Referido por Ortiz, Louro, Jimenez y Silva), consideran el funcionamiento familiar como:

“La relación interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de las categorías de cohesión, armonía, roles, permeabilidad, afectividad, comunicación y adaptabilidad”.²³

La misma definición fue utilizada en diversas investigaciones referidas al funcionamiento familiar por lo que también se tomará en cuenta en la presente investigación. Del mismo modo se tomó en consideración a Ortega T. (1998) referido por Moisés Ríos, quien da una definición general: “El funcionamiento familiar es el modo en que se comportan unos con otros y la calidad de las relaciones interpersonales es considerado el componente más importante para determinar la salud de la familia”.²⁴

3.1.2.1 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia debe ser vista como un momento en la etapa evolutiva de la familia; una etapa de crisis y crecimiento tanto para el adolescente como para los padres y la familia como una unidad.²⁵

La adolescencia como etapa del desarrollo y modo de operatividad humana se produce en el marco de una familia y sus características, situaciones son el producto de una interacción entre el adolescente y su familia.²⁶

La adolescencia es un periodo de transición especialmente crítico e intenso en el ciclo familiar vital, marcado por inestabilidad y desequilibrio tanto en cada uno de sus miembros como en toda la familia, ya que todos están sometidos a los impactos del crecimiento y desarrollo. El adolescente, en su tarea de descubrir nuevas direcciones y formas de vida, desafía y cuestiona el orden familiar preestablecido. En su dicotomía independencia, el adolescente crea una inestabilidad y tensión en las relaciones familiares, lo que a menudo resulta en conflictos intensos que eventualmente puede tomarse crónicos. Sin embargo, cierto grado de conflicto entre generaciones es inevitable y necesario para permitir el cambio y promover el crecimiento individual y familiar. La familia, y en especial de los padres, constituyen el principal sistema de apoyo para el adolescente. La familia es el grupo primario en el que los individuos aprenden las normas básicas de comportamiento humano y las expectativas sociales. El grupo familiar proporciona apoyo emocional y protección a sus miembros y les permite su crecimiento y desarrollo, una función especialmente importante durante la adolescencia. A pesar de sus intentos de distanciamiento y a veces de agresiones, el joven necesita de la cercanía y disponibilidad afectiva de los padres.

Los problemas de la pareja, manifiesto o no, también pueden afectar al adolescente. El joven puede ser un “triangulado”, transformándose en un mensajero de los problemas de sus padres.²⁷

La familia con hijos adolescentes se enfrenta a la superposición o coincidencia de las crisis normativas de los signos vitales tanto de los hijos

como de los padres, lo que hace a ambos más vulnerables, altera el funcionamiento familiar y obliga al sistema familiar a hacer ajustes para mantener las relaciones y la salud mental.²⁸

Las dificultades que presenta la familia de acomodarse a esta situación donde sus miembros pasan a ser adolescentes son inevitables. Tanto los adolescentes como sus familias pueden percibir los años que comprende la adolescencia como una época tormentosa y emocionalmente agresiva plagada entre frecuentes enfrentamientos entre unos y otros. Sin embargo estudios recientes han puesto en manifiesto que a la mayoría de los adolescentes realmente les gustan sus padres y creen llevarse bien con ellos. Lo cierto es que la adolescencia produce un rápido desarrollo físico, así como profundos cambios emocionales que pueden ser excitantes, no obstante también pueden resultar confusos e incómodos tanto para el adolescente y sus padres.²⁹

Aunque los enfrentamientos y discusiones sean frecuentes, los adolescentes suelen tener un alto concepto de sus padres, los rechazos y conflictos no suelen tener que ver con la personalidad de los padres, sino más bien con el hecho de que es de sus padres de quien tienen que independizarse si quieren tener su propia vida.

El funcionamiento y las alianzas familiares desempeñan un papel importante; puesto que estos elementos empiezan a moldear la conducta mucho antes de aparecer la adolescencia.³⁰

3.1.2.2. DIAGNÓSTICO DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Consideramos al funcionamiento familiar como el conjunto de relaciones interpersonales que se dan entre los miembros que forman una familia. Tomando en cuenta los propósitos de este tema, se define la palabra diagnóstico, como el proceso evaluativo por el cual se va a conocer la capacidad funcional de la familia.

Un equipo en las ciencias médicas de la facultad de medicina de la Universidad de Chile se ha centrado por más de una década el tema de la salud familiar, sus investigaciones apuntan a una correlación cercana entre

disfuncionalidad familiar y la aparición de conductas de riesgo en el adolescente.³¹

Su hipótesis es que el camino de un desarrollo psicosocial sano del adolescente atraviesa el campo de un funcionamiento familiar activo y enriquecedor. Desde este punto de vista, la mejor manera de prevenir el alcoholismo, tabaquismo y embarazo temprano en adolescentes es el promover un funcionamiento familiar sano.

a. Buen funcionamiento familiar

Es cuando el conjunto de relaciones familiares permiten experimentar a cada miembro una óptima satisfacción y el desarrollo de actividades de mutuo crecimiento emocional.³²

Las familias funcionales “adaptativas” tienen límites bastante definidos y jerarquías netas, y son capaces de establecer relaciones adecuadas con otros subsistemas de su entorno.³³

Por lo cual “Es probable que la familia, siendo el círculo social que da el mayor número de relaciones de carácter afectivo y el principal contexto de aprendizaje de un individuo, es posible afirmar que el comportamiento de una persona depende en gran medida del buen funcionamiento de la situación familiar”.³⁴

También se considera que una familia funcional, son aquellas cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales, son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas sin ostentar posiciones de primacía, artificial por ninguno de los miembros y donde todos laboran, trabajan, y construyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo.³⁵

b. Disfunción familiar

Se da cuando el conjunto de relaciones familiares producen bajo nivel de satisfacción en uno o varios miembros, o actividades que no favorecen un crecimiento emocional tales como: Presión hacia los hijos, a seguir “el

ejemplo” de los padres, ambiente familiar de temor y desconfianza, confusión de roles familiares, tendencia de aislamiento de uno o varios miembros frente a los otros integrantes, tendencia a la rebeldía de los hijos hacía los padres, preferencia de uno o ambos padres por uno de los hijos, división de la familia, como producto de enfrentamiento y desavenencias.³⁶

La familia es el ambiente más importante en la supervivencia del individuo, la estabilidad de los miembros depende de un patrón sutil de equilibrio e intercambio emocional, cada miembro influye en la conducta del resto de la familia, una desviación en la interacción emocional entre los cónyuges altera los procesos de desarrollo en los hijos provocando estados de tensión. Las familias disfuncionales en donde existe una relación marital conflictiva, trato violento de los padres, alcoholismo de uno de ellos, pérdida de la autoridad paterna, pérdida de un ideal a quien seguir por parte de los adolescentes; genera estrés entre sus miembros.³⁷

3.1.2.3 EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Entre varios autores que han intentado evaluar el funcionamiento familiar, la Cuesta Pérez & Louro (1996), en su investigación titulada: “Funcionamiento Familiar: Construcción y validación de un instrumento”.³⁸

El mencionado instrumento consta de catorce preguntas para así poder medir el funcionamiento familiar de los adolescentes.

La evaluación del funcionamiento familiar debe tener en cuenta el marco sociocultural y el momento del ciclo vital en que se encuentre; como se explicó antes, en los periodos críticos hay un cierto monto de tensión y desorden que no deben considerarse siempre en expresión de un trastorno psíquico, sino tan solo una dinámica de cambio.³⁹

La evaluación del funcionamiento familiar incluye los siguientes criterios que identificaran un funcionamiento sano de la familia:

a. GRADO DE COHESIÓN O CERCANÍA:

Se define como “El lazo emocional que une a los miembros de la familia”. De igual manera se refiere al vínculo emocional entre los miembros de la

familia. Dichos vínculos pueden ser más o menos cercanos, dependiendo de la familia. Los extremos están representados por la situación de simbiosis y el distanciamiento.⁴⁰

Las familias que mantienen un alto grado de cercanía pueden tener más dificultades para aceptar los procesos de diferenciación del adolescente (separación y partida del hogar). Por otra parte, las que son distantes no reaccionan debidamente con el adolescente y tienen dificultades en poner límites.⁴¹

Al respecto, sostiene que uno de los factores protectores más importantes es el afecto y la cercanía de los padres, más que el control de la conducta y la adhesión a un grupo social.⁴²

Se ha encontrado que el factor protector más relevante para el desarrollo de las personas corresponde al vínculo afectivo con una persona significativa para el adolescente en este caso con sus padres con los cuales puede relacionarse de manera estable y cálida. El amparo que proporciona un vínculo estable permite que el adolescente afronte sus crisis inesperadas e imprevisibles.⁴³

b. ARMONÍA:

Es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

La armonía familiar es el entendimiento entre los miembros de un hogar, se expresa en un estado de ánimo armónico, dialogante y de entrega; sustentado en valores y principios de vida, encaminados a conseguir vivir en la verdad y lograr un desarrollo moral, intelectual, económico y espiritual.⁴⁴

Con respecto al tema, Kínder afirma que: “Una familia con buen funcionamiento familiar gracias a los lazos de cariño y respeto, que tienen metas en común, pueden convivir de manera armónica y facilitar que sus miembros se desarrollen saludablemente”.

c. COMUNICACIÓN:

Esto incluye la capacidad de interactuar tanto a nivel afectivo como instrumental. La comunicación resulta más afectiva cuanto es más clara y directa.⁴⁵

Se define de manera sencilla como el intercambio de información dentro de la familia. La comunicación y el diálogo es un valor muy importante en la familia, porque permite el intercambio de ideas, pareceres, deseos, y otros. Es la llave de las puertas del entendimiento, la comprensión y porque no decirlo, de la felicidad de la familia.¹⁹

Cuando mejor es la comunicación entre padres e hijos, mejor será la imagen que estos tengan de sí mismos, la buena comunicación parece reflejar un armonioso funcionamiento del sistema familiar, en el que los progenitores son capaces de comunicar sus valores, creencias y sentimientos a sus hijos.²³

Por otro lado la misma crisis económica hace que los padres pasen más horas fuera de la casa, disminuyendo considerablemente el contacto con sus hijos dándose una pobre comunicación.³²

Sostiene que la falta de comunicación entre padres e hijos, conlleva a que los adolescentes afronten solos sus problemas de sexualidad en medio del desconcierto, a consecuencia de ello una gran mayoría de adolescentes reciben información y conocimientos fuera del ambiente familiar siendo muchas veces una información sexual que no incluye valores o normas morales que le permita una visión clara de la importancia de la preparación psicología que engloba la sexualidad.¹³

d. PERMEABILIDAD:

Es la capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

La permeabilidad, es otro recurso familiar que se refiere a la capacidad de la familia de abrirse hacia otras instituciones de la sociedad, permitiendo la relación prudente de sus miembros con otros subsistemas. Se manifiesta en

la posibilidad de solicitar y permitir la ayuda desde fuera del sistema familiar. La apertura del sistema facilita el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos, además de otras instituciones sociales que pudiera ser el médico de la familia.¹⁹

e. AFECTIVIDAD:

Es la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Según las familias funcionales y saludables predominan patrones comunicativos directos y claros. Sus miembros suelen expresar de manera espontánea tanto sentimientos positivos como negativos, sus iras y temores, angustias, ternuras y afectos, sin negarle a nadie la posibilidad de expresar libre y plenamente su afectividad. En las familias saludables predomina igualmente un clima emocional afectivo positivo lo cual potencia la integración familiar y eleva los recursos de la familia para enfrentar los conflictos, crisis y problemas que puedan presentarse en distintas etapas a lo largo del ciclo vital evolutivo familiar.⁴⁶

f. ROLES:

Se da cuando cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Los roles ordenan la estructura de las relaciones de la familia, deben ser flexibles. Cada persona en la familia desempeña una variedad de roles que se integran en la estructura de la familia y se refieren a la totalidad de las expectativas así como normas que una familia tiene con respecto a la posición y conducta de sus miembros. La asignación de roles en la familia se efectúan en virtud a la posición de los miembros en los subsistemas.⁴⁷

g. ADAPTABILIDAD

Definen a la adaptabilidad como la habilidad, capacidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, relaciones de rol y reglas de relación en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

Se refiere a la capacidad de la familia de cambiar sus reglas o pautas de funcionamiento, roles y estructuras de poder en respuesta a situaciones de estrés. Las familias tienden a variar entre polos de flexibilidad y rigidez. La adaptabilidad debe tener en cuenta variables socioeconómicas y culturales.⁴⁶

Es importante subrayar que una familia saludable no es aquella que no presenta problemas, o la que está libre de características negativas. En realidad, como la salud individual, la salud familiar es el resultado de un balance positivo entre sus áreas “sanas” y sus “enfermas”, balance que se mantiene a merced sus mecanismos de regulación homeostática.⁴⁷

El nivel de adaptabilidad o de vulnerabilidad de la familia y de sus miembros a la crisis, respuesta a un evento estresante o a una transición, depende de la interacción de los siguientes:

- El tipo de relaciones que mantienen sus miembros.
- El estilo de afrontamiento de los problemas.
- Las fuentes de apoyo del adolescente y de su familia.
- Los valores y creencias de la familia.
- La acumulación de tensiones y estrés.
- Los recursos de la familia para resistir las tensiones.

Un factor protector importante vienen a ser la calidad de la relación del adolescente con sus padres, tiempo compartido, compañía mutua y confianza; si hacemos un razonamiento en función a los factores protectores estudiados, estamos en condiciones de decir que se ha establecido una alta correlación entre el abuso de sustancias psicoactivas e insatisfacción en los adolescentes frente a las relaciones familiares. Todo indica que la calidad de la relación del adolescente con sus padres, es uno de los factores fuertes contra el consumo de sustancias.⁴⁸

Como indicadores de la adaptabilidad o de la vulnerabilidad a la crisis se toman dos factores:

- El grado de satisfacción de los miembros de la familia con diferentes aspectos de su vida.
- La presencia o ausencia de problemas de salud y comportamiento.

4.1 CONDUCTAS DE RIESGO

Una conducta de riesgo es cuando la persona entre 10 a 19 años dirige su vida por un patrón de acciones sean activas o pasivas (iniciadas en la adolescencia o en la infancia) que implican peligro a corto o largo plazo que acarrear directamente consecuencias negativas para su bienestar físico, mental, social y espiritual; estas conductas están en relación con los estilos de vida moderna, sumadas a la curiosidad y la experimentación de situaciones nuevas.⁴⁵

Según Krauskoft (2001), citado por Gómez (2005), menciona que “Son las que comprometen aspectos del desarrollo psicosocial o la supervivencia de la persona durante su desarrollo juvenil e incluso, en ocasiones, buscan el peligro en sí mismo”.⁴²

4.1.1 CONDUCTAS DE RIESGO PARA EL ADOLESCENTE

Las Conductas de riesgo de los adolescentes están amenazadas por el ambiente en que viven y por los estilos de vida, por tanto, la naturaleza y la severidad de los riesgos a los cuales están expuestos es muy variable entre ellos. Algunos adolescentes viven en comunidades caracterizadas por la violencia, delincuencia, el abuso de sustancias ilegales y la promiscuidad sexual.⁶

La adolescencia es un período crucial para la salud porque constituye una etapa donde existe un impulso natural a la experimentación de una gama amplia de nuevas actividades que pueden conducir a un alto riesgo para la salud.⁴⁷

Existen múltiples variables que explican este fenómeno de riesgo, pero la mayoría de los investigadores coinciden que las variables más relevantes son las “psicosociales” incluyéndose en espacios sociales, familiares, escolares y del grupo de amigos. En todos estos espacios encontramos factores que incrementan la experimentación de conductas de riesgo.⁴²

- En lo social se destaca la accesibilidad y la aceptación del consumo de sustancias de manera formal (legales) e informal (actitudes y valores favorables al consumo).
- En la familia se observan, relaciones afectivas pobres, una mala comunicación caracterizándose como familias disfuncionales y problemáticas, que en general, coexiste con un consumo paterno de drogas.
- En la escuela se identifica variables como, la reprobación escolar y la insatisfacción con la institución.
- A nivel individual se caracteriza por una baja autoestima, la necesidad urgente de aprobación social, un alto nivel de búsqueda para experimentar nuevas sensaciones, que en ocasiones puede llevar a realizar conductas antisociales.

El adolescente, cuya vida se desenvuelve en medio de estos profundos cambios bio-psico-sociales, suele explorar y experimentar, es por eso que a veces se verá envuelto en conductas de alto riesgo. Debido a su juventud, a menudo tendrá una experiencia limitada con respecto a las conductas potencialmente destructoras y no comprenderá las consecuencias de sus acciones inmediatas, o a largo plazo.⁴⁵

Así mismo, los adolescentes adoptan las conductas de riesgo porque no siempre perciben el riesgo como tal; por una característica evolutiva propia de este período: El egocentrismo, ellos fantasean “historias personales” en los que no perciben estar expuestos a ningún riesgo. Estas historias anulan en ellos el principio de realidad y los llevan a actuar como si esta no existiera o no importara. Tienen una sensación de invulnerabilidad que los hace sentirse inmunes. Es un sentimiento que los lleva a sentirse diferentes y mejores que los demás, además de especiales, suelen manifestar: “A mí no me va a pasar”.⁴⁷

En la adolescencia la exploración y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros; y han pasado a constituir una preocupación creciente. Por tanto “Los comportamientos asociados con las mortalidad y la morbilidad predominante en la adolescencia comparten un tema común: la toma de riesgo”; cada etapa del ciclo vital tiene sus propios riesgos específicamente determinados por las

destrezas que permiten las condiciones biológicas, así como los canales de capacitación, apoyo y protección que la sociedad brinda.⁴⁹

La mayoría de las investigaciones a nivel nacional e internacional, consideran las siguientes conductas de riesgo para los adolescentes:

- Consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales.
- Accidentes automovilísticos (exceso de velocidad).
- Propensión a la violencia y conductas antisociales.
- Embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual (SIDA) y la promiscuidad sexual.
- La depresión, el estrés y el suicidio.

Las conductas que se han identificado como conductas de riesgo son: las relaciones sexuales, particularmente precoces, sin protección y con múltiples parejas; el consumo intensivo de alcohol y otras drogas, incluido el tabaco.⁴⁵

Durante la adolescencia aparecen con mayor frecuencia comportamientos que representan un alto riesgo de daño a la salud, ya sea presente o futuro, a saber:

- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Consumo de sustancias psicoactivas
- Conducta en salud reproductiva.

Hay una clara correlación entre el fumar, el uso del alcohol y marihuana, así también la iniciación precoz de relaciones sexuales. Los adolescentes viven en comunidades caracterizadas por la violencia, delincuencia, el abuso de sustancias ilegales y la promiscuidad sexual.⁶

Por lo tanto "fumar, beber, conducción peligrosa de vehículos o actividad sexual temprana pueden ser formas de ganar la aceptación y respeto de los padres; en establecer autonomía en relación a sus padres, en repudiar la autoridad convencional, sus valores y normas, en manejar su ansiedad, frustración y anticipación del fracaso o en afirmar su madurez y mostrar la transición de la niñez a la adultez".⁵⁰

Según la motivación por la cual los adolescentes inician el uso de alcohol o las drogas es de origen múltiple. Si bien la curiosidad es un fenómeno universal puede agregarse a ella una serie de factores como son: El uso por parte de los padres, siendo una forma de ganar la aceptación social. El resultado de baja autoestima, la búsqueda de cambios afectivos y perceptivos, el vencer la timidez y actuar más naturalmente en situaciones sociales, el alivio a una situación estresante, el desafío a la autoridad parental, una forma de combatir el aburrimiento, para facilitar una relación sexual, y otros.

El consumo de alcohol en los adolescentes es un problema que existe en todo el mundo. Los riesgos asociados con un alto consumo de alcohol están bien documentados pero rara vez se manifiestan durante la adolescencia. Una preocupación más inmediata es la influencia notable de la ingestión de bebidas alcohólicas en la capacidad de juicio de los adolescentes, que involuntariamente pueden poner en peligro sus vidas y las de los demás.⁵⁰

Según la mayor amenaza de los crecientes problemas del alcohol entre adolescentes quizá se encuentre en las zonas del mundo que experimentan una rápida transformación sociocultural y económica.⁵¹

Se identifica a los factores de riesgo que se dan alrededor del consumo de drogas, y al actuar sobre ellos, podríamos disminuir la posibilidad del consumo de drogas en determinado grupo poblacional.⁴⁸

4.1.2 CONSUMO DE TABACO

Es la acción de fumar, inhalar y exhalar los humos producidos al quemar tabaco. El consumo de tabaco ocurre a edades cada vez más tempranas. Se ha calculado que cada cigarrillo que uno fuma reduce la vida por cinco minutos así como el fumador de un paquete diario durante 25 años tiene una pérdida potencial de cuatro años y medio de vida.⁴⁵

Algunos hechos señalados por el Comité de Expertos de OMS en 1989 son:

- Algunas investigaciones evidencian que el consumo de cigarrillos a edades más precoces está asociada con el consumo de otras drogas (especialmente en mujeres) y con deserción escolar.

- El hábito de fumar durante la adolescencia es más frecuente en los hombres que en las mujeres, a diferencia de Estados Unidos y Europa donde las mujeres consumen con mayor frecuencia.⁴²

El tipo de consumidor se determina a través de su frecuencia y del consumo de tabaco en:

- a. No Fumador:** Es la persona que no fuma.
- b. Fumador leve:** Fuma con sus amigos para experimentar, por presión del grupo o por imitación. Este grupo de fumadores se limitan a consumir un número restringido no mayor de 5 cigarrillos al día y establecen con meticulosidad las horas o situaciones en que recurren al tabaco. La relación que establecen estos sujetos con el tabaco les permite abandonar el hábito en el momento en que ello sea preciso.
- c. Fumador Severo:** Se trata de personas que parecen ser obligadas a encender un cigarrillo tras otro, sin tener en cuenta las circunstancias; en estos sujetos, la tendencia a utilizar estímulos sensoriales del tabaco o sus efectos farmacológicos acaba transformándose en una necesidad imperiosa y confusa, que tiene que satisfacer para poder desempeñar sus actividades. Las personas que actúan de esta forma no ejercen ningún control sobre su hábito y tienen serias dificultades a la hora de abandonar o reducir el consumo de tabaco por la violencia con que lo necesitan.⁴⁸

4.1.3 CONSUMO DE ALCOHOL

Según la OMS define como toda forma de ingestión de alcohol que excede el consumo alimenticio tradicional; define como consumidor a todos aquellos que consumen alcohol en cualquiera de sus formas, alterando su salud física o psíquica, interfiriendo en su desenvolvimiento social y económico.

El alcohol es una de las drogas más consumidas en nuestra sociedad, muchas personas acompañan sus actividades sociales con el alcohol y es aceptado como un acompañamiento placentero de las relaciones en los encuentros sociales. Esta percepción del alcohol ha contribuido a extender su consumo, no sólo entre los adultos, sino también entre los jóvenes y los adolescentes, que se inician en

edades muy tempranas. La sustancia que los adolescentes abusan con mayor frecuencia en Latinoamérica es el alcohol.³⁵

El inicio de ciertas actividades se torna un predictor más serio de riesgo cuando ocurre a menor edad. Así como destaca la incorporación temprana al empleo, al desempeño de trabajos marginales, la deserción temprana de la escuela, la iniciación sexual a menor edad, destacan el inicio de la carrera alcohólica en las primeras fases de la adolescencia como un predictor de agravamiento de ésta y otras adicciones en el futuro; es por eso que los adolescentes son consumidores de alcohol de forma esporádica e intensiva en compañía de sus padres o fuera del hogar.⁴⁵

Existe una relación estrecha entre el consumo de alcohol en la adolescencia y el uso de otras drogas ilícitas. Mientras más temprano es el comienzo del consumo de sustancias químicas, mayor es el impacto, y consumo de otras drogas. El consumo de bebidas alcohólicas es frecuente en varones que en mujeres con gran diferencia entre países.⁴⁸

La frecuencia se determina mediante el número de veces que la persona consume alcohol, lo que determinará el tipo de bebedor, se establece los siguientes:

- a. **Abstemios:** Son todas aquellas personas que no beben nunca alcohol.
- b. **Bebedor Moderados:** Donde podríamos encuadrar a la gran mayoría de las personas de las culturas donde el alcohol es legal y se encuentra comercializado. Suelen beber alcohol de forma moderada en el marco de acontecimientos sociales.
- c. **Bebedor excesivo:** Son aquellas personas que abusan continuamente del alcohol. Su frecuencia de borracheras es alta. Beben más de un litro de vino o su equivalente por día; frecuentemente no suelen reconocer que tienen un problema con la bebida. Se intoxican con frecuencia para sentirse bien, divertirse, descansar y olvidarse de los problemas tanto de estudio como familiares; pero mantienen ciertos controles de su conducta.⁴⁷

4.3. RELACIONES COITALES PRECOCES

La conducta sexual es el conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objetivo de dar y/o recibir placer sexual. El patrón de fecundidad de toda la vida se establece durante la adolescencia, es por esto que la conducta sexual irresponsable, el embarazo no deseado y el aborto provocado constituyen problemas de salud que se presentan con frecuencia en los adolescentes.⁴⁶

El riesgo de las consecuencias negativas, producto de la actividad sexual del adolescente, puede definirse en:

- Inicio de relaciones coitales.
- El uso de métodos anticonceptivos.

En el campo del riesgo sexual, una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA.

La actividad sexual precoz y sin protección no causa, en general, morbilidad y mortalidad durante el período de la adolescencia; sus efectos y costos se evidencian más tarde en la vida y puede tener importantes repercusiones en el desarrollo biológico, social y psicológico de la joven generación.³⁸

Es difícil tener cifras exactas de la cantidad de adolescentes que tienen relaciones sexuales en el Perú, donde sabemos que la actividad sexual adolescente no se mira con buenos ojos, además, muchas de las relaciones sexuales entre jóvenes son esporádicas, lo que impide un uso adecuado de anticonceptivos.³⁴

5.1 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y CONDUCTAS DE RIESGO

La influencia de la familia, el grupo, las instituciones educacionales, el sistema de salud y la sociedad en general a través de todos sus medios de influencia ejercen su papel en la formación de estos importantes eslabones de la personalidad del adolescente. El involucrarse en una o más conductas riesgosas obedece a factores

individuales, familiares, sociales y culturales. Entre los factores familiares se encuentra la familia y su funcionamiento.⁴⁰

Se puede destacar tres ambientes ecológicos fundamentales en el desarrollo del adolescente: El útero materno, la familia y la escuela.⁴²

Dentro de los factores que promueven las conductas de riesgo en el adolescente se puede mencionar lo siguiente: Familias disfuncionales en su estructura y el funcionamiento, situaciones de inestabilidad en el hogar, pueden limitar el pleno equilibrio, seguridad y desarrollo del adolescente sometiéndolo a un mayor riesgo de relaciones sexuales tempranas o un embarazo. Podemos mencionar como las más significativas:

- Desarticulación, incongruencia o ausencia de roles (mujer, hombre, padre, madre, hijo).
- Abandono de la figura significativa (padre, madre, tío, abuelo).
- Promiscuidad por hacinamiento (incesto, violación).
- Presencia de un caso de embarazo precoz dentro del hogar (madre, hermana), como modelaje o factor que propicia cambios en el funcionamiento familiar.
- Inadecuada comunicación entre los adolescentes, y los adultos significantes (padres, maestros, etc.): esto propicia relaciones conflictivas y sentimientos de soledad que pueden impulsar al adolescente a refugiarse en la pareja o amigos.
- Desconocimiento del uso de los métodos anticonceptivos: muy relacionado con lo anterior, los jóvenes poco saben cuáles son los métodos más apropiados para cada persona, como se utilizan y cuál es su margen de efectividad.
- Necesidades básicas insatisfechas debido a presiones económicas; la adolescente puede verse involucrada o impulsada a tener relaciones sexuales o quedar embarazada, basado en la pareja, la resolución o superación de su precaria situación económica. Existen casos donde está estimulada por la familia a buscar pareja de edad considerablemente mayor.⁵¹

La familia y la escuela deben promover estilos de vida saludables, educando hacia un enfoque de prevención de riesgos, el cual asume que a mayor conocimiento

sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos, con la intención de evitar cambiar las condiciones que exponen al individuo o grupo a adquirir la enfermedad o daño.⁷

La conducta de los adolescentes está poderosamente influida por la conducta de los padres. Desde el punto de vista, en la medida que los padres hayan dado un ejemplo claro y sólido a lo largo de los años, la mayoría de los temores por una conducta riesgosa, no tiene mayor base real. Los adolescentes que hayan conocido una situación familiar estructuralmente estable, y que han vivido en una familia funcionalmente bien, tienen estadísticas de menor probabilidad de riesgo de caer en estas situaciones. En definitiva, para que los adolescentes cumplan adecuadamente con las tareas de su desarrollo, se requiere un sistema familiar sólido, flexible y cohesionado, que sea capaz de apoyar ese desarrollo.³²

La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y sobre todo de los más jóvenes. A través de la comunicación familiar se transmiten valores, concepciones, acciones y comportamientos sobre sexualidad. A raíz de los cambios socio-económicos que se han dado en nuestro país se han transformado una serie de valores adquiridos de la sociedad burguesa también influenciados por la religión, pero que no han sido sustituidos totalmente por nuevos y se mantienen algunos rasgos negativos de los anteriores.

La familia es uno de los ejes centrales para la prevención del consumo de drogas. Los padres pueden tener impacto si hablan con sus hijos sobre los peligros de las drogas, y se mantienen activamente involucrados en la vida de sus hijos. Incluso cuando los hijos cursan la escuela secundaria, los padres pueden estar involucrados en sus tareas escolares, sus actividades sociales de recreo, y con sus amigos.³⁶

6.1 MARCO CONCEPTUAL:

- a. **Adolescente:** Persona varón o mujer comprendido entre los 13 y 19 años, constituye un grupo vulnerable ya que existe cambios tanto fisiológicos como

psicológicos y sociales, por lo que es importante el apoyo de la familia y comunidad para poder desarrollarse como hombres de bien ante la sociedad.⁴⁸

- b. Factores protectores familiares:** Son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables.
- c. El funcionamiento familiar:** Son características, hechos o situaciones propias de la familia que eleva la capacidad del adolescente para hacer frente a la adversidad o disminuye la posibilidad de desarrollar conductas de riesgo.⁵¹
- d. Conductas de Riesgo:** Es cuando la persona entre 10 a 19 años dirige su vida por un patrón de acciones que implican peligro a corto o largo plazo que acarrear directamente consecuencias negativas para su bienestar físico, mental, social y espiritual.⁴⁹
- e. Sexo:** Diferencias genéticamente establecidas que diferencian entre varón y mujer.
- f. Hábitos nocivos:** Toda acto mediante el cual se adquiere una sustancia, que introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones.³²
- g. Inicio de relaciones coitales:** Relación sexual convencional heterosexual, en la cual el pene es introducido en la vagina.³⁸
- h. Número de parejas sexuales:** Cantidad de individuos con quien una persona mantuvo relaciones sexuales durante su vida.⁴⁶
- i. Uso de métodos anticonceptivos:** Conjunto de métodos que impiden la unión del óvulo con el espermatozoide.⁸

III. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

3.1.- . HIPÓTESIS GENERAL

El funcionamiento familiar influye en la adopción de conductas de riesgo en estudiantes del tercero al quinto grado de secundaria.

IV.- VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

4.1.- IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Funcionamiento Familiar.
- **VARIABLE DEPENDIENTE:** Conductas de Riesgo.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA
VARIABLE INDEPENDIENTE: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: Son todas aquellas situaciones empíricas manifestadas dentro de un núcleo de personas denominadas familia, comprendiendo los aspectos suscitados en el interior de la familia en donde todos y cada uno de los miembros de la familia están ligados a los demás por lazos de parentesco, y se evalúa a través de sus dimensiones: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.	COHESIÓN	1. En el hogar se toman decisiones para las cosas importantes de la familia	Nunca 1 Pocas veces 2 A veces 3 Muchas veces 4 Siempre 5
		2. Cuando algún miembro de la familia tiene problemas los demás lo ayudan	Nunca 1 Pocas veces 2 A veces 3 Muchas veces 4 Siempre 5
	ARMONÍA	1. En el hogar, predomina la armonía (paz, tranquilidad)	Nunca 1 Pocas veces 2 A veces 3 Muchas veces 4 Siempre 5
		2. En el hogar, todos (padres e hijos) respetan los intereses y necesidades de cada miembro de la familia	Nunca 1 Pocas veces 2 A veces 3 Muchas veces 4 Siempre 5
	COMUNICACIÓN	1. En el hogar, pueden conversar diferentes temas sin temor.	Nunca 1 Pocas veces 2 A veces 3 Muchas veces 4 Siempre 5
		2. En el hogar, conversan de forma clara y directa sin disimulos.	Nunca 1 Pocas veces 2 A veces 3 Muchas veces 4 Siempre 5
	PERMEABILIDAD	1. En el hogar, toman en cuenta las experiencias que otras familias vivieron ante situaciones difíciles.	Nunca 1 Pocas veces 2 A veces 3 Muchas veces 4 Siempre 5

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA
		2. Ante un problema familiar, buscan ayuda en otras personas.	Nunca 1 Pocas veces 2 A veces 3 Muchas veces 4 Siempre 5
		AFECTIVIDAD	1. En el hogar, las manifestaciones de cariño son parte de la vida diaria.
	2. En el hogar, se demuestra el cariño que se tienen, por ejemplo dándose abrazos y diciéndose palabras agradables.		Nunca 1 Pocas veces 2 A veces 3 Muchas veces 4 Siempre 5
	ROLES	1. En el hogar, cada uno cumple con sus responsabilidades.	Nunca 1 Pocas veces 2 A veces 3 Muchas veces 4 Siempre 5
		2. En el hogar, se reparten las tareas de modo que nadie esta sobrecargado.	Nunca 1 Pocas veces 2 A veces 3 Muchas veces 4 Siempre 5
	ADAPTABILIDAD	1. En el hogar, pueden aceptar los defectos de los demás miembros de la familia y sobrellevarlos.	Nunca 1 Pocas veces 2 A veces 3 Muchas veces 4 Siempre 5
		2. Si en el hogar, están acostumbrados por ejemplo a almorzar juntos, festejar cumpleaños, etc. Estos pueden cambiar si se presentan otras situaciones.	Nunca 1 Pocas veces 2 A veces 3 Muchas veces 4 Siempre 5

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	
<p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>CONDUCTAS DE RIESGO:</p> <p>Se da cuando el adolescente dirige su vida por un patrón de acciones que implican peligro a corto o largo plazo para su bienestar. Entre ellos tenemos: consumo de tabaco, consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo.</p>	CONSUMO DE TABACO	1. Fuma tabaco (cigarro).	Si2 No 1	
		2. Edad de inicio de consumo de tabaco (cigarro).	EDAD	
		3. Frecuencia del consumo de tabaco (Cigarro).	Nunca 0 A veces 1 Siempre 2	
		4. Motivo del consumo de tabaco (Cigarro).	No fumo0 Por problemas familiares u otros 1 Por curiosidad y/o hacer amigos2	
	CONSUMO DE ALCOHOL	1. Consumo de bebidas alcohólicas.	Si 2 No 1	
		2. Edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas.	EDAD	
		3. Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas.	Nunca 0 A veces 1 Siempre 2	
		4. Motivo del consumo de bebidas alcohólicas.	No consumo 0 Por problemas familiares u otros1 Por curiosidad y/o hacer amigos 2	
			1. Relaciones coitales.	No 1 Si2
			2. Edad de inicio de las relaciones coitales.	EDAD
			3. Relaciones coitales con protección.	Nunca he tenido relaciones coitales 1 Si hemos usado protección. 2 No hemos usado protección. 3

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA
	RELACIONES COITALES DE RIESGO	4. Método anticonceptivo usado en la primera relación coital.	Nunca he tenido relaciones coitales. 1 Píldoras, inyecciones y/o condón. 2 No hemos usado ningún método. 3
		5. Relaciones coitales con protección con las parejas sexuales.	Nunca he tenido relaciones coitales 1 Si hemos usado protección. 2 No hemos usado protección. 3
		6. Métodos anticonceptivos usados en las relaciones coitales.	Nunca he tenido relaciones coitales. 1 Píldoras , inyecciones y/o Condón 2 No hemos usado ningún método 3

V.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la influencia del funcionamiento familiar en la adopción de conductas de riesgo en estudiantes del tercero al quinto grado de la Institución Educativa secundaria Adventista Puno 2013.

VI.- DISEÑO METODOLÓGICO.

6.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

6.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

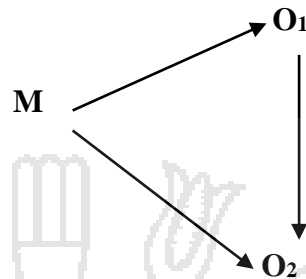
La presente investigación corresponde al tipo **DESCRIPTIVO CORRELACIONAL EXPLICATIVO**, ya que permitió determinar la influencia del funcionamiento familiar en la adopción de conductas de riesgo de los estudiantes del tercero al quinto grado de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno en un periodo de tiempo.

6.1.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó el diseño de investigación **CORRELACIONAL**, donde se estableció la relación existente entre el funcionamiento familiar y las

conductas de riesgo en estudiantes del tercero al quinto grado de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno.

El diagrama es el siguiente:



DONDE:

- **M:** Adolescentes del tercero al quinto grado de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno. (Muestra).
- **O₁:** Funcionamiento Familiar (Variable independiente).
- **O₂:** Conductas de Riesgo (Variable dependiente).

6.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno, que se encuentra ubicada en la ciudad de Puno considerada como provincia y departamento.

La misma que concentra una población de 800 estudiantes de ambos sexos, en los niveles inicial, primaria, secundaria, durante el año académico 2013. Cuenta con un total de 75 estudiantes en el tercer año de secundaria en las secciones A, B y C; 66 estudiantes en el cuarto año de secundaria en las secciones A y B; y 54 estudiantes en el quinto año de secundaria en las secciones A y B.

Se elige a esta institución debido a que por ser una Institución religiosa no está libre de presentar situaciones familiares y esto a su vez podría permitir que los estudiantes consuman bebidas alcohólicas en horas libres.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población y muestra estuvo constituida por 195 estudiantes de ambos sexos del tercero al quinto de secundaria en sus diferentes secciones, de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno, que asisten en forma regular, y que se muestra en el siguiente cuadro:

GRADO	SECCIÓN	NÚMERO
3ro	“A”	25
	“B”	25
	“C”	25
4to	“A”	33
	“B”	33
5to	“A”	27
	“B”	27
TOTAL		195

6.3.1 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Estudiantes del tercero al quinto grado de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Estudiantes matriculados durante el año académico 2013 que cursan el tercero al quinto grado de secundaria.
- Estudiantes que asistan regularmente.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Estudiantes que no pertenezcan del tercero al quinto año de secundaria.

6.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

6.2.1 TÉCNICAS:

La técnica que se aplicó en la presente investigación es una encuesta en su modalidad de cuestionario, dirigido a estudiantes del tercero al quinto grado de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno; que permitió recolectar información de manera indirecta mediante preguntas ya

formuladas para determinar la influencia del funcionamiento familiar en la adopción de conductas de riesgo en los estudiantes.

6.2.2 INSTRUMENTOS:

Se emplearon dos instrumentos cuantitativos:

6.2.2.1 Cuestionario de Funcionamiento Familiar: (Anexo 01).

El funcionamiento familiar se midió utilizando la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), el cual fue creado por Pérez de la Cuesta, Louro y Bayane, en el año 1994 para medir la percepción del funcionamiento familiar en atención primaria de salud en Cuba. El instrumento evalúa el funcionamiento familiar a partir de la percepción de uno de los miembros y se aplicó a los estudiantes.

El instrumento mide el grado de funcionalidad basado en 7 o dimensiones: Cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Estas dimensiones se miden a través de 14 situaciones familiares correspondiendo 2 ítems para cada una de las 7 dimensiones:

DIMENSIÓN	Nro. DE ÍTEM
Cohesión	1 y 8
Armonía	2 y 13
Comunicación	5 y 11
Adaptabilidad	6 y 10
Afectividad	4 y 14
Roles	3 y 9
Permeabilidad	7 y 12

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas con una ponderación en una escala de puntos.

VALOR DE LA ESCALA	PUNTAJE
Siempre	5 puntos
Muchas veces	4 puntos
A veces	3 puntos
Pocas veces	2 puntos
Nunca	1 puntos

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos de los 14 ítems, lo cual permite llegar al diagnóstico del tipo de funcionamiento familiar:

El diagnóstico del tipo de funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL, es el siguiente:

DIAGNÓSTICO	RANGO DE PUNTUACIÓN
Familia funcional	De 43 a 70 puntos
Familia disfuncional	De 14 a 42 puntos

La puntuación para cada dimensión se obtiene de la suma de los ítems de cada dimensión, lo cual permite llegar al diagnóstico independiente para cada dimensión:

DIAGNÓSTICO PARA CADA DIMENSIÓN	RANGO DE PUNTUACIÓN
Disfuncional	2 a 6
Funcional	7 a 10

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ:

Se realizaron varios estudios para medir su validez y confiabilidad, uno de ellos es el realizado por Louro Bernal a través de su tesis para optar el grado de Doctora en Ciencias de la Salud titulado: “Modelo Teórico - Metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria”. Habana (2004), utilizando la prueba de confiabilidad alfa de Cronbach el cual dio como resultado o valor de 0.93, muy por encima del valor prefijado y muy similar al obtenido en 1994 (0.94), donde también se puso a prueba su confiabilidad, lo que demuestra que el instrumento es confiable en este sentido.

Con respecto a la validez fue realizada a través de consulta con expertos. La mayoría de los expertos consigno los ítems del instrumento en la categoría del aspecto “Razonable y comprensible”. Además los expertos reconocen con claridad la ubicación de los ítems por categoría.

6.2.2.2 Cuestionario de Conductas de Riesgo: (Anexo 2)

El cuestionario estructurado y elaborado fue desarrollado por Smilkstein (1969), para evaluar y detectar problemas de relaciones y comportamientos alterados entre sus miembros en base a instrumentos validados para la identificación de conductas de riesgo.

El instrumento mide el grado de conductas de riesgo basado en 3 dimensiones: Consumo de tabaco, Consumo de alcohol y Conducta sexual de riesgo, las dimensiones se miden a través de 14 situaciones con sus respectivos ítems:

DIMENSIÓN	Nro. de ÍTEM
consumo de tabaco	1-4
consumo de alcohol	5- 8
conducta sexual de riesgo	9-14

Para cada dimensión existe una escala de respuestas cualitativas, que estas a su vez tienen una escala de puntos.

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los 14 Ítems, lo cual permite llegar al diagnóstico siguiente:

DIAGNÓSTICO	RANGO DE PUNTUACIÓN
Existe riesgo	8 – 26 puntos
No existe riesgo	0 – 7 puntos

6.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizó las siguientes actividades:

- Se solicitó autorización por escrito al Director de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno, exponiendo los objetivos de estudio.
- Se coordinó con el director, auxiliares y los docentes respectivos con quienes se estableció un cronograma de recolección de datos.
- Se procedió a dirigirnos a las aulas asignadas según cronograma, teniendo en cuenta el requerimiento establecido de estudiantes por cada aula, la encuesta se tomó en el salón en el cuál se encontraban los estudiantes.

- Antes de la aplicación del instrumento; se explicó a los estudiantes la forma de llenar el cuestionario, el anonimato, la privacidad y el tiempo. La actividad se realizó sin la presencia de docentes con la finalidad de no afectar las respuestas de los estudiantes.
- Durante la aplicación del instrumento las ejecutoras permanecieron en el aula para aclarar cualquier duda.
- Luego del proceso de recolección de datos se realizó el vaciado de los mismos a cuadros estadísticos para su respectivo análisis y discusión.

6.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Para el procesamiento de los datos se utilizó:

- Métodos computarizados.
- La calculadora electrónica.
- Hoja de cálculo Microsoft Excel 2007.
- Se codificó la información obtenida.
- Se elaboró cuadros estadísticos.
- Se elaboró gráficos estadísticos.

6.4.1 ANÁLISIS DE DATOS:

Para el contraste de la hipótesis se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrada, cuyo proceso se describe del siguiente modo:

a) Hipótesis estadísticas:

- **H₀**(Hipótesis nula):No existe una relación significativa entre el funcionamiento familiar y la adopción de conductas de riesgo en estudiantes del tercer al quinto grado de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno.
- **H_a**(Hipótesis alterna):Existe una relación significativa entre el funcionamiento familiar y la adopción de conductas de riesgo en estudiantes del tercer al quinto grado de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno.

b) Fórmula:

$$X^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \left(\frac{O_{ij} - E_{ij}}{E_{ij}} \right)^2$$

Dónde:

- O_i = Valores observados.
- E_j = Valores esperados.
- X^2 = Resultado de Ji cuadrada.

c) Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$ **d) Grados de libertad: $GL = (r-1)(c-1)$**

Dónde:

- **r**: Número de renglones del cuadro de contingencia.
- **c**: Número de columnas del cuadro de contingencia.

VII.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN



CUADRO N° 1**TIPO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA ADVENTISTA PUNO- 2013**

TIPO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	N°	%
FAMILIA FUNCIONAL	145	74
FAMILIA DISFUNCIONAL	50	26
TOTAL	195	100

Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes del tercero al quinto año de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno.

En el tipo de funcionamiento familiar de los estudiantes en estudio, se evidenció que el 74% pertenece a una familia funcional y el 26% a una familia disfuncional.

Los resultados demuestran que mayor porcentaje pertenecen a familias funcionales y un porcentaje considerable pertenecen a familias disfuncionales lo cual constituye una problemática, evidenciándose que también estudiantes pertenecientes a cualquier tipo de familias pueden adoptar conductas de riesgo que podría poner en peligro su salud, debido a que no tienen una buena comunicación en casa tal vez porque ambos padres trabajan, las alianzas familiares desempeñan un papel muy importante puesto que estos elementos empiezan a moldear la conducta del estudiante.

El funcionamiento familiar está dado por el conjunto de relaciones existentes entre los miembros que conforman una familia: Padre, madre e hijos; considerando a ésta como el núcleo de personas, que relacionadas por la consanguinidad tratan de vivir solidariamente un ideal a través del amor productivo y la comprensión.²²

También se afirma que la familia es el medio natural para el desarrollo de los hijos y la formación de adultos por ello se le considera como el primer agente de socialización importante en el desarrollo físico y psicológico de estos. El comportamiento del estudiante que sigue este proceso, está estrechamente ligado con la diversidad y calidad de los estímulos emocionales e intelectuales proporcionados por el grupo familiar.¹⁷

Por otro lado, se considera que una familia funcional es aquella cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que

existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen por igual.³⁴

También define como “el lazo emocional que une a los miembros de la familia”. Al vínculo emocional entre los miembros de la familia. Dichos vínculos pueden ser más o menos cercanos, dependiendo de la familia, los extremos están representados por la situación de simbiosis y el distanciamiento.⁴⁰

Las familias que mantienen un alto grado de cercanía pueden tener más dificultades para aceptar los procesos de diferenciación del adolescente (separación y partida del hogar). Por otra parte, las que son distantes no reaccionan debidamente con el adolescente y tienen dificultades en poner límites.⁴¹

El funcionamiento familiar es el modo en que se comportan unos con otros y la calidad de las relaciones interpersonales y es considerado el componente más importante para determinar la salud de la familia.²³

Luego de analizar la teoría y realizar la comparación con otras investigaciones, podemos afirmar que la presencia de familias funcionales y disfuncionales, constituye una problemática alarmante por más significativa sea el porcentaje; esto implica que los miembros de ambas familias tienen comportamientos inmaduros e inadecuados, prevaleciendo la falta de comunicación y afecto, debido a que también ambos padres trabajan, la carencia de dialogo libre y abierto, la existencia de constantes conflictos entre padres e hijos; donde los padres son más rígidos y críticos, probablemente exista violencia psicológica lo cual afectaría de sobremanera al estudiante, debido a que provoca traumas y frustraciones mentales que podrían ser irreversibles, donde el desarrollo familiar se habrá detenido.

Todas estas situaciones posiblemente afecte no solo a uno de sus miembros, sino a toda la familia, empeorando las relaciones, provocando la posible adopción de las conductas de riesgo sobre todo en los estudiantes, estas conductas de riesgo pueden ser el alcoholismo, consumo de tabaco y relaciones coitales precoces, lo cual priva el buen desarrollo de ellos, quienes cargarán de culpas, penas y frustraciones, ocasionando estudiantes disfuncionales,

propensos a alteraciones en su salud mental, lo cual a largo plazo formará un ciclo continuo, es decir que estos adolescentes cuando sean adultos posiblemente hagan lo mismo con sus hijos y con esto abandono de su hogar a futuro.



CUADRO N° 2

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN SUS DIMENSIONES EN
ESTUDIANTES DEL TERCERO AL QUINTO GRADO DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA SECUNDARIA ADVENTISTA PUNO- 2013**

CATEGORÍA DIMENSIÓN	FAMILIA FUNCIONAL		FAMILIA DISFUNCIONAL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
COHESIÓN	167	86	28	14	195	100
ARMONÍA	143	73	52	27	195	100
COMUNICACIÓN	129	66	66	34	195	100
ADAPTABILIDAD	130	67	65	33	195	100
AFECTIVIDAD	142	73	53	27	195	100
ROLES	140	72	55	28	195	100
PERMEABILIDAD	84	43	111	57	195	100

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del tercero al quinto grado de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno

En las dimensiones del Funcionamiento Familiar se puede evidenciar, porcentajes mayores a excepción de la dimensión de permeabilidad que un 43% de estudiantes pertenecen a una familia funcional y el 57% pertenecen a una familia disfuncional seguido de las dimensiones de adaptabilidad y comunicación con 33% y 34% respectivamente.

Por otro lado, los resultados muestran que son dimensiones con mayor problemática sin embargo cabe resaltar que la permeabilidad constituye una gran preocupación con un porcentaje considerable en familias disfuncionales y porcentaje mínimo en familias funcionales debido a la incapacidad de dar o recibir ayuda de su entorno u otras instituciones por el que dirán.

La permeabilidad, es otro recurso familiar que se refiere a la capacidad de la familia de abrirse hacia otras instituciones de la sociedad, permitiendo la relación prudente de sus miembros con otros subsistemas. Se manifiesta en la posibilidad de solicitar y permitir la ayuda desde fuera del sistema familiar. La no apertura del sistema evita el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos y otras instituciones sociales.⁵⁰

Cuando mejor es la comunicación entre padres e hijos, mejor será la imagen que estos tengan de sí mismos, la buena comunicación parece reflejar un armonioso funcionamiento

del sistema familiar, en el que los progenitores son capaces de comunicar sus valores, creencias y sentimientos a sus hijos.²³

Por otro lado, la misma crisis económica hace que los padres pasen más horas fuera de la casa, disminuyendo considerablemente el contacto con sus hijos dándose una pobre comunicación. También podemos afirmar que la falta de comunicación entre padres e hijos, conlleva a que los estudiantes afronten solos sus problemas de sexualidad en medio del desconcierto, a consecuencia de ello, una gran mayoría de ellos reciben información y conocimientos fuera del ambiente familiar siendo muchas veces una información sexual que no incluye valores o normas morales que le permita una visión clara de la importancia de la preparación psicología que engloba la sexualidad.¹³

Se define a la adaptabilidad como la habilidad y capacidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, relaciones de rol y reglas en respuesta al estrés situacional o de desarrollo sin embargo si se altera esto la familia no llega a desarrollarse. Las familias tienden a variar entre polos de flexibilidad y rigidez, la adaptabilidad debe tener en cuenta variables socioeconómicas y culturales.⁴⁶

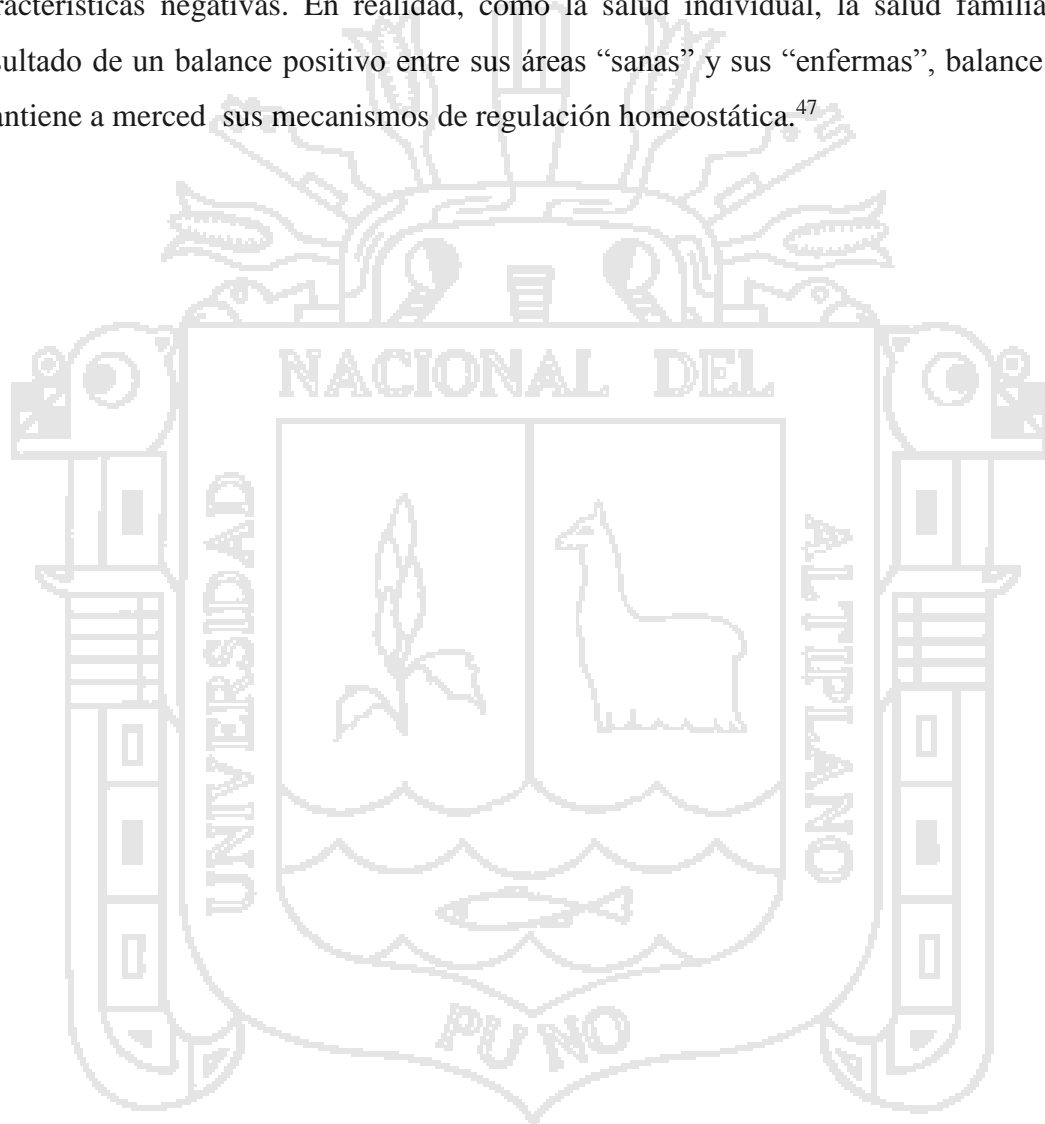
El nivel de adaptabilidad o de vulnerabilidad de la familia y de sus miembros a la crisis, respuesta a un evento estresante o a una transición, depende de la interacción de los tipos de relaciones que mantienen sus miembros, el estilo de afrontamiento de los problemas y fuentes de apoyo del estudiante como de su familia.⁴⁷

Por lo tanto, en base a los resultados y al contraste con la teoría, podemos afirmar que la falta de permeabilidad familiar constituye una problemática, lo cual implica que probablemente las familias al encontrarse en situaciones difíciles ya sea por la presencia de un miembro en estas situaciones, un miembro enfermo o discusiones entre padres e hijos, no utilicen los recursos de la comunidad para resolver estos problemas, esto incluiría a aquellos padres que difícilmente acuden a un establecimiento de salud, que no buscan ayuda profesional, que muestran desinterés por asistir a una sesión educativa, que no cumplen con sus obligaciones en casa, ni buscan ayuda psicológica cuando lo requieren; lo que traería como consecuencia un deterioro progresivo de la calidad de vida de la familia.

De igual manera, la falta de comunicación es también uno de los problemas importantes que se debe afrontar debido a que influye en la capacidad de interactuar entre los miembros de una familia trayendo consigo conductas riesgosas en el estudiante, cuando mejor es la

comunicación entre padres e hijos mejor será la imagen que tengan de sí mismos, reflejándose un buen funcionamiento del sistema familiar.

La problemática en la adaptabilidad, es la capacidad de la familia de cambiar sus reglas o pautas de funcionamiento, roles y estructuras de poder, en respuesta a situaciones de estrés. Las familias tienden a variar entre polos de flexibilidad y rigidez. Es importante subrayar que una familia saludable no es aquella que no presenta problemas, o la que está libre de características negativas. En realidad, como la salud individual, la salud familiar es el resultado de un balance positivo entre sus áreas “sanas” y sus “enfermas”, balance que se mantiene a merced sus mecanismos de regulación homeostática.⁴⁷



CUADRO N° 3

**CONDUCTAS DE RIESGO: CONSUMO DE ALCOHOL, CONSUMO DE
TABACO Y RELACIONES COITALES PRECOCES EN ESTUDIANTES DEL
TERCERO AL QUINTO GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
SECUNDARIA ADVENTISTA PUNO- 2013**

CONDUCTAS DE RIESGO	CATEGORÍA					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CONSUMO DE ALCOHOL	65	34	130	66	195	100
CONSUMO DE TABACO	54	28	141	72	195	100
RELACIONES COITALES PRECOCES	25	13	170	87	195	100

FUENTE: Encuesta realizada a los estudiantes del tercero al Quinto grado de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno

En cuanto a las Conductas de riesgo referida al Consumo de alcohol, el 34.0 % si consume alcohol y el 66.0 % no consume alcohol. Seguida del consumo de tabaco, el 28.0% si consume tabaco y el 72.0 % no consume tabaco y relaciones coitales el 12.8% si las tuvo y el 87.2% no las tuvo.

La conducta de riesgo más sobre saliente en los estudiantes es el consumo de alcohol en 34.0 % esto implica que, el alcohol es una de las drogas más consumidas en nuestra sociedad, muchas personas acompañan sus actividades sociales con el alcohol y es aceptado como un acompañamiento placentero y cada vez a más temprana edad poniendo en riesgo su salud o en convertirse en bebedor excesivo.

Estas conductas de riesgo están dadas probablemente por la influencia del ambiente familiar porque recordemos que la familia es la matriz sobre la que se constituye la personalidad del estudiante.⁴⁹

Es por ello que la familia juega un papel importante pues recordemos que durante esta etapa de vida, los estudiantes tienen una máxima relación con los amigos es así que la familia deja de ser el espacio privilegiado para ellos. Son múltiples los factores que pueden

ejercer influencia en la aparición o repetición de conductas de riesgo así como problemas familiares, sobre protección de los hijos o relación con los amigos. El estudiante que bebe o quiere beber alcohol, muchas veces presenta algunos signos psicológicos como: Elabora un sistema sofisticado de mentiras y excusas para ocultar que está bebiendo, cambio de personalidad y otros.²⁵

Existe una relación estrecha entre el consumo del alcohol en la adolescencia y el uso de otras drogas ilícitas. Mientras más temprano es el comienzo del consumo de sustancias químicas, mayor es el impacto y mayor es el consumo de otras drogas. La mayor amenaza de los crecientes problemas del alcohol entre estudiantes quizá se encuentre en las zonas del mundo que experimentan una rápida transformación sociocultural y económica.

Por lo expuesto podemos concluir que un porcentaje considerable de estudiantes presentan esta conductas de riesgo que es el consumo de alcohol, esto hace tanto que la familia así como los amigos puedan estar influyendo negativamente, generando en estos estudiantes sentimientos de inconformidad hacia sí mismo conllevando a realizar conductas de riesgo que merman la calidad de vida y que a la larga por la repetitividad de estos comportamiento puedan desencadenar problemas bio-psico-social.

CUADRO N° 4

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LA ADOPCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO: CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DEL TERCERO AL QUINTO GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA ADVENTISTA PUNO- 2013

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	CONSUMO DE ALCOHOL				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
FAMILIA FUNCIONAL	39	20	106	54	145	74
FAMILIA DISFUNCIONAL	23	12	27	14	50	26
TOTAL	62	32	133	68	195	100

FUENTE: Encuesta realizada a los estudiantes del tercero al Quinto grado de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno

La relación del funcionamiento familiar con el consumo de alcohol en los estudiantes es de la siguiente manera, en familias funcionales nos indica que un 12% si consumen alcohol y un 14% no consumen alcohol; de igual forma en familias disfuncionales observamos que un 20% si consumen alcohol y un 54% no consumen alcohol. Realizando el análisis con la prueba de la Chi-Cuadrada calculada $\chi^2_c = 6.257$ es mayor que la Chi-cuadrada tabulada $\chi^2_t = 3.8415$, entonces se rechaza H_0 , y se aprueba la H_a , lo que significa que existe relación entre las variables del funcionamiento familiar y el consumo de alcohol.

También podemos observar que el consumo de alcohol en los estudiantes es mucho mayor en aquellos que tienen familias funcionales que en los que tienen familias disfuncionales; por lo cual se afirma que en estudiantes con este tipo de familia aumenta la posibilidad de iniciar el consumo de alcohol a pesar de presentar familias funcionales ya sea por curiosidad u otros, hacen que esto sea con más frecuencia a temprana edad poniendo así en riesgo a los demás estudiantes de la institución.

El inicio de ciertas actividades se torna un predictor de riesgo más serio cuando ocurre a menor edad. Así destaca el inicio de la carrera alcohólica en las primeras fases de la adolescencia como un predictor de agravamiento de ésta y otras adicciones en el futuro⁴⁵

Según estudios realizados nos dicen que como signos psicológicos para que el estudiante pruebe alcohol es necesario que mencionen o elaboren un sistema sofisticado de mentiras y excusas para ocultar que está bebiendo, así como el cambio de personalidad y otros; además de que existe una relación estrecha entre el consumo de alcohol en la adolescencia y el uso de otras drogas ilícitas. Mientras más temprano es el comienzo del consumo de sustancias químicas, mayor es el impacto, así también es mayor el consumo de otras drogas.²⁴

Por otro lado, se dice que “la mayor amenaza de los crecientes problemas del alcohol entre estudiantes quizá se encuentre en las zonas del mundo que experimentan una rápida transformación sociocultural y económica”. El alcohol es una de las drogas más consumidas en nuestra sociedad, muchas personas acompañan sus actividades sociales con el alcohol y es aceptado como un acompañamiento placentero de las relaciones y los encuentros sociales. Esta percepción del alcohol ha contribuido a extender su consumo, no sólo entre los adultos, sino también entre los jóvenes y los adolescentes, que se inician en edades muy tempranas. La sustancia que los adolescentes abusan con mayor frecuencia en Latinoamérica es el alcohol.⁴⁵

En un estudio realizado identificaron que los padres se encuentran la mayor parte del tiempo fuera de casa por encontrarse trabajando esto dificulta los espacios de encuentro de la familia, contribuyendo a que rara vez se hagan cosas juntas en la familia no existiendo vínculo no solo afectivo si no de reforzamiento positivo; lo que puede generar: La necesidad de uso de alcohol, el aumento de la cantidad de consumo, aumento del riesgo para decir no cuando le ofrecen alcohol u otras drogas.³

En conclusión podemos decir que los estudiantes están de una u otra forma siendo expuestos irremediablemente a poder asumir diversas conductas de riesgo, ya sea en menor o mayor frecuencia de consumir alcohol por su fácil acceso y gran difusión comercial siendo que esto incita al estudiante a tener cierta curiosidad, debido a esta problemática podemos decir que un adecuado funcionamiento familiar podría disminuir en un porcentaje más no en su totalidad que el estudiante pueda asumir conductas de riesgo pero

para esto juega un papel muy importante el prevenir significativamente el inicio y frecuencia del consumo del alcohol de igual forma cabe mencionar que en una familia disfuncional aumenta la posibilidad de adoptar conductas de riesgo ya sea por el mismo hecho que no hay una buena relación, además se encontró que en las dimensiones del funcionamiento familiar que son más relevantes son una buena comunicación compartidos por los miembros de familia entre padres e hijos, de aquí que decimos que al tener una buena comunicación en familia podrían fortalecer más a la familia así como poder evitar el inicio de consumo de alcohol en los estudiantes, por lo cual se ve que en esta institución aún se está tomando conciencia por parte de los estudiantes pero siempre estando en alerta.

Podemos establecer que un buen funcionamiento familiar protege y previene moderadamente el inicio del consumo de alcohol en los adolescentes pero no están libres de ello ya que están expuestos a diferentes situaciones tanto negativas como positivas que hacen que el estudiante tengan que tomar una decisión, que generalmente es negativa y perjudicial para su salud y buen rendimiento escolar.



CUADRO N° 5

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LA ADOPCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO: CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES DEL TERCERO AL QUINTO GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA ADVENTISTA PUNO- 2013

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	CONSUMO DE TABACO				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
FAMILIA FUNCIONAL	32	16	113	58	145	74
FAMILIA DISFUNCIONAL	21	11	29	15	50	26
TOTAL	53	27	142	73	195	100

FUENTE: Encuesta realizada a los estudiantes del tercero al Quinto grado de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno.

La relación del funcionamiento familiar con el consumo de tabaco en los estudiantes es en familias funcionales nos indica que un 16%, si consumen tabaco y un 58% no consumen tabaco; de igual forma en familias disfuncionales observamos que un 11% si consumen tabaco y un 15% no consumen tabaco. Realizando el análisis con la prueba de la Chi-Cuadrada calculada $\chi_c^2 = 7.462$ es mayor que la Chi-cuadrada tabulada $\chi_t^2 = 3.8415$, entonces se rechaza H_0 y se aprueba la H_a , lo que significa que existe relación entre las variables del funcionamiento familiar y consumo de tabaco.

Al observar los resultados obtenidos del funcionamiento familiar frente al consumo de tabaco, podemos notar que un porcentaje positivamente no adopta la conducta de consumo de tabaco, pero sin embargo un porcentaje considerable pertenecen a las familias funcionales en donde el estudiante a pesar de que esta no está ajeno a poder consumir tabaco ya sea por curiosidad o influencia del entorno que lo rodea, para que puedan empezar a consumir tabaco.

Así mismo, los adolescentes adoptan conductas de riesgo porque no siempre perciben el riesgo como tal; por una característica evolutiva propia de este período: El egocentrismo ellos fantasean “historias personales” en los que no perciben estar expuestos a ningún riesgo. Estas historias anulan en ellos el principio de realidad y los llevan a actuar como si esta no existiera o no importara. Tienen una sensación de invulnerabilidad que los hace sentirse inmunes. Es un sentimiento que los lleva a sentirse diferentes y mejores además de especiales, suelen manifestar: “A mí no me va a pasar”.⁴⁷

En la adolescencia la exploración y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros; han pasado a constituir una preocupación creciente.⁴⁸

Según estudios realizados refiere que el consumo de tabaco ocurre a edades cada vez más a temprana edad. Se ha calculado que cada cigarrillo que uno fuma reduce la vida por cinco minutos y por ende el fumador de un paquete diario durante 25 años tiene una pérdida potencial de cuatro años y medio de vida. También refiere que en la adolescencia la exploración y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros; y han pasado a constituir una preocupación creciente, el hábito de fumar es más frecuente en los hombres que en las mujeres, a diferencia de Estados Unidos y Europa donde las mujeres consumen con mayor frecuencia.²⁴

De igual manera se afirma que entre los adolescentes de todas las edades, el consumo de tabaco es el comportamiento más común y el que con más probabilidad afecta a la salud debido a su prevalencia.⁷

Constatando diversas teorías y resultados encontrados en estudios anteriores la presente investigación pone de manifiesto que un buen funcionamiento familiar no siempre disminuirá el riesgo de consumir tabaco no estando libre de adoptar esta conducta de riesgo por influencia de estudiantes que pertenecen a una familia disfuncional que es un mínimo de riesgo según resultados obtenidos, por lo cual es importante la actuación inmediata y oportuna a estudiantes que están en riesgo del consumo del tabaco con el fin de prevenir numerosos casos de consumo de tabaco en estudiantes.

Además se puede determinar sin duda alguna que los estudiantes que tienen confianza con sus padres para contarles sus problemas solucionan de la mejor manera el riesgo de

consumo de tabaco puesto que estos cuentan con mayor información y apoyo, de esta forma se puede prevenir a que los estudiantes puedan adoptar a consumir tabaco.

Así llegamos a observar que un buen funcionamiento familiar protege moderadamente el inicio del consumo del tabaco en los estudiantes.



CUADRO N° 6

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LA ADOPCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO: RELACIONES COITALES EN ESTUDIANTES DEL TERCERO AL QUINTO GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA ADVENTISTA PUNO- 2013

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	RELACIONES COITALES				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
FAMILIA FUNCIONAL	16	8	129	66	145	74
FAMILIA DISFUNCIONAL	9	5	41	21	50	26
TOTAL	25	13	170	87	195	100

FUENTE: Encuesta realizada a los estudiantes del tercero al Quinto grado de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno.

La relación entre el funcionamiento familiar y el inicio de las relaciones coitales en los estudiantes frente a familias funcionales es un 66% no han tenido relaciones coitales y un 8% si han tenido relaciones coitales, de igual forme en familias disfuncionales un 21% no han tenido relaciones coitales y un 5% si han tenido relaciones coitales. Realizando la prueba de la Chi-Cuadrada calculada $\chi_c^2 = 1.614$ es menor que la Chi-cuadrada $\chi_t^2 = 3.8415$, entonces no se rechaza H_0 , lo que significa que no existe relación entre las variables funcionamiento familiar y las relaciones coitales.

Deduciendo de los resultados tomados a los estudiantes observamos que positivamente hay estudiantes que aún no han adoptado la conducta sexual de iniciar con las relaciones coitales, que oscilan entre las edades de 15 y 16 años, así también se puede mencionar que los que ya iniciaron con las relaciones coitales han empezado a tomar diferentes medidas de precaución y algunos estudiantes que aún no tienen conocimiento al respecto.

La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y sobre todo de los más jóvenes. A través de la comunicación familiar se transmiten valores, concepciones, acciones y comportamientos sobre sexualidad.⁴⁵

La actividad sexual precoz y sin protección no causa en general morbilidad y mortalidad durante el período de la adolescencia; sus efectos y costos se evidencian más tarde en la vida y puede tener importantes repercusiones en el desarrollo biológico, social y psicológico de la jovengeneración.⁴⁶

De igual forma podemos decir que en el campo del riesgo sexual, una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA.⁴⁷

También se dice que la decisión del estudiantes de tener relaciones sexuales cuando se siente atraído por alguien dependerá de parámetros como: expectativas sobre el nivel de estudios (los estudiantes que piensan ir a la universidad retrasan más tiempo su primera relación sexual) y sus actitudes y valores respecto a la sexualidad, que pueden a su vez estar influenciados por las actitudes familiares y culturales.⁴⁹

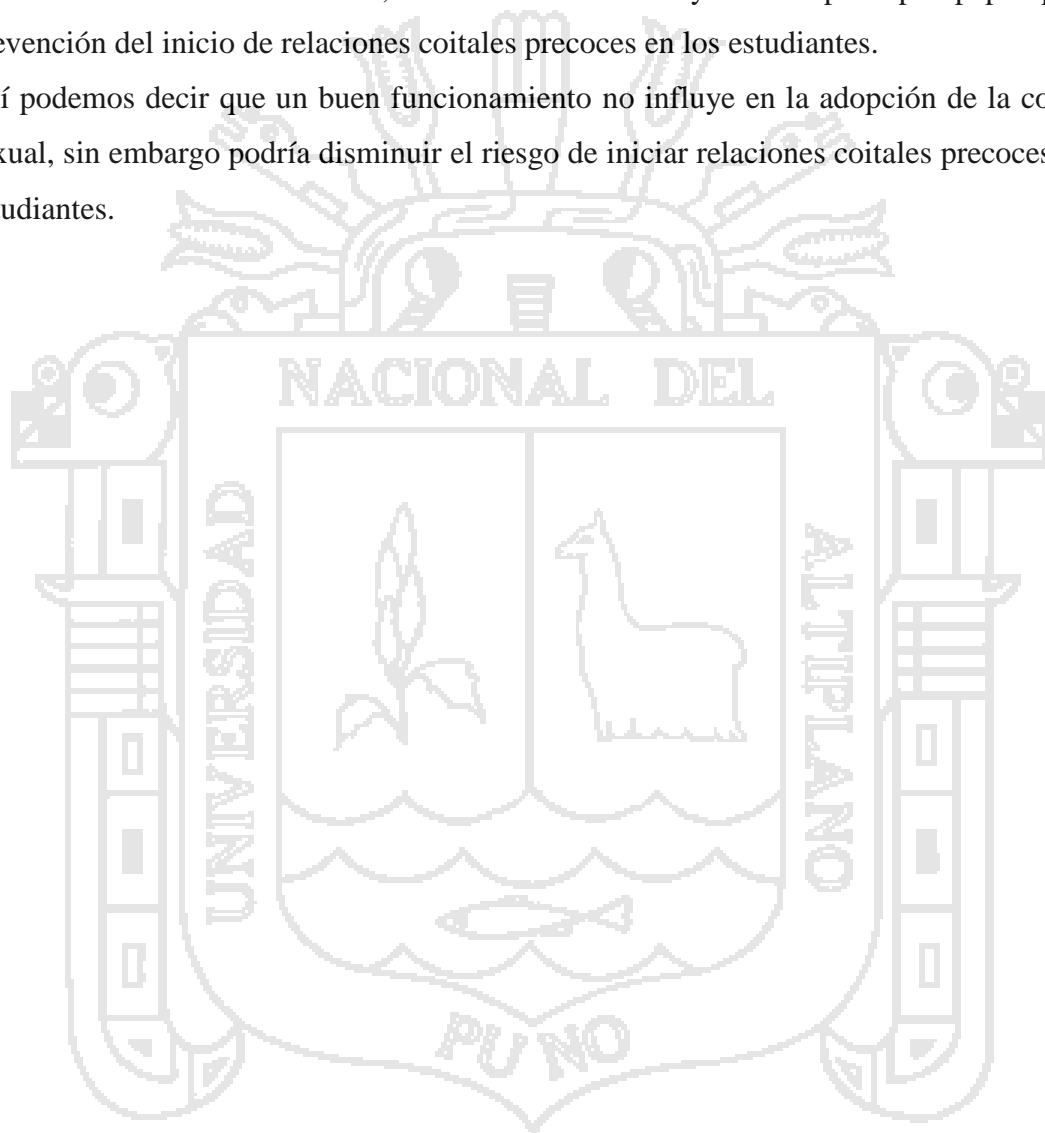
La conducta sexual irresponsable, el embarazo no deseado y el aborto provocado constituyen problemas de salud que se presentan con frecuencia en los estudiantes. El riesgo de las consecuencias negativas, producto de la actividad sexual adolescente, puede definirse en tres momentos: Inicio de relaciones sexuales, frecuencia, el uso de métodos anticonceptivos.⁴⁶

Así las relaciones sexuales entre jóvenes son esporádicas, lo que impide un uso adecuado de anticonceptivos.³

En comparación con estudios similares realizados en otros lugares donde nos dan resultados considerables no siendo la mayoría pero siendo significativo porque se ve que se da en instituciones educativas privadas al igual en donde se realizó nuestro estudio; esto nos da a conocer que no hay diferencia entre instituciones y esto hace que el estudiante tiene cierta influencia del entorno que lo rodea así también como la curiosidad es por eso que se debe trabajar en lo que es promoción y prevención de la salud en los adolescentes.

Así podemos concluir que un adecuado funcionamiento familiar puede ayudar a que el estudiante pueda adoptar una conducta sexual responsable y que una disfunción familiar puede provocar el inicio de relaciones coitales precoces y con esto acompañado de un mayor riesgo para la salud del estudiante, cabe mencionar que mediante el compartir el tiempo libre y confianza de los padres para con sus hijos para comunicar sentimientos y necesidades entre todos es favorable y evitar conductas de riesgo para así mejorar la relación afectiva en la familia; todo ello se constituye en el principal papel para la prevención del inicio de relaciones coitales precoces en los estudiantes.

Así podemos decir que un buen funcionamiento no influye en la adopción de la conducta sexual, sin embargo podría disminuir el riesgo de iniciar relaciones coitales precoces en los estudiantes.



CUADRO N° 7

INFLUENCIA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA ADOPCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES DEL TERCERO AL QUINTO GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA ADVENTISTA PUNO- 2013

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	CONDUCTAS DE RIESGO				TOTAL	
	EXISTE		NO EXISTE			
	N°	%	N°	%	N°	%
FAMILIA FUNCIONAL	86	44%	59	30%	145	74%
FAMILIA DISFUNCIONAL	19	10%	31	16%	50	26%
TOTAL	105	54%	90	46%	195	100

FUENTE: Encuesta realizada a los estudiantes del Tercero al Quinto grado de la Institución Educativa secundaria Adventista Puno.

La relación de Conductas de riesgo frente al funcionamiento familiar, adquiridas por los estudiantes encuestados, se encontró que en un 44% existe conducta de riesgo en Familias funcionales y en un 30% no existe conductas de riesgo mientras que en familias disfuncionales en un 10% existe conductas de riesgo y en 16% no existe conductas de riesgo.

Estos resultados permiten inferir que más de la mitad de los estudiantes presentan conductas de riesgo sin diferenciar el tipo de funcionamiento familiar de igual manera podemos observar que el mayor porcentaje en la adopción de conductas de riesgo has sido por los estudiantes que viven dentro de una familia funcional.

Realizando el análisis con la prueba Ji- cuadrada se observa entonces, si $\chi_c^2 > \chi_t^2$ Por lo

tanto $\chi_c^2 = 6.794 > \chi_t^2 = 3.84$ entonces se rechaza la **H₀**: Hipótesis nula. Dónde:

χ_c^2 = Ji cuadrada calculada. χ_t^2 = valor Ji cuadrada de la tabla de distribución. $\chi_c^2 = 6.794$

G.L.=1 $\chi_t^2 = 3.84$

Esto significa que existe una relación entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo, y por ende confirma nuestra hipótesis alterna en donde existe una relación entre el funcionamiento familiar y la adopción de conductas de riesgo.

Con respecto al tema “Una familia con buen funcionamiento familiar gracias a los lazos de cariño y respeto, a que tienen metas en común, pueden convivir de manera armónica y facilitar que sus miembros se desarrollen saludablemente”.

Se afirma que la familia es el medio natural para el desarrollo de los hijos y la formación de adultos por ello se le considera como el primer agente de socialización importante en el desarrollo físico y psicológico de estos. El comportamiento del estudiante que sigue este proceso, está estrechamente ligado con la diversidad y calidad de los estos. El comportamiento del estudiante que sigue este proceso, está estrechamente ligado con la diversidad y calidad de los estímulos emocionales e intelectuales proporcionados por el grupo familiar.²⁶

En un estudio de investigación realizado a estudiantes de enfermería en Arequipa concluye que más de la mitad presento un buen funcionamiento familiar y un considerable grupo presento disfunción familiar debido a la falta de comunicación y deficientes interrelaciones familiares.³²

La presente investigación coincide con los resultados encontrados por CHACON, que a pesar de usar diferentes instrumentos evaluativos, diferentes poblaciones, así pudiendo afirmar que existe una relación del funcionamiento familiar en la adopción de conductas de riesgo en los y las estudiantes.

Asimismo esta investigación ha puesto de manifiesto de que la mayoría de los y las estudiantes de nuestro medio perciben tener un buen funcionamiento familiar, puesto que si bien el estudiantes se aleja de su familia por su propia característica de independencia y construcción de su personalidad considera a este como el lugar más importante de afecto, apoyo y resolución de problemas por ende aunque los conflictos familiares sean frecuentes. De ahí podemos decir que el estudiante tiende a buscar o experimentar situaciones diferentes y esto se da con la adopción de conductas de riesgo.

VIII.- CONCLUSIONES:

PRIMERA: De los 195 estudiantes que participaron de la investigación, el 74% pertenece a una familia funcional y el 26% a una familia disfuncional, esto implica que también estudiantes pertenecientes a cualquier tipo de familia pueden adoptar conductas de riesgo que podría poner en peligro su salud.

SEGUNDA: En el funcionamiento familiar la dimensión más prevalente es la permeabilidad en un 43% de estudiantes que pertenecen a una familia funcional y el 57% pertenecen a una familia disfuncional seguido de comunicación un 66% en familias funcionales y 34% en familias disfuncionales y adaptabilidad 67% en familias funcionales y 33% en familias funcionales, evidenciándose que debido a la incapacidad de dar o recibir ayuda de su entorno o instituciones por el que dirán, produciendo una relación prudente de sus miembros con otros subsistemas.

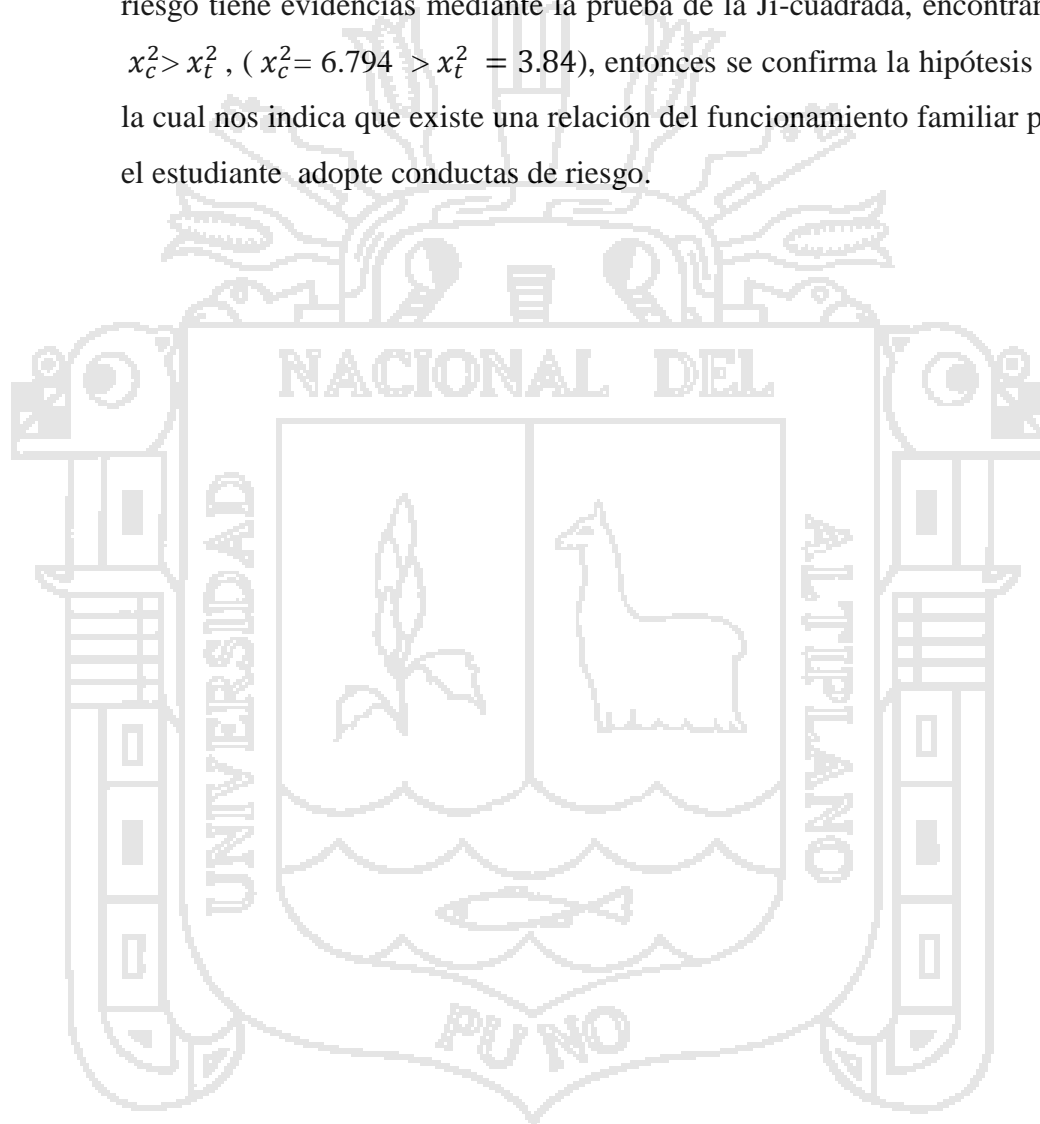
TERCERO: La conducta de riesgo más prevalente en los estudiantes fue el consumo del alcohol en un 34.0%; seguido del consumo de tabaco en un 28.0% y las relaciones coitales precoces en un 19.0%. Atribuidas a la frecuencia de participación en fiestas sociales y costumbristas tan comunes en el medio, puesto que a través de las personas adultas que adoptan esta conducta se induce y se da un claro ejemplo de su consumo para los estudiantes.

CUARTA: Con respecto al funcionamiento familiar y su relación con el consumo de alcohol el 20% de estudiantes de familias funcionales y 12% de familias disfuncionales, con predominio en familias funcionales consumen alcohol, situación diferente a lo que nos suscita la teoría, existiendo otros factores que lo puedan explicar.

QUINTA: Con referencia al funcionamiento familiar y su relación con el consumo de tabaco el de 16% de estudiantes de familias funcionales y 11% en familias disfuncionales, teniendo como predominio el consumo de tabaco en familias funcionales, situación que hace diferente a lo que nos indica la teoría, lo cual nos da a conocer que existen otras situaciones que lo pueden explicar.

SEXTA. Respecto al funcionamiento familiar y su relación con las relaciones coitales precoces de 8% de estudiantes en familias funcionales y 5% de familias, teniendo como predominio las relaciones coitales precoces en familias funcionales, situación diferente a la teoría, que nos hace pensar que hay otras situaciones existentes que lo puedan explicar.

SÉPTIMA: El funcionamiento familiar y su relación con las conductas de riesgo tiene evidencias mediante la prueba de la Ji-cuadrada, encontrando que $x_c^2 > x_t^2$, ($x_c^2 = 6.794 > x_t^2 = 3.84$), entonces se confirma la hipótesis alterna, la cual nos indica que existe una relación del funcionamiento familiar para que el estudiante adopte conductas de riesgo.



IX.- RECOMENDACIONES:

A INSTITUCIONES EDUCATIVAS SECUNDARIAS PARTICULARES

- Formar y consolidar reuniones en la escuela de padres en donde se traten de temas sobre la funcionalidad familiar, enfatizando la cohesión, armonía, adaptabilidad y los roles en familia.
- Exponer también que esto podría traer como consecuencia problemas entre los miembros de la familia trayendo como consecuencia el inicio de adoptar una conducta de riesgo como la ingesta de alcohol, tabaco y relaciones coitales precoces debido a la falta de cariño que podría percibir el adolescente en su familia.
- Realizar cursos talleres en relación a la vida familiar frente a la adopción de conductas positivas para que posteriormente no se creen conductas negativas, además del desarrollo bio-psico- social del adolescente.

A LAS FAMILIAS

- Que asistan a curso para padres, a establecimientos de salud para obtener más información sobre charlas acerca del tema principalmente con los adolescentes para que puedan adoptar conductas saludables tanto uno mismo como para la familia.

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN SOBRE TODO EN EL PROGRAMA DEL ADOLESCENTE

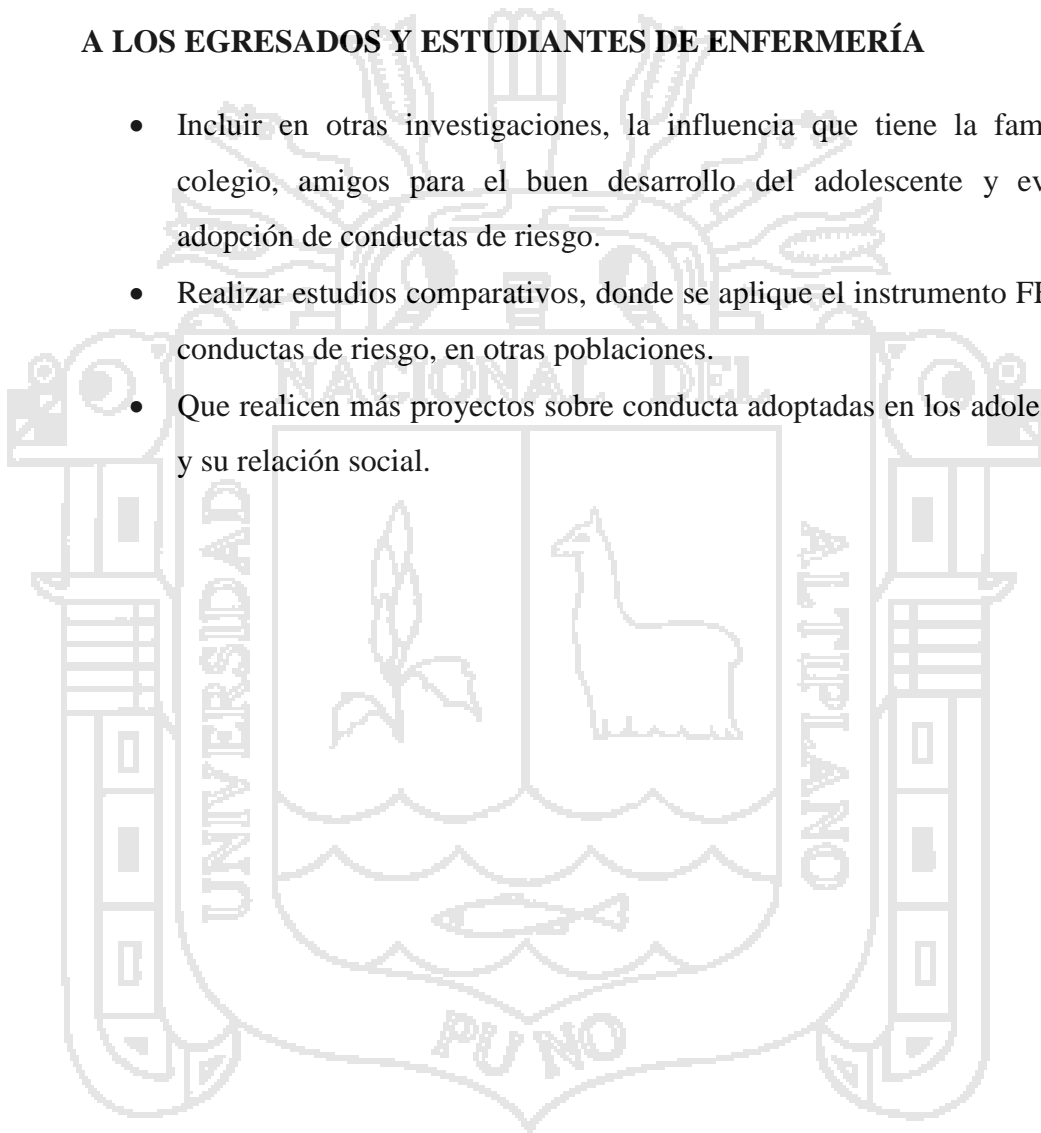
- Realizar acciones eficaces en el programa de Familias y Viviendas Saludables con fines de mejorar el funcionamiento de la familia para evitar la adopción de las conductas de riesgo en los adolescentes.
- Optimizar los programas de Salud del Adolescente, Salud Mental, e Instituciones Educativas Saludables, tomando en cuenta las consecuencias como el adoptar una conducta de riesgo en los adolescentes.
- Brindar información al adolescente frente al desarrollo sexual dando una prevención y promoción del mismo mediante la capacitación a las instituciones.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

- Promover, desarrollar y ejecutar técnicas y métodos efectivos en la promoción de salud familiar y evitar las conductas de riesgo en las áreas académicas de: salud familiar, salud comunitaria, salud del escolar y el adolescente, tomando en cuenta que la familia es uno de los factores que influye en el desarrollo del adolescente.

A LOS EGRESADOS Y ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

- Incluir en otras investigaciones, la influencia que tiene la familia, el colegio, amigos para el buen desarrollo del adolescente y evitar la adopción de conductas de riesgo.
- Realizar estudios comparativos, donde se aplique el instrumento FF.SIL y conductas de riesgo, en otras poblaciones.
- Que realicen más proyectos sobre conducta adoptadas en los adolescentes y su relación social.



X.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. CHACON, R. y VELARDE, L. Estudio de la Dinámica Familiar en los estudiantes de enfermería. Tesis. Editorial Universidad Católica de Santa María. Arequipa. 2002. p.12, 38,39.
2. AMAR, J. y Col. Factores Psicosociales asociados con la Funcionalidad Familiar en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. Artículo de Investigación y Desarrollo. Vol. N° 11. Universidad del Norte. Colombia 2003. P. 169.
3. AMPUERO, A. Sexualidad y Deseo: Hablan adolescentes de Ayacucho, Puno, San Martín y Ucayali. 2da ED. Lima 1999. Editorial. Movimiento Manuela Ramos. p 21.
4. VARGAS, Trixsi. Encuesta Demográfica Continua 2004-2006. INEI. Educación enred.com.pe
5. ROJAS, M. Factores de Riesgo y Protectores Identificados en Adolescentes Consumidores de Sustancias Psicoactivas, Revisión y análisis del estado actual. Lima: Editorial CEDRO, 2001. P. 83,84.
6. GONZALES Z, Vargas M. Escuela para Padres. El Funcionamiento Familiar. Rev. Centro Regional de Investigación en Psicología. México. 2007; 1 (3): 19-22.
7. GÓMEZ DE GIRAUDDO, M. Adolescencia y prevención: Conducta de riesgo y resiliencia, en línea <http://psico.usal.edu.ar/psico/adolescencia-prevencion-conducta-riesgo-resiliencia>.
8. HERNANDEZ, A. y Cols.; Influencia del Medio Familiar en un grupo de 5 a 19 años con Riesgo Suicida, Cuba-1997. En línea:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_4_99/mgi05499.htm.
9. INEI- Dirección Técnica de Demografía. Elaboración: Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática. En línea:
http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=7922
10. CONDORCHOA, M. Factores Socio Educativos de la Práctica Sexual en Adolescentes del Colegio Estatal JAE. Tesis Facultad de Enfermería. UNA-Puno. 2002 p. 23.
11. AGRAMONTE, S. Comunicación Efectiva en la Familia 2009 En línea: Fecha de acceso 8 de setiembre del 2013 disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Tesis/Salud/agramonte_ga/contenido.htm.
12. REUSCHE, R. La Adolescencia Desafío y Decisiones. Pontificia Universidad Católica del Perú-Lima 1990. P. 60,61.

13. FLORENZANO URZÚA, R. Conductas de riesgo y factores protectores, en línea <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion16/M4L16Leccion2.html>.
14. PHILP, F. Desarrollo Humano. México: Editorial Hispanoamericana S.A., 1997. p. 426.
15. ORTIZ P, P. La Familia. Cuba: Editorial Americana S.A., 1999. P. 673.
16. GOMEZ, D. Conductas de Riesgo y su Relación con la Funcionalidad Familiar en los Adolescentes de la Liberal Social- Universidad de Cesar Vallejo-Trujillo 2005. En línea:
17. DGHI, P. Salud Mental, Infancia y Familia. Editorial UNICEF, 1995. p.12.
18. ORTIZ LOURO B, JIMENEZ. La Salud Familiar: Caracterización en un área de salud. Rev. Cubana Medicina General Integral.[en línea].1999[fecha de acceso 20 de agosto del 2013];3(15):303-309.Disponible en:<http://scielo.sld.cu/revistas/mgi/mgi05499.htm>
19. FUENTES ALVAREZ, ENRIQUE. Armonía Familiar en el Hogar. 1ra ED. 1991. Editorial Navarrete-Perú. p. 173.
20. ALONZO, CONSUELO. La Realidad de los Adolescentes en el Perú. En línea: <http://www.promsex.org/articulos/la-realidad-de-los-adolescentes-en-el-peru.html>.
21. BRUGERA, C. Salud Reproductiva, Conductas de Riesgo, Embarazos y ETS en Adolescentes. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Talleres. P.2-3.
22. CAPELLA, J. Educación, Planteamiento Para la Formulación de una Teoría, Tomo I, Editorial Zapata Santillana, Lima 1983 p. 29.
23. ASTETE, O. Influencia de la Dinámica Familiar en los Niveles de Estrés y Autoestima en Adolescentes de 14-18 años. U.N.S.A 2000.
24. FERNADEZ, P. Problemas de Salud Infantil: Intervención de Enfermería. 1ra ED. Santiago: Editorial Universidad Pontífice de Chile, 1999. p. 500.
25. AGUIRRE GONZALES, A. Capacidad y factores asociados a la resiliencia, en adolescentes del C.E. Mariscal Andrés Bello Cáceres del sector IV de Pamplona Alta San Juan de Miraflores"-Lima 2002. Tesis. En línea: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Tesis/Salud/aguirre_ga/contenido.htm
26. SAEZ, I. Adolescente de Alto Riesgo. Venezuela, s.s. 2003 p.30, 32.
27. VALLE, I. La Funcionalidad Familiar [en línea] 2008 [fecha de acceso 26 de julio del 2013]

- disponible, en: <http://medicinafamiliaramazatlan.blogspot.com/2008/12/funcionalidad.familiar.html>.
28. CHIRINOS, J y ENDARA, E. Influencia de Factores: Familiares en la Prevención de Conductas de Riesgo para la Salud en Adolescentes de Quinto Año de Secundaria. Colegios Estatales de Puno. Tesis. Facultad de Enfermería. UNA-Puno 2004.
 29. LOURO B, INFANTE P, CUESTA F. PÉREZ G, GONZALES B, PÉREZ P, Et al. Manual para la Intervención en la Salud Familiar. Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
 30. HERRIECHE. B. Impacto de la Funcionalidad Familiar del Adolescente y sus Padres con Crisis Familiar. Marzo-noviembre 2000 [tesis doctoral en puericultura y pediatría] Barquisimeto [Venezuela]: Universidad Centro Occidental. Lizandro Alvarado. [en línea]. <http://elcomercio.pe/ediciononline/html/2008-06-29/cada-ano-100-mil-adolescentes-peru-afirma-experto.html>.
 31. MUNIST Mabel, Santos Hilda, Kotliarenco María Angélica y Colb. Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia en Niños y Adolescentes. p. 9. Fundación W.K. Kellogg. Programa de Familia y Población. OPS-OMS. Washington. U.S.A. 1998
 32. KRAUSKOPF, D. Conductas de Riesgo en la Fase Juvenil. OIT p. disponible en línea: www.cinterfor.org.uy/jovenes.
 33. LARA, E. y col. Resiliencia: La Esencia Humana de la Transformación Frente a la Adversidad. Revista Institucional. Arequipa. U.N.S.A. 2002. p. 96.
 34. MINSA, “Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes”. En línea: <http://www.larepublica.pe/sociedad/21/09/2009/minsa-presenta-analisis-de-la-situacion-de-los-adoslecentes-en-el-peru>.
 35. SILBER, Tomás J. MUNIS Mabel, Maddaleno Herrera Matilde, Suarez Ojeda Elbio Nestor y cols. Manual de Medicina de la Adolescencia. OPS. Serie de PALTEX. Washington. E.U.A. 1992. P 11, 17-18.
 36. ARDILA, L. Funcionamiento Familiar, <http://www.monografias.com/trabajos89/funcionamiento-familiar/funcionamiento-familiar.shtml>
 37. GONCALVEZ, S. Predictores de Riesgo Entre Adolescentes. Revista Interamericana de Psicología. Artículos. Vol. 41 Brasil. 2007.
 38. BERRA, M. y DUENAS, R. Educación Para la Salud: Conductas de Riesgo en los Adolescentes y Jóvenes. Revista Científica Electrónica de Psicología. N° 5. Universidad Autónoma de Puebla y CELMA.

39. DIAZ, M. BARROSO, A. y Cols. Sexualidad en la Adolescencia. Universidad de Laguna. En línea: http://www.comtf.es/pediatria/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/N_Marta_D%C3%ADaz.htm.
40. HINCHE E, SUAREZ. Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. Rev. Rampa. 2006.; 1(1): 38-47.
41. MADDALENO, M. y Cols. Aplicación de un Instrumento Para Calificar el Funcionamiento Familiar en la Atención de Adolescentes. p.130-145. Revista Children. Vol. N°3 Washington, 1987.
42. INSTITUTO DE BIENESTAR. Factores Protectores que Favorecen una Respuesta Sana y Adaptativa. Colombia, 1998.
43. MINSA. Módulo de Atención Integral en Salud Mental Dirigido a Trabajadores de Primer Nivel de Atención. Módulo 5. Abuso de Sustancias Universidad Nacional Cayetano Heredia. Lima, 2005. p. 9. En línea: <http://www.minsa.gob.pe/dgps>.
44. MARTINES, R. La Salud del Niño y del Adolescente. 3ra ED. México: Editorial Masson Salbat Medicina, 1995. P.1119.
45. MINSA, Documento Técnico: Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud-Salud Sexual y Reproductiva. DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. PERÚ. p.6.
46. LIBERTAD, M. y REYES, Z. Conducta Sexual, Embarazo y Aborto en la Adolescencia: Un Enfoque Integral de Promoción de Salud. Rev. Cubana Salud Pública, 2003.
47. SANTANDER, S; ZUBAREW, T. y Cols. Influencia de Factores Protectores en Conductas de Riesgo en Adolescentes Chilenos. Artículos de Investigación. Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev. Medica de Chile. vol. 136. 2008.
48. UGARTE, R. La Familia como Factores de Riesgo, Protección y Resiliencia en la Prevención en el Uso de Drogas en Adolescentes. Lima. CEDRO En línea: <http://resilienciaenadolescente.com.pe>.
49. FONTENOT, A. Intervenciones para adolescentes con problemas de conducta, En línea http://www.ehowenespanol.com/intervenciones-adolescentes-problemas-conducta-info_322875/
50. BUENO, G. Perfil Sociodemográfico de los Estudiantes Universitarios sin Progreso Académico y la Relación entre el Apoyo Psicosocial y el Éxito Académico en los Estudiantes de Primer Año de Universidad. Universidad Complutense de Madrid-2005 p. 101-103.

51. SANCHEZ, D. Características del Funcionamiento Familiar en el Policlínico Juan George Soto Cuesta. Deleyte Banes. Enero – Diciembre del 2010. [Tesis doctoral]. Cuba: Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello, 2010.





CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para protección de los derechos éticos de los participantes que proporcionarán la información para el estudio denominado **“INFLUENCIA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA ADOPCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES DEL TERCERO AL QUINTO GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA ADVENTISTA PUNO-2013”**. Realizado por las egresadas Quispe Aruhuanca, Amanda y Molina Ticona, Luisa Soledad de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano.

Yo _____, como participante de la investigación, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, doy constancia de haber aceptado participar en la investigación que tiene como objetivo determinar la influencia del funcionamiento familiar en la adopción de conductas de riesgo en estudiantes del tercero al quinto grado de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno.

Que como parte de la investigación debo dar mi autorización mediante la firma de este consentimiento informado, y debo responder el instrumento que se me brinde.

Que la presente investigación no tiene riesgos, que puede producir incomodidad en el estudiante siendo totalmente anónima, y que los beneficios que se esperan obtener al terminan el estudio son el poder conocer la influencia que tiene el funcionamiento familiar en la adopción de conductas de riesgo en los estudiantes.

He sido advertido (a) que mi participación es completamente voluntaria y que tengo la autonomía de retirarme cuando lo considero pertinente, que no existen riesgos para mi salud, que la información que proporcione será utilizada solo para fines de la realización de este estudio conservando siempre su confiabilidad y que mi intervención no tendrá ningún costo.

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ENCUESTA – CUESTIONARIO

El cual se trata sobre la identificación de: Funcionamiento familiar y conductas de riesgo que tú tengas. La encuesta es anónima, por lo que nadie podrá identificar tus respuestas, las cuales serán tratadas con la más absoluta confidencialidad y reserva, Permitirá tomar medidas que favorezcan el desarrollo de los adolescentes.

Lo que tienes que hacer es marcar con un aspa (X), la alternativa de respuesta que has elegido.

Pido tu sinceridad al momento de responder.

DATOS GENERALES:

¿Qué edad tienes?.....años. Sexo: M () F ()

¿Vives usted con sus padres? Sí () No () ¿Con quién vives?.....

N: nunca; **PV:** pocas veces; **AV:** a veces; **MV:** muchas veces; **S:** siempre

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

SITUACION	N	PV	AV	MV	S
1. En mi hogar se toman decisiones para las cosas importantes de la familia.					
2. En mi hogar, predomina la armonía, paz y tranquilidad.					
3. En mi hogar, cada uno cumple con sus obligaciones.					
4. En mi hogar, las manifestaciones de cariño son parte de nuestra vida diaria.					
5. En mi hogar, conversamos de forma clara y directa.					
6. En mi hogar, podemos aceptar los defectos de los demás miembros de la familia y sobrellevarlos.					
7. En mi hogar, tomamos en cuenta las experiencias que otras familias vivieron ante situaciones difíciles.					
8. Cuando algún miembro de la familia tiene un problema, los demás le ayudan.					
9. En mi hogar, se reparten las tareas de modo que nadie esté sobrecargado.					
10. Si en mi hogar, estamos acostumbrados por ejemplo: a almorzar juntos, festejar cumpleaños, etc. esto puede cambiar si se presentan otras situaciones.					
11. En mi hogar, podemos conversar diferentes temas sin temor.					
12. Ante un problema familiar, buscamos ayuda en otras personas.					
13. En mi hogar, todos (padres e hijos) respetamos los intereses y necesidades de cada miembro de familia.					
14. En mi hogar, demostramos el cariño que nos tenemos, por ejemplo, dándonos abrazos y diciendo palabras agradables.					

ANEXO 2**CONDUCTAS DE RIESGO****CONSUMO DE TABACO**

1. ¿Alguna vez has fumado tabaco (cigarro)?
 - a) Si.
 - b) No.
- 2.- ¿A qué edad iniciaste a consumir y/o fumar tabaco (cigarro) por primera vez?
Edad:años.
- 3.- ¿Con qué frecuencia consumes tabaco (cigarro)?
 - a) Nunca.
 - b) A veces.
 - c) Siempre.
- 4.- ¿Por qué motivo consumes tabaco (cigarro)?
 - a) Por curiosidad y/o hacer amigos.
 - b) Por problemas familiares u otros.
 - c) No fumo.

CONSUMO DE ALCOHOL

- 5.- ¿Alguna vez ha consumido bebidas alcohólicas?
 - a) Si.
 - b) No.
- 6.- ¿A qué edad iniciaste a consumir bebidas alcohólicas por primera vez?
Edad:años.
- 7.- ¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?
 - a) Nunca.
 - b) A veces.
 - c) Siempre.
- 8.- ¿Por qué motivo consumes bebidas alcohólicas?

- a) Por curiosidad y/o hacer amigos.
- e) Por problemas familiares u otros.
- f) No consumo.

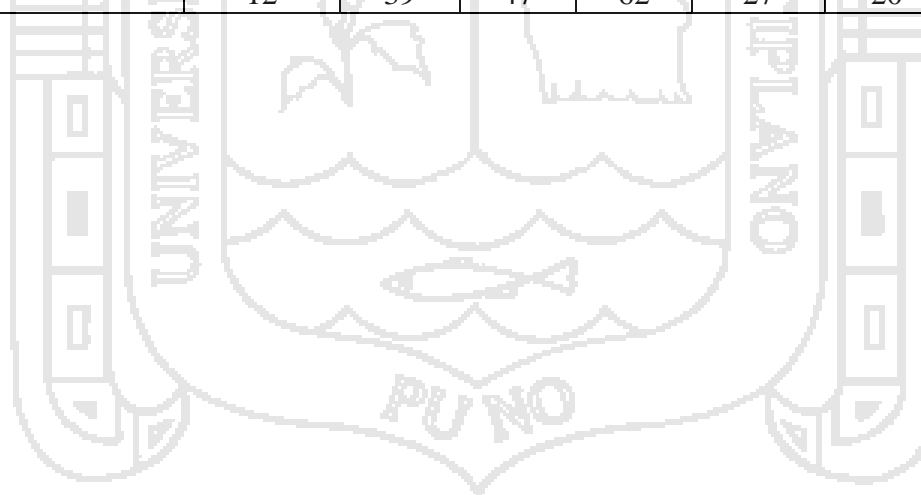
CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO

- 9.- ¿Has tenido relaciones coitales alguna vez?
 - a) Si.
 - b) No.
- 10.- ¿A qué edad iniciaste con tu primera relación coital?
 - a) Edad:años.
- 11.- ¿Tuviste relaciones coitales sin protección?
 - a) Nunca he tenido relaciones coitales.
 - b) Si hemos usado protección.
 - c) No hemos usado protección.
- 12.- ¿Qué método anticonceptivo usaste en la primera relación coital?
 - a) No hemos usado ningún método.
 - b) Píldoras, inyecciones y/o condón.
 - c) Nunca he tenido relaciones coitales.
- 13.- ¿Tuviste relaciones coitales sin protección con tus parejas sexuales?
 - a) Nunca he tenido relaciones coitales.
 - b) Si hemos usado protección.
 - c) No hemos usado protección.
- 14.- ¿Qué métodos anticonceptivos usaste en las relaciones coitales con tus parejas sexuales?
 - a) No hemos usado ningún método.
 - b) Píldoras, inyecciones y/o condón.
 - c) Nunca he tenido relaciones coital

ANEXO 3

DISTRIBUCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR ÍTEM Y DIMENSIONES DE COHESIÓN, ARMONÍA, COMUNICACIÓN, ADAPTABILIDAD, AFECTIVIDAD, ROLES Y PERMEABILIDAD EN ESTUDIANTES DE LA I.E.S. ADVENTISTA PUNO-2013

CATEGORÍA	N° PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	NUNCA	TOTAL
	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°
COHESIÓN	1	3	15	47	37	93	195
	8	8	9	47	43	88	195
ARMONÍA	2	11	14	73	50	47	195
	13	7	22	52	45	69	195
COMUNICACIÓN	5	10	27	48	37	73	195
	11	25	35	62	31	42	195
ADAPTABILIDAD	6	10	23	54	40	68	195
	10	26	27	73	33	36	195
AFECTIVIDAD	4	9	22	48	56	60	195
	14	10	23	42	46	74	195
ROLES	3	4	21	66	47	57	195
	9	9	26	67	42	51	195
PERMEABILIDAD	7	17	18	57	53	50	195
	12	39	47	62	27	20	195



ANEXO 4

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN CONDUCTA DE RIESGO: CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DEL TERCERO AL QUINTO AÑO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA ADVENTISTA PUNO- 2013

CONDUCTAS DE RIESGO	CATEGORÍA							TOTAL								
	FRECUENCIA	NUNCA		A VECES		SIEMPRE		N°	%							
N°		%	N°	%	N°	%										
CONSUMO DE TABACO	142		73		52		27		1		0		195		100	
	MOTIVO	NO FUMA		POR PROBLEMAS		POR CURIOSIDAD		TOTAL								
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%							
		142		73		9		5		44		22		195		100
CONSUMO DE ALCOHOL	133		68		60		31		2		1		195		100	
	MOTIVO	NO TOMA		POR PROBLEMAS		POR CURIOSIDAD		TOTAL								
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%							
		133		68		16		8		46		24		195		100

RELACIONES COITALES DE RIESGO	CATEGORÍA							TOTAL								
	RELACIONES COITALES SIN PROTECCIÓN LA PRIMERA VEZ	NUNCA HE TENIDO RELACIONES COITALES		SI HEMOS USADO PROTECCIÓN		NO HEMOS USADO PROTECCIÓN		N°	%							
N°		%	N°	%	N°	%										
RELACIONES COITALES SIN PROTECCIÓN LA PRIMERA VEZ	170		87		10		5		15		8		195		100	
	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS EN LA PRIMERA RELACIÓN COITAL	NUNCA HE TENIDO RELACIONES COITALES		PÍLDORAS, INYECTABLES .CONDÓN		NO HEMOS USADO NINGÚN MÉTODO		TOTAL								
N°		%	N°	%	N°	%	N°	%								
170		87		14		7		11		6		195		100		
RELACIONES COITALES CON PROTECCIÓN CON LAS PAREJAS SEXUALES	170		87		19		10		6		3		195		100	
	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS EN LAS RELACIONES COITALES	NUNCA HE TENIDO RELACIONES COITALES		PÍLDORAS, INYECTABLES .CONDÓN		NO HEMOS USADO NINGÚN MÉTODO		TOTAL								
N°		%	N°	%	N°	%	N°	%								
170		87		18		9		7		4		195		100		

ANEXO 5

**CONDUCTAS DE RIESGO SEGÚN EDAD: CONSUMO DE ALCOHOL,
CONSUMO DE TABACO, RELACIONES COITALES PRECOCES EN
ESTUDIANTES DEL TERCERO AL QUINTO AÑO DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA SECUNDARIA ADVENTISTA PUNO- 2013**

EDAD	NO FUMA		SI FUMA						TOTAL	
			14 AÑOS		15 AÑOS		16 AÑOS			
CONSUMO DE TABACO	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	142	73	19	10	18	9	16	8	195	100

EDAD	NO TOMA		SI TOMA						TOTAL			
			13 AÑOS		14 AÑOS		15 AÑOS				16 AÑOS	
CONSUMO DE ALCOHOL	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
	133	68	11	6	14	7	20	10	17	9	195	100

EDAD	NUNCA HA TENIDO RELACIONES		SI HA TENIDO RELACIONES						TOTAL	
			14 AÑOS		15 AÑOS		16 AÑOS			
RELACIONES COITALES DE RIESGO	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	170	87	4	2	10	5	11	6	195	100