

ASOCIACIÓN ENTRE
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y
CONDUCTAS SEXUALES DE
RIESGO EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DE LOS
COLEGIOS PABLO VI Y CEIS
DEL MUNICIPIO DE SOPÓ -
CUNDINAMARCA

COLOMBIA

ÁREA DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA DE
FAMILIA Y SALUD DE LA POBLACIÓN

**Especialización en Medicina Familiar y
Comunitaria**

Dra. Claudia Janneth Lugo Soto
Dra. María Angélica Márquez Roza

Dr. Juan Gabriel García Manrique – Tutor Temático

Dr. John Feliciano Alfonso – Tutor Metodológico

Chía, Diciembre
de 2.011

Tabla de contenido

1.	INTRODUCCIÓN.....	4
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
1.3	MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE	5
1.3.1	MARCO CONCEPTUAL.....	5
1.3.2	MARCO CONTEXTUAL.....	10
1.4	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	12
2.	METODOLOGÍA	12
2.1	TIPO DE ESTUDIO	12
2.2	LUGAR	12
2.3	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	13
2.4	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	13
2.4.1	Criterios de inclusión	13
2.4.2	Criterios de exclusión.....	13
2.4.3	Criterios de eliminación	13
2.5	POBLACIÓN.....	13
2.6	VARIABLES	14
2.7	PROCEDIMIENTOS.....	15
2.8	CONTROL DE SESGOS.....	16
2.9	PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	17
2.10	DISPOSICIONES ÉTICAS.....	17
3.	RECURSOS Y PRESUPUESTOS.....	18
4.	RESULTADOS	19
4.1	Distribución según género	19
4.2	Distribución según edad.....	19
4.3	Composición Familiar.....	20
4.4	Inicio de relaciones sexuales	20
4.5	Edad de inicio de relaciones sexuales.....	21
4.6	Uso de preservativo	22

4.7	Relaciones sexuales bajo efecto de sustancias psicoactivas.....	23
4.8	Número de parejas sexuales	23
4.9	Funcionalidad Familiar	24
4.10	ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO	25
4.10.1	Función Familiar y uso de preservativo	26
4.10.2	Función Familiar y relaciones sexuales bajo efecto de sustancias psicoactivas	26
4.10.3	Función Familiar e inicio de relaciones sexuales.....	27
5.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	28
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
7.	ANEXOS.....	32
7.1	Consentimiento informado	32
7.2	Asentimiento informado.....	33
7.3	Circular	34
7.4	Instrumento.....	35
8.	ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN.....	36



1. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Analizar los factores que influyen en el desarrollo sexual del ser humano es una tarea compleja, al igual que lo ha sido a través de la historia intentar predecir o de alguna forma estandarizar las motivaciones y conductas de las diferentes dimensiones de la persona.

En lo que respecta a la sexualidad es aún más difícil siquiera intentar esclarecer los procesos que involucran la experimentación, el erotismo, el deseo y la madurez sexual teniendo en cuenta su ámbito privado, los tabús a su alrededor y los diferentes contextos culturales desde los que se puede analizar no solo en el mundo moderno sino a través de la historia.

La sexualidad humana, más allá del proceso meramente coital y ligada profundamente con la expresión del afecto, nace con todas las personas; está presente a lo largo de su existencia y su manifestación varía en cada etapa de la vida de hombres y mujeres: en la niñez, en la juventud, en la adultez y en la vejez.

La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la vida adulta, siendo ella donde se producen los cambios fisiológicos más notorios en la dimensión psicológica y física hacia la madurez psicoafectiva. Múltiples estudios se han dedicado a describir la influencia de los medios de comunicación, la sociedad, el ambiente escolar, el consumo de sustancias psicoactivas y la influencia de pares en el ejercicio de la sexualidad en la población de adolescentes. La familia como núcleo primario de convivencia y desarrollo tiene gran influencia en las actitudes, tendencias y comportamientos de sus miembros; la sexualidad no escapa a ese influjo.

A través de los años las conductas adolescentes respecto a la sexualidad han cambiado a medida que cambia el mundo alrededor, la sensación de invulnerabilidad propia de esta etapa favorece la práctica de conductas de riesgo sexual como el inicio temprano de las relaciones sexuales, el intervalo prolongado entre el inicio de las relaciones sexuales y la práctica de las mismas con el uso de métodos de anticoncepción, los cambios frecuentes de pareja y la alta frecuencia de prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol y sustancias psicoactivas.

Todo lo anterior provoca un gran impacto en la salud y bienestar psicoafectivo y sexual de esta población, aumentando así la incidencia de embarazos adolescentes no planeados, el número de abortos clandestinos, la prevalencia de enfermedades sexualmente transmisibles como el VIH, gonorrea, clamidia e infección por VPH, sin contar con que las experiencias ligadas a estos eventos serán determinantes en la formación de la identidad, la orientación del proyecto de vida y los comportamientos afectivos de la edad adulta.

Resaltando nuevamente que la familia es el eje externo básico de la persona y la adolescencia es un período de transición pero trascendental en cuanto al inicio de la madurez del individuo, consideramos que la exploración de la funcionalidad familiar percibida por el adolescente y la correlación con las conductas sexuales de este, sin desconocer el origen multifactorial de estas conductas, es una aproximación adecuada y por demás útil a una de las problemáticas de mayor relevancia en este grupo de edad.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe una asociación entre la funcionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes?

1.3 MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

1.3.1 MARCO CONCEPTUAL

ANTROPOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD

La sexualidad humana al ser analizada desde la antropología provee una visión holística de todas las dimensiones que abarca este fenómeno en la persona. Existe el sexo como realidad biológica⁵, donde se concibe como el medio para la procreación y la permanencia de la especie. La reproducción sexual es aquella que se da entre dos organismos anisógamos, a partir de un gameto femenino y uno masculino los cuales contienen la información genética necesaria para generar un nuevo ser y favoreciendo así mismo la diversidad genética de la especie⁶.

También se halla la mediación cognoscitiva del sexo, que es el conjunto de fenómenos que involucran procesos mentales superiores en función de la sexualidad tales como la voluntad, la razón, la afectividad, el deseo, el aprendizaje de conductas sexuales específicas, el comportamiento sexual de atracción hacia el género opuesto. Gracias a estas funciones, la sexualidad de la especie humana no se considera meramente instintiva, ya que siempre puede regularse, permitiendo a la persona mediante esta regulación ser más perfectible al ejercer en mayor grado su libertad.

La humanización del sexo se refiere a la reglamentación social de este, abarcando el grupo de concepciones y pautas mediante las cuales la sociedad regula lo que se considera adecuado o inaceptable en cuanto al comportamiento sexual de los individuos. Estas sin duda, han variado en las diferentes culturas, las creencias religiosas que practican y a través de las diferentes épocas. Hay una vinculación histórica entre el sexo, el amor y el matrimonio, el primero ligado estrechamente con la naturaleza animal del hombre y los dos últimos con su cultura y desarrollo. Actualmente, podría decirse que se considera “normal” la práctica del sexo sin el requisito del amor o el matrimonio, vale la pena reflexionar si esta permisividad social en últimas no afecta la dignidad y libertad real del hombre y la mujer.

Es de vital importancia entender esta visión de la sexualidad para el estudio actual, sin embargo no se pretende profundizar en el análisis de la evolución de esta relación y sus conceptos sino en los fenómenos relacionados específicamente con el ciclo vital que nos atañe y su problemática.

ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

La adolescencia es el período comprendido entre la niñez y el adulto joven, durante este período los seres humanos experimentan cambios psicológicos y físicos. La palabra adolescencia proviene del verbo latín *adolescere* que significa crecer, desarrollarse. Según la OMS, la adolescencia es el lapso de tiempo transcurridos desde 10 y 20 años y se subdivide en: Adolescencia temprana que comprende de los 10 a los 14 años y Adolescencia tardía que comprende de los 15 a los 19 años.

Según Erikson, "El adolescente es un ser rápidamente cambiante, que se enfrenta a la evolución fisiológica en sí mismo y a las demandas intelectuales, sociales y vocacionales de la edad adulta, a la cual se está acercando; le preocupa la opinión que otros tienen de él, en comparación con lo que siente que realmente es, estando dispuesto a instaurar ídolos e ideales como guardianes de una identidad final".

Desde los inicios de la humanidad la adolescencia ha sido un periodo de tiempo con cambios fisiológicos y psicológicos muy rápidos, y determinantes en el desarrollo de la personalidad, el establecimiento de relaciones con sus pares y el inicio de relaciones afectivas con sus parejas, y en muchos casos el inicio de relaciones sexuales, hasta 1950 cuando la esperanza de vida era alrededor de los 40 años, la media de la vida se ubicaba en los 20 años, esto asociado a que la edad promedio de la menarquía estaba en los 15 años, hacia que las mujeres conforme menstruaban eran casadas y casi de manera inmediata pasaban a quedar en embarazo, el inicio de la sexualidad femenina se asociaba con la reproducción y el control por parte del hombre, sin tener en cuenta la satisfacción sexual o incluso el amor, por otro lado en los hombres la espermarquia no necesariamente los obligaba a el inicio de relaciones sexuales, este inicio estaba marcado por sus caracteres sexuales secundarios, pero una vez estos aparecían el hombre debía iniciar relaciones sexuales aun sin amor ya que él era quien debía tener el conocimiento y la experiencia sexual en el momento del matrimonio, de allí que la sexualidad no se iniciaba con amor (erotismo) sino con elementos desvinculantes y desafectivizados y solo en busca de adquirir la experiencia.

En la actualidad la esperanza de vida ha cambiado y el periodo de la adolescencia se ha ampliado, actualmente las mujeres, tiene igualdad de derechos con los hombres y durante la adolescencia están en un periodo de formación académica y en la mayoría de los casos no está en búsqueda de un embarazo, sin embargo la sociedad actual es deserotizada pero hedonizada lo que incita a los adolescentes al inicio de relaciones sexuales fuera del matrimonio, en ese panorama ha entrado en juego aspectos que en el siglo anterior no estaban presentes y es la influencia del mundo globalizado donde a través de los diferentes medios de comunicación los y las adolescentes tienen información de cualquier parte del mundo, esta información pasa por diversos prismas donde los adolescentes experimentan que mostrar el cuerpo, ser tocados e involucrarse con diferentes personas en una sexualidad genital es lo cotidiano.

En este punto y con respecto a los medios de comunicación, la Comisión Nacional de Televisión, ha realizado varios estudios ^{7,8} evidenciando que la televisión juega un papel fundamental como agente de socialización y que los contenidos de los programas que los jóvenes observan y los roles que modelan los personajes influyen en el desarrollo de las cogniciones románticas y sexuales de los adolescentes.

La televisión es el agente que provee a las personas información sobre lo que se espera de los hombres y de las mujeres de manera más estructurada y sistémica. La audiencia infantil y juvenil es la más vulnerable a sus efectos; es allí donde la familia debe acompañar y controlar los tipos de programas que ven sus integrantes y también acompañar y explicar escenas imposibles de evitar. Es en este punto donde la funcionalidad familiar juega un papel importante ya que debe existir una familia dispuesta a hablar y enseñar de manera correcta y con responsabilidad, la sexualidad a sus hijos, para evitar que el aprendizaje de esta se realice por medio de los medios de comunicación o de los amigos y pares que pueden estar igual de confundidos.

Para los adolescentes actuales en muchas culturas, las mujeres siguen siendo vistas por los hombres como el polo inferior y por tanto ejercer poder sobre ellas puede considerarse como algo natural. Así mismo la masculinidad debe ser continuamente probada a través de conductas, la mayoría riesgosas como la práctica de relaciones sexuales genitales con la mayor cantidad de mujeres, lo que impide establecer vínculos estables, el no uso de preservativo como una conducta para obtener “mayor placer”, entre otras. Con respecto a la mujer, su valor está siendo determinado en relación con su cuerpo y la capacidad de atraer el sexo opuesto a través de la exposición y la provocación.

El noviazgo no marca la unión consensual, sino se conforma como una experiencia de aprendizaje de la relación de pareja, de manera que se dan relaciones cortas en serie, dando como resultado la monogamia secuencial, de tal forma que si se tienen relaciones sexuales con cada una de las parejas, se considera que siempre ha sido fiel, situación que es virtualmente cierta, pero que no evita conformarse como una conducta de riesgo.

Así mismo lo expresó Brugera⁹ cuando habla del inicio temprano de actividad sexual, según la encuesta realizada por el centro de anticoncepción y sexualidad de Barcelona a los 15 años el 14,5% de los encuestados había iniciado relaciones sexuales, a los 16 el 29,2%, a los 17 el 24,6% a los 18 el 42,9%, sumado esto a la monogamia sucesiva y al tiempo de riesgo prolongado entendido como el tiempo transcurrido entre el inicio de las relaciones sexuales y el uso constante y adecuado de preservativo y el uso de sustancias psicoactivas antes y durante las relaciones sexuales lo que incrementa exponencialmente las conductas de riesgo sexual.

Allí se llegó a la conclusión que la forma más efectiva de prevenir lo anteriormente mencionado está relacionado con la funcionalidad familiar, el apoyo por parte de los servicios de salud promocionando estilos de vida saludable y fomentando una actitud positiva y responsable de la sexualidad.

En estudios colombianos, el inicio temprano de relaciones sexuales está relacionado con múltiples factores, se ha evidenciado que los adolescentes que inician relaciones sexuales a menor edad que sus pares presentan mayor frecuencia enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados así mismo como mayor prevalencia de uso y abuso de consumo de sustancias psicoactivas¹⁰.

La edad de inicio de actividades sexuales en adolescentes varía de un país a otro, lo cual sugiere que ésta guarda relación importante con factores socioculturales. En los estudios realizados en Santa Marta^{11,12,13,14,15} se evidenció que los varones inician relaciones sexuales más tempranamente que las mujeres y que el promedio de edad de inicio fue de 14 años, que el inicio a edad más temprana está relacionado con la promiscuidad e historia de forzar a la pareja a tener relaciones no consentidas. También estableció que un número significativo de estudiantes inicio relaciones antes de empezar los años de secundaria, es decir alrededor de los 8 o 9 años siendo este un punto relevante para proponer el inicio de promoción de abstinencia sexual desde los grados de primaria¹⁶.

EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La investigación biopsicosocial y las publicaciones a nivel internacional y local derivadas de ésta son abundantes en la población adolescente. Como se ha mencionado, la sexualidad y las conductas de riesgo así como la influencia del entorno familiar en el desarrollo del adolescente son tópicos que frecuentemente son objeto del análisis experimental y observacional.

La importancia de conocer las características familiares y la funcionalidad familiar radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad ¹.

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, como lo son el subsistema conyugal compuesto por los padres, el subsistema paterno-filial que abarca a padres e hijos y el subsistema fraternal de los hijos entre sí.

Además de los subsistemas la familia cuenta con características tipológicas como son: la composición (nuclear, extensa, disuelta, mixta, etc.) la demografía a la que pertenece (rural, urbana o suburbana), el grado de integración (integrada, semi-integrada o desintegrada) y la funcionalidad familiar que engloba el conocimiento de la dinámica familiar.

Evaluar esta dinámica familiar de forma objetiva es un gran reto para aquellas profesiones que requieren de este análisis como punto de partida para sus intervenciones. De esta manera, a lo largo de la historia, especialmente en las últimas cuatro décadas, la investigación en familia alrededor del mundo ha dedicado muchos de sus esfuerzos a desarrollar instrumentos que permitan una aproximación adecuada y confiable de la dinámica familiar y sus diferentes niveles.

Existen múltiples escalas para la evaluación del funcionamiento familiar, entre las más reconocidas encontramos (Tabla 1):

Tabla 1. Escalas más usadas para la evaluación del funcionamiento familiar

ESCALA	AUTOR(ES) – AÑO PUBLICACIÓN
Escalas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES I, II, III Y IV)	Olson (1985), Olson y Gorall (2003)
Escala de comunicación Padres-Adolescente (CAPS)	Barnes y Olson (1982)
Escala de Puntuación Clínica (CRS)	Thomas y Olson (1993)
Recursos de Evaluación Familiar (FAD)	Epstein, Bishop y Baldwin (1993)
Inventario Familiar de Autoreporte (SFI)	Beavers, Hampson y Hugs (1985)
Medida de Evaluación Familiar (FAM)	Skinner, Steinhauer y Santa Barbara (1983)
Escala de Clima Familiar (FES)	Moos y Moos (1984)
Índice de Funcionamiento Familiar (FFI)	Pless y Satterwhite (1973)
Índice de Funcionamiento Familiar (FFI)	Linder-Pelz, Levy, Tamir, Spencer y Epstein (1984)
APGAR Familiar	Smilkstein (1978)

Escala McMaster de valoración clínica (MCRS)	Miller, Ryan, Keitner, Bishop y Epstein (2000)
Escala de Adaptación Familiar (FAS)	Antonovsky y Sourani (1988)
Encuesta de Relación Padre-Hijo (PCRS)	Fine y Schwebe (1983)
Escala de Funcionamiento Familiar	Palomar (1998)
Escala de Funcionamiento Familiar	García Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving (2006)

Fuente: Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del Funcionamiento Familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? Escritos de Psicología (3) 2: 30-36.

ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LA ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR - FACES I, II, III Y IV

(Green, Harris, Forte y Robinson, 1991; Kosciulek, 1996; Lavee y Olson, 1991; Olson, 1986; 1991; 2000; Olson y Gorall, 2003)

Esta mide la cohesión y adaptabilidad familiar clasificándolas en 16 tipos de familias según el grado de estas dentro del núcleo familiar basadas en el modelo circunflejo formulado por Olson. A medida que se han ido desarrollando las diferentes versiones el objetivo ha sido perfeccionar el cuestionario para aumentar su confiabilidad y validez. Ha sido usada en múltiples estudios de familia alrededor del mundo y siendo traducida y validada en diferentes idiomas y países ².

En la presente investigación se escogió el FACES III como herramienta de medición porque además de que permite evaluar uno de los factores principales del estudio posee una adecuada confiabilidad y validez en su versión en español ³ cuyo estudio de validación fue realizado en México, población con características culturales similares a las de nuestro país. El FACES IV a pesar de ser la versión más reciente aún no cuenta con estudios de validación en español.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR FACES III ⁴

El instrumento de la escala FACES III valora a través de 20 preguntas, la comunicación, las jerarquías y los límites, así como la adaptabilidad y la cohesión familiar desde el Modelo Circunflejo de Sistemas Familiares y maritales de Olson, teniendo en cuenta que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo de funcionamiento familiar. La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibidos por los miembros de la familia, la flexibilidad se define como la magnitud de cambio de roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia y la comunicación facilita el movimiento dentro de las otras dimensiones.

En la evaluación familiar, destina las preguntas impares para la cohesión y las preguntas pares para la adaptabilidad, este instrumento para su mejor interpretación se coteja en sus resultados numéricos con el sistema circunflejo de Olson en el cual se clasifica a las familias, según su cohesión en: No relacionada (10-34 puntos), semirrelacionada (35-40 puntos), relacionada (41-45 puntos) y aglutinada (46-50 puntos) y según la adaptabilidad en rígida (10-19 puntos), estructurada (20-24 puntos), flexible (25-28 puntos) y caótica entre 29-50 puntos), de la correlación de dichas características resultan 16 tipos de familias al conjugar al tipo de familia según su cohesión y según la adaptabilidad a manera de coordenadas, teniendo como resultado la

clasificación de las familias en: balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente disfuncionales, resultado que permite aproximarse a la realidad de las familias y según el caso realizar intervenciones basadas en argumentos más objetivos.

ROL DE LA FAMILIA EN CONDUCTAS DE RIESGO DE LOS ADOLESCENTES

La familia, como se ha enunciado ya previamente, se ha analizado como factor determinante en el desarrollo de conductas de riesgo en los adolescentes^{17,18}.

Sin embargo, se debe resaltar que el análisis de estas conductas debe hacerse bajo una perspectiva multisistémica, teniendo en cuenta que factores del individuo, de la familia y extrafamiliares influyen continuamente en el proceso¹⁹.

Específicamente hablando de la influencia de la familia en este fenómeno, existen 2 categorías en las que se puede clasificar: las variables de estructura familiar y las de procesos familiares. Históricamente se le ha prestado mayor atención a esta última, sin embargo estructuras familiares como el monoparentalismo, la condición socioeconómica y el grado de educación de los padres no deben ignorarse.

Condiciones como vivir con los padres, se considera como un factor protector, aunque la evidencia es controversial con respecto a si vivir con uno o ambos es realmente lo que protege. El bajo nivel socioeconómico no solamente está ligado a mayor incidencia de conductas sexuales de riesgo sino en las consecuencias de estas como el embarazo adolescente²⁰.

En cuanto a los procesos familiares, hay tres dimensiones que pueden considerarse como de mayor relevancia: el monitoreo de los padres al adolescente, la calidad de la relación padre-adolescente y la comunicación entre los mismos.

Niveles escasos de supervisión del adolescente se han relacionado con un mayor número de compañeros sexuales y el uso inconsistente de métodos de planificación. Aunque un control excesivo de los padres sobre el hijo también puede generar en estas conductas sexuales de riesgo. Con respecto a la comunicación, los adolescentes que perciben bajo el reforzamiento y soporte positivo de sus padres tienen mayor riesgo de presentar estas conductas. Algunos estudios sugieren que es más protector una adecuada comunicación en general de los padres con el adolescente que la conversación y consejería directa de estos sobre la reducción de riesgos sexuales.

1.3.2 MARCO CONTEXTUAL

Localización

El municipio de Sopó pertenece a la Región Centro Oriente de Colombia, hace parte de la Provincia Sabana Centro del Departamento de Cundinamarca. Se encuentra a 39 kilómetros de Bogotá D.C., por la autopista Norte. Sopó cuenta con una superficie de 112 km², se encuentra ubicado a 2.650 metros sobre el nivel del mar, localizándose el casco urbano entre los 4° 54' 50" de latitud norte y a los 73° 57' 06" de longitud oeste.

Limita por el norte con Tocancipá, por el oriente con Guasca, por el sur con la Calera y por el occidente con Cajicá y Chía.

Población

La siguiente tabla, obtenida del más reciente perfil socio-demográfico del Municipio de Sopó del año 2.009, permite observar la distribución de la población por género y grupo de edad. Los grupos de edad más cercanos a los del objeto del estudio representan alrededor de un 20.91%, algo más de 1/5 de la población total del Municipio.

Tabla 2. Censo poblacional según edad, género y ubicación - Municipio de Sopó Año 2.009

GRUPO DE EDAD	URBANO		RURAL		TOTAL		TOTAL	PORCENTAJE
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	TOTAL	%
0-4	713	726	328	335	1041	1061	2102	11,76%
5 a 9	608	657	310	391	918	1048	1966	11,00%
10 a 14	601	630	369	372	970	1002	1972	11,03%
15-19	570	550	328	318	898	868	1766	9,88%
20-24	607	530	290	274	897	804	1701	9,52%
25-29	539	484	222	224	761	708	1469	8,21%
30-34	515	460	242	217	757	677	1434	8,02%
35-39	510	432	222	198	732	630	1362	7,62%
40-44	404	393	213	199	617	592	1209	6,76%
45-49	280	282	175	144	455	426	881	4,93%
50-54	224	196	112	117	336	313	649	3,63%
55-59	152	115	66	64	218	179	397	2,22%
60-64	118	99	50	43	168	142	310	1,73%
65-69	102	75	26	26	128	101	229	1,28%
70-74	75	61	37	26	112	87	199	1,11%
75-79	46	26	23	19	69	45	114	0,64%
80-84	25	18	17	10	42	28	70	0,39%
85-89	14	9	11	3	25	12	37	0,21%
90- 94	8	0	2	2	10	2	12	0,07%
TOTAL	6111	5743	3043	2982	9154	8725	17879	100,00%

Educación

Las siguientes tablas son tomadas igualmente del perfil más recientemente elaborado por las autoridades de Sopó. La primera muestra el número, tipo y nivel de las instituciones educativas del Municipio y la segunda el número de estudiantes matriculados en el año 2.009 en estas, según el grado de educación y la localización de la institución. La población objeto del estudio se encontraría entre un total aproximado de 2.098 estudiantes (Básica secundaria y media del área urbana).

Tabla 3. Establecimientos educativos según tipo y nivel - Municipio de Sopó Año 2.009

NIVEL	OFICIAL	PRIVADO	TOTAL
Pre-escolar y Básica	6	6	12

Primaria			
Básica Secundaria y media	4	6	10
TOTAL	10	12	22

Tabla 4. Alumnos matriculados según tipo y nivel de establecimiento educativo - Municipio de Sopó Año 2.009

NIVEL	OFICIAL		PRIVADO		TOTAL	
	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO
Pre-Escolar	112	228	76	381	188	609
Básica Primaria	644	1028	107	537	751	1565
Básica Secundaria	546	1102	91	413	637	1515
Básica media	211	432	46	151	257	583
TOTAL	1513	2790	320	1482	1833	4272

1.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

- General:
 Determinar la asociación entre el tipo de familia según su funcionalidad, basada en el modelo circunflejo de Olson a través del FACES III y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes entre 13 y 19 años de los colegios Pablo VI y CEIS de Sopó.
- Específicos:
 - Describir las características socio-demográficas de la población a estudio.
 - Identificar las conductas sexuales de riesgo presentes en dicha población.
 - Clasificar el tipo de familia de la población estudiada según su funcionalidad de acuerdo a la escala FACES III basada en el modelo circunflejo de Olson.
 - Retroalimentar a las instituciones involucradas dentro de la investigación con los resultados obtenidos para generar o favorecer procesos existentes que beneficien el sano desarrollo de los jóvenes de Sopó.

2. METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal analítico.

2.2 LUGAR

- Colegio Pablo VI – Sopó, Cundinamarca.
- Colegio Colsubsidio Complejo Educativo Integral de Sopó CEIS – Sopó, Cundinamarca.

2.3 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Corresponde a un cuestionario (Ver anexo 7.4), desarrollado por el equipo investigador atendiendo la necesidad de cumplir con los objetivos propuestos. Está dividido en tres secciones principales, la primera sección permitirá obtener datos socio-demográficos pertinentes para el estudio, la segunda abordará las conductas sexuales consideradas como riesgosas, donde se hace referencia exclusivamente a la edad del debut sexual, el uso consistente del preservativo, el número de parejas sexuales y el uso de sustancias psicoactivas durante el acto sexual. La tercera sección incluye las preguntas exactas de la versión validada en español⁴¹ de la escala del FACES III.

2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.4.1 Criterios de inclusión

- Adolescentes medios y finales (entre 13 y 19 años) matriculados en Colegio Pablo VI y CEIS del municipio de Sopó.
- Haber firmado consentimiento y asentimiento.

2.4.2 Criterios de exclusión

- Estudiantes que por algún motivo se encuentren inactivos en el colegio.

2.4.3 Criterios de eliminación

- Instrumentos que tengan diligenciamiento inadecuado.

2.5 POBLACIÓN

Se buscó incluir la totalidad de adolescentes entre los 13 y 19 años de los colegios Pablo VI y CEIS del Municipio de Sopó, siendo este un Municipio del área de influencia de la Universidad de la Sabana. Estas instituciones educativas en particular se eligieron por conveniencia para el estudio atendiendo al mayor número de estudiantes matriculados en ellas, reconocidas como las más representativas del Municipio. Adicionalmente permitían analizar tanto el sector de la educación pública como la privada respectivamente, y mostraron interés en la presente investigación así como ofrecieron las herramientas necesarias para el desarrollo de esta.

A pesar de la colaboración de las directivas y docentes del Colegio CEIS, y de las diferentes fechas en las que se asistió para la recolección de los consentimientos, asentimientos y posteriormente el diligenciamiento del instrumento, no se logró obtener una suficiente cantidad de participantes (Tabla 5).

Esta situación se discutió con los tutores de la investigación y las directivas del Colegio. Estas últimas explicaron que era posible que esto se debiera a un inconveniente que se presentó con una investigación previa realizada por otra facultad en la que abordaron el tema de la violencia en los colegios y se publicaron en medios masivos de comunicación los datos obtenidos antes de ser discutidos con la comunidad educativa, al ser estos datos negativos, se puso en entre dicho el

buen nombre del Colegio y de sus alumnos. Se desconocen los demás motivos que pudieron contribuir a la escasa respuesta por parte de los padres y alumnos.

Dado el bajo porcentaje de participación se decidió en conjunto con los tutores no realizar el análisis de los datos obtenidos en este colegio teniendo en cuenta que su validez estadística tanto interna como externa es nula.

Tabla 5. Participación Colegio CEIS

DESCRIPCIÓN	TOTAL
Alumnos matriculados grados 8° a 11°	448
Alumnos Grados 8° a 11° cumplen criterio de edad (13 a 19 años)	357
Alumnos participantes	32 (8,9%)

En el planteamiento inicial del proyecto, el Colegio Pablo VI reportó como alumnos que podrían participar en el estudio únicamente aquellos matriculados en los grados 8° a 11° siendo un total de 427 alumnos. Sin embargo, en el momento de la recolección de datos se solicitó una actualización del censo poblacional del colegio en donde se tuvieron en cuenta todos los alumnos que cumplieran el criterio de edad lo cual requirió incluir alumnos de todos los grados de bachillerato (Tabla 6).

Se obtuvo una participación de 329 alumnos que representan un 67,1% de la población. Dentro de este grupo hubo 15 instrumentos mal diligenciados que se excluyeron del análisis de datos.

Tabla 6. Participación Colegio Pablo VI

DESCRIPCIÓN	TOTAL
Alumnos matriculados grados 6° a 11°	661
Alumnos Grados 6° a 11° cumplen criterio de edad (13 a 19 años)	490
Alumnos participantes	329 (67,1%)
Instrumentos bien diligenciados	314 (64%)

2.6 VARIABLES

Tabla 7. Variables a analizar según su definición y clasificación

VARIABLE	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN
Género	Unidad de clasificación de la especie para denominar si corresponde a organismo femenino o masculino	Cualitativa, nominal, dicotómica
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual	Cuantitativa, continua
Personas con las que vive	Personas que conviven bajo su mismo techo descritas en función del parentesco	Cualitativa, nominal

Actividad sexual	Haber tenido al menos una vez en la vida una relación sexual en la que haya habido penetración del pene en la vagina	Cualitativa, nominal, dicotómica
Edad de inicio de relaciones sexuales	Edad cronológica al momento de tener relaciones sexuales por primera vez	Cuantitativa, discreta
Uso de preservativo	Utilización consistente del preservativo en todas las relaciones sexuales	Cualitativa, nominal
Uso de sustancias psicoactivas	Haber tenido relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas	Cualitativa, nominal
Número de compañeros sexuales	Número de personas con las cuales ha tenido al menos una relación sexual	Cuantitativa, discreta
Familias balanceadas o funcionales	Aquellas que obtienen un puntaje de 7 u 8 luego de dividir en 2 la suma del puntaje obtenido en cohesión y adaptabilidad al diligenciar el cuestionario FACES III.	Cualitativa, nominal
Familias moderadamente balanceadas o levemente disfuncionales	Aquellas que obtienen un puntaje de 5 ó 6 luego de dividir en 2 la suma del puntaje obtenido en cohesión y adaptabilidad al diligenciar el cuestionario FACES III.	Cualitativa, nominal
Familias rango medio o moderadamente disfuncionales	Aquellas que obtienen un puntaje de 3 ó 4 luego de dividir en 2 la suma del puntaje obtenido en cohesión y adaptabilidad al diligenciar el cuestionario FACES III.	Cualitativa, nominal
Familias extremas o severamente disfuncionales	Aquellas que obtienen un puntaje de 1 ó 2 luego de dividir en 2 la suma del puntaje obtenido en cohesión y adaptabilidad al diligenciar el cuestionario FACES III.	Cualitativa, nominal

2.7 PROCEDIMIENTOS

PREÁMBULO

- Se llevó a cabo una reunión con el Secretario de Educación del Municipio de Sopó para socializar el Proyecto y obtener autorización para acceso a bases de datos relevantes para la investigación y favorecer la comunicación con los Directivos de los colegios a incluir.
- Fue realizada una reunión con los Directivos de los colegios explicando los objetivos del proyecto y solicitando autorización para la realización del mismo, se estableció como sería su socialización con el resto de la comunidad educativa y se determinaron las fechas probables de aplicación del instrumento así como los por menores de la logística necesarios para las jornadas de aplicación. Se visitaron las instalaciones de los colegios para conocer la planta física.
- Se efectuó una reunión con los docentes y otros profesionales de las instituciones interesados o relacionados con los temas a tratar para explicar el proyecto, despejar dudas y favorecer colaboración bidireccional durante el desarrollo del proyecto teniendo en cuenta que son la figura de autoridad más cercana a los estudiantes.

- El anteproyecto de investigación se presentó ante la Subcomisión de Investigación de la Universidad para su aprobación. Fue aprobado después de que se llevaron a cabo los cambios sugeridos por los pares evaluadores.

DESARROLLO

- Se presentó el proyecto en Asamblea de Padres de Familia de los respectivos colegios en la cual se explicó entre otras la necesidad del consentimiento informado y se procedió a la firma del mismo con los padres que aceptaron. Dado que la asistencia no fue del cien por ciento de los padres, a los ausentes se les envió una circular (Ver Anexo 7.3) presentando el proyecto junto con el consentimiento para su firma y devolución al colegio.
- Se presentó el proyecto a los estudiantes durante la formación general. Se distribuyeron los estudiantes a sus salones respectivos donde se firmaron los asentimientos informados, correlacionándolos con los consentimientos firmados por los padres o acudientes para seleccionar los participantes.
- Se aplicó el instrumento por cursos, previa instrucción de diligenciamiento de 5 minutos de duración en la que también se despejaron dudas de los participantes.
- Se recolectaron los instrumentos diligenciados para su clasificación y tabulación.
- Se realizó el análisis de los datos de acuerdo al plan estadístico propuesto.

CONCLUSIÓN

- Se presentaron los resultados de la investigación y su análisis ante la Subcomisión de Investigación de la Facultad para su aprobación.
- Se llevó a cabo una reunión con los directivos, docentes y demás profesionales del Colegio Pablo VI para socializar los resultados y entregar el informe final del proyecto. Se hicieron sugerencias acerca de la divulgación de la información al resto de la comunidad educativa y del uso de la misma en estrategias que repercutan en beneficio de la población.

2.8 CONTROL DE SESGOS

Para controlar el sesgo de información se realizaron reuniones informativas e instructivas previas a la aplicación del instrumento permitiendo la expresión de dudas y resolución de las mismas. Se utilizaron la biblioteca del Colegio CEIS y el salón múltiple del Colegio Pablo VI para aplicar el cuestionario; estos cuentan con un espacio suficiente que permitió la distribución adecuada de los estudiantes, favoreciendo la privacidad y tranquilidad al momento de responderlo.

Se controló el sesgo de medición utilizando el instrumento de la escala FACES III el cual en su traducción y adaptación al español tiene un alfa de Cronbach 0.7⁴¹. Las preguntas referentes a la conducta sexual se pusieron a consideración de los tutores temático y metodológico y de la Subcomisión de investigación de la Facultad siendo aprobadas previo a la aplicación del instrumento.

Se intentó controlar el sesgo de selección tratando de incluir toda la población en vez de realizar un muestreo, también informando por medio de circulares a los sujetos no presentes durante la presentación oficial del proyecto, explicando detalladamente a los padres y estudiantes sobre la importancia de la investigación, sus objetivos y el beneficio generado por aproximarnos a la realidad de la situación del Colegio y así promover la generación de estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria.

2.9 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó la tabulación de los datos recolectados a través de las encuestas realizadas por medio de una matriz de datos en el programa Excel 2007, posteriormente estos datos fueron analizados a través del programa SPSS versión 18.

Las variables socio-demográficas se analizaron mediante estadística descriptiva y se expresan en términos de porcentaje y valores absolutos. Las diferencias entre proporciones se compararon entre subgrupos de la población utilizando la prueba de chi cuadrado. Se aplicó la escala de puntuación del test FACES III²¹ basada en el modelo circunflejo de Olson para clasificar la funcionalidad familiar. El tipo de familia se categorizó así: Balanceada=4, moderadamente balanceada=3, rango medio=2, extrema=1; el género: Masculino=1, Femenino=0. La asociación entre la funcionalidad familiar como predictor y las conductas sexuales de riesgo como variable dependiente, se estimaron y ajustaron por confusores utilizando la regresión logística múltiple.

2.10 DISPOSICIONES ÉTICAS

Según lo dispuesto en la resolución N° 008430 de 1.993 del Ministerio de Salud²², se considera que el estudio actual representó un riesgo *mayor al mínimo* para la población a estudio, teniendo en cuenta que es una población subordinada y vulnerable y que las temáticas del instrumento pueden generar especial sensibilidad en el fuero interno y la intimidad de las personas.

Se solicitó consentimiento informado a los padres de los participantes y asentimiento a los adolescentes (Ver Anexo 7.1 y 7.2). Estos documentos fueron revisados y avalados por el Dr. Gilberto Gamboa, Médico Especialista en Bioética, profesor de la Facultad de Medicina y miembro del Departamento de Bioética de la Universidad de la Sabana.

Durante el desarrollo de la investigación se vigiló la privacidad y permanencia en anonimato de los participantes durante el diligenciamiento y recolección del cuestionario así como en la tabulación de los datos. Se les recordó a los estudiantes en el momento de responder el cuestionario los puntos clave del consentimiento y asentimiento tales como la aceptación de la participación, el anonimato, la no compensación ni repercusión en su historial académico o disciplinario por decidir o no participar en el estudio y la posibilidad de retirarse de este en cualquier momento.

3. RECURSOS Y PRESUPUESTOS



DIRECCIÓN FINANCIERA

PRESUPUESTO TOTAL PROYECTO INVESTIGACIÓN

Asociación entre funcionalidad familiar y conductas sexuales de riesgo en adolescentes escolarizados de los colegios Pablo VI y CEIS del municipio de Sopó – Cundinamarca

1. CONSECUTIVO

01

2. DETALLE DEL PRESUPUESTO TOTAL				
Rubros	Fuentes			Total
	Universidad de la Sabana. Convocatoria Interna Facultad de Medicina	Financiamiento Externo	* Recursos disponibles en la Universidad	
1. Personal		-		4.838.000
2. Equipos				-
3. Materiales				1.050.000
4. Salidas de Campo	1.560.000			1.560.000
5. Viajes				-
6. Bibliografía				-
7. Software				-
8. Publicaciones		250.000		250.000
9. Honorarios y Servicios Técnicos		2.000.000		2.000.000
10. Construcciones				-
11. Mantenimiento				-
12. Administración				-
13. Otros	813.500		813.500	-
Total	746.500	2.250.000	813.500	9.698.000

* Recursos existentes en la Universidad que no implican erogaciones adicionales.

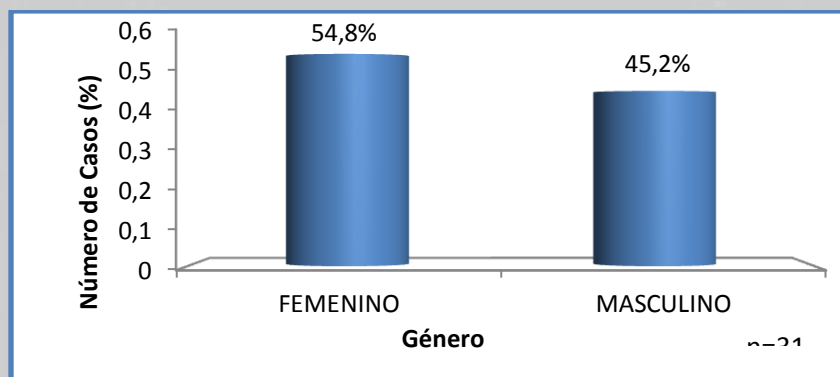
4. RESULTADOS

Siguiendo el protocolo descrito se realizó la recolección de los datos en los Colegios Pablo VI y CEIS de Sopó.

4.1 Distribución según género

En la primera sección del instrumento se indagó sobre los datos generales del estudiante. En cuanto al género participaron 172 mujeres y 142 hombres que corresponden al 54,8% y 45,2% de la población respectivamente (Gráfico 1).

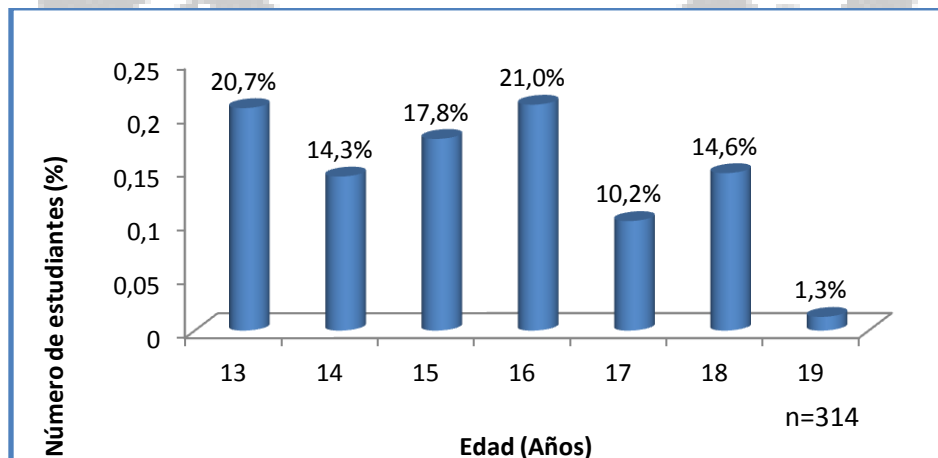
Gráfico 1. Distribución según género



4.2 Distribución según edad

Con relación a la edad se encontró una media de 15 años y la distribución de los participantes fue así: de 13 años 65 estudiantes (20,7%), de 14 años 45 estudiantes (14,3%), de 15 años 56 estudiantes (17,8%), de 16 años 66 estudiantes (21,0%), de 17 años 32 estudiantes (10,2%), de 18 años 46 estudiantes (14,6%) y de 19 años 4 estudiantes (1,3%) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución según edad



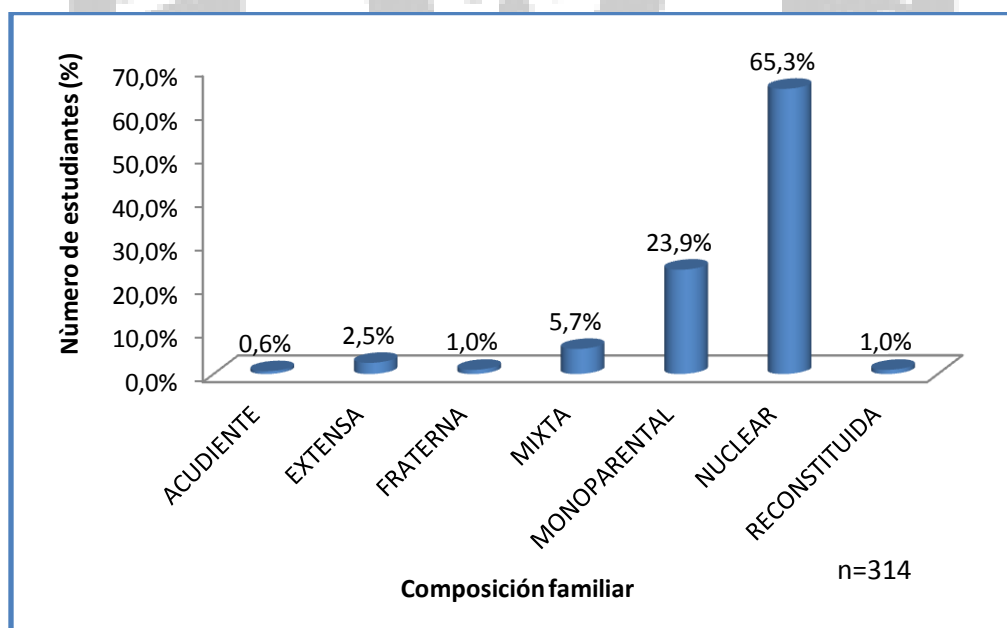
4.3 Composición Familiar

Adicionalmente se interrogó sobre las personas con las cuales convivía el alumno, al tener una casilla abierta se obtuvo una gran variedad de respuestas que incluían además de los padres y hermanos a abuelos, tíos, primos, cuñados, sobrinos, acudiente entre otros. Por esta razón se decidió agrupar los datos en la clasificación de la familia según su composición con base en los fundamentos del Ciclo Vital Familiar de nuestra especialidad.

Se considera familia nuclear aquella conformada por el padre, la madre y los hijos; familia fraterna la cual conforman solo hermanos en ausencia de los padres; en la familia extensa se incluye en ausencia de los padres a abuelos, tíos, primos y demás parientes; la familia mixta incluye a la familia nuclear más la familia extensa; la reconstituida la conforman el padre ó la madre en unión con padrastro ó madrastra y los hijos y la monoparental donde se incluyen el padre ó la madre y los hijos.

Los hallazgos en la población estudiada fueron: conviven con el acudiente 2 estudiantes (0,6%), familia extensa 8 estudiantes (2,5%), fraterna 3 estudiantes (1%), mixta 18 estudiantes (5,7%), monoparental 75 estudiantes (23,9%), nuclear 205 estudiantes (65,3%), reconstituida 3 estudiantes (1%) (Gráfico 3).

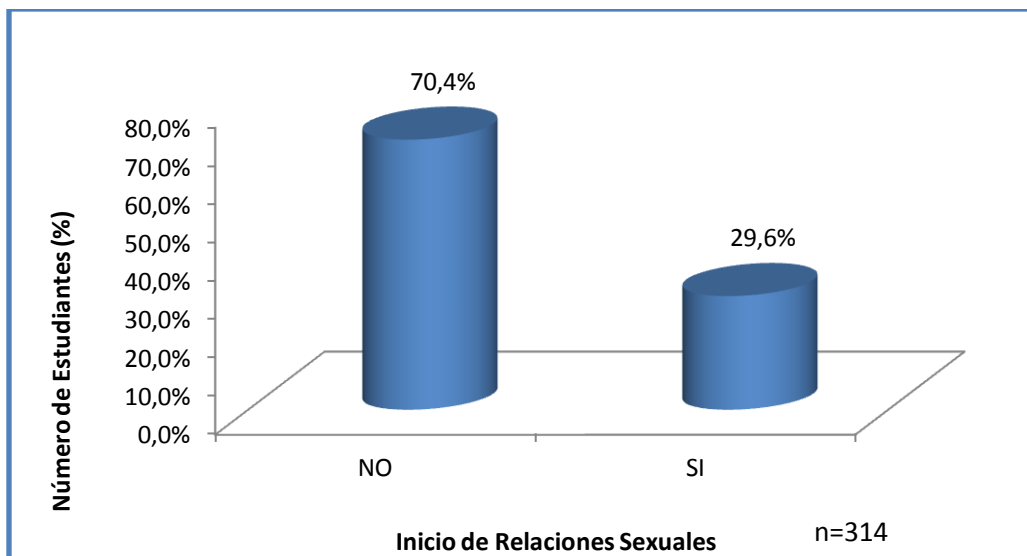
Gráfico 3. Distribución según composición familiar



4.4 Inicio de relaciones sexuales

En la segunda sección del instrumento se interroga sobre la conducta sexual. La primera pregunta se refiere al inicio de relaciones sexuales en la cual se encontró que 221 estudiantes (70,4%) no han tenido su debut sexual y 93 estudiantes (29,6%) ya lo tuvieron (Gráfico 4).

Gráfico 4. Inicio de relaciones sexuales



Las diferencias entre hombres y mujeres con respecto al inicio de relaciones sexuales no fue significativa ($p= 0.33$) (Tabla 8)

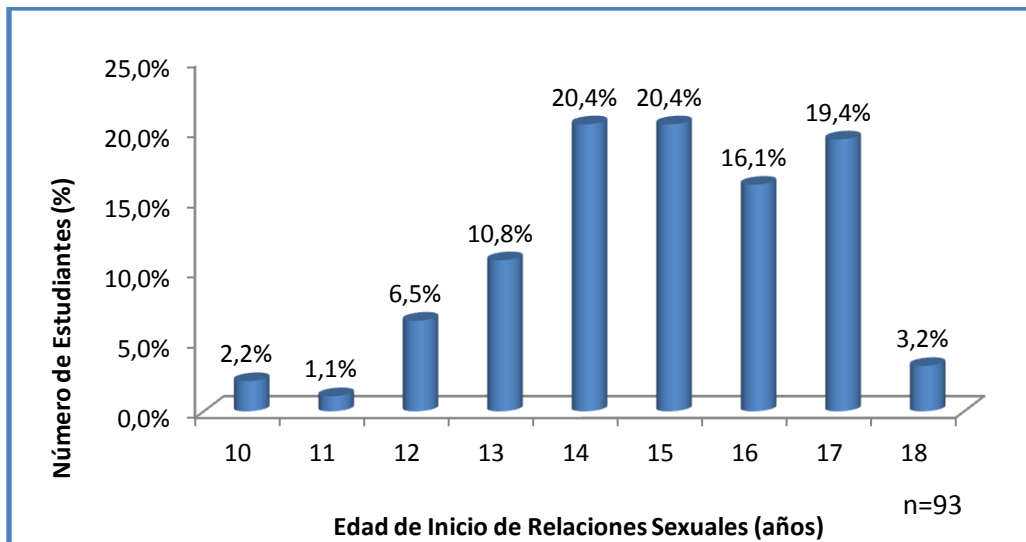
Tabla 8. Diferencias de inicio de relaciones sexuales entre hombres y mujeres

RELACIONES SEXUALES	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
No	125	96	221
Si	47	46	93
TOTAL	172	142	314
Pearson chi2(1) = 0.9587 Pr = 0.328			

4.5 Edad de inicio de relaciones sexuales

Los resultados de la edad de inicio de relaciones sexuales fueron los siguientes: a los 10 años 2 estudiantes (2,2% del subgrupo de los que ya iniciaron relaciones), a los 11 años 1 estudiante (1,1%), a los 12 años 6 estudiantes (6,5%), a los 13 años 10 estudiantes (10,8%), a los 14 años 19 estudiantes (20,4%), a los 15 años 19 estudiantes (20,4%), a los 16 años 15 estudiantes (16,1%), a los 17 años 18 estudiantes (19,4%) y a los 18 años 3 estudiantes (3,2%) (Gráfico 5).

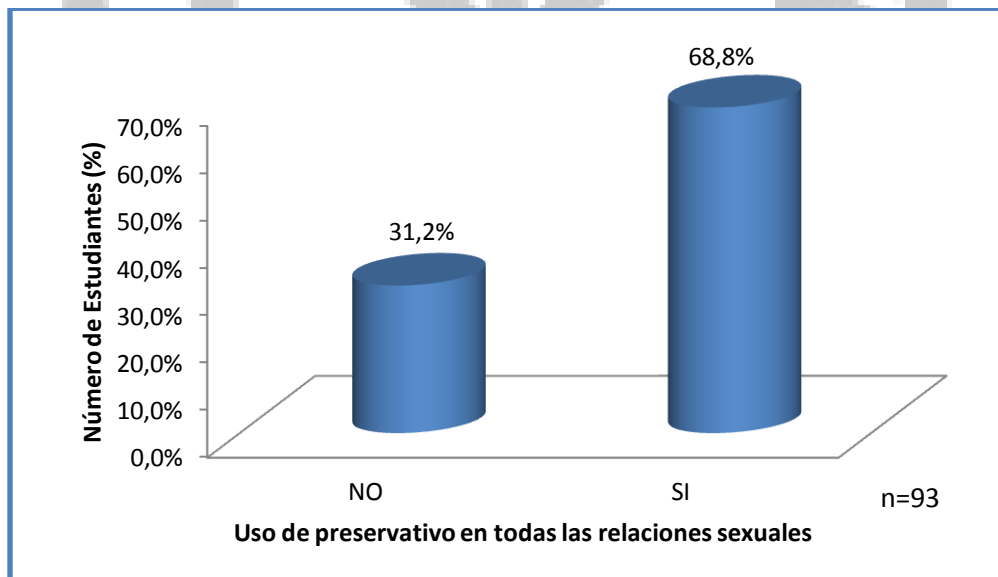
Gráfico 5. Edad de inicio de relaciones sexuales



4.6 Uso de preservativo

Un total de 29 estudiantes (31,2%) respondieron que no y 64 estudiantes (68,8%) que si han usado preservativo en *todas* las relaciones sexuales (Gráfico 6).

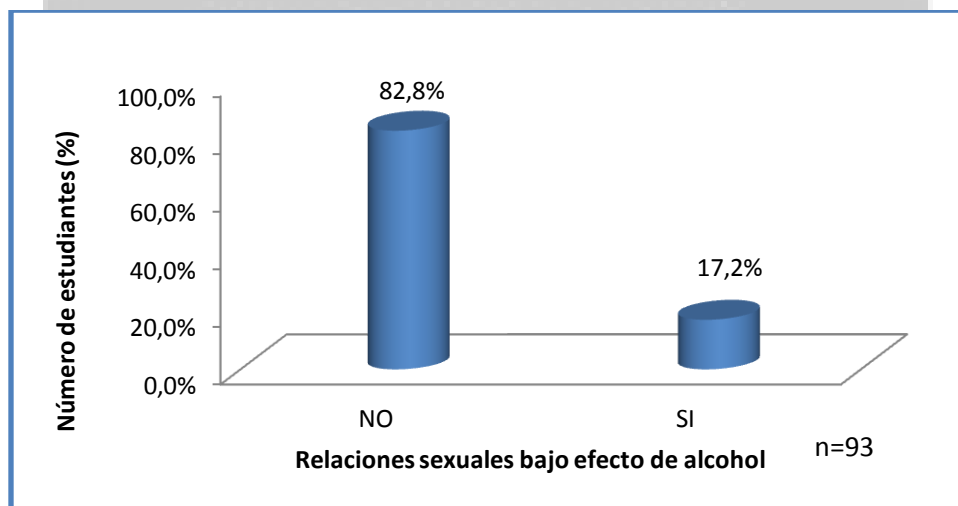
Gráfico 6. Uso de preservativo



4.7 Relaciones sexuales bajo efecto de sustancias psicoactivas

En la encuesta se evidenció que 77 estudiantes (82,8%) no han usado ningún tipo de sustancia psicoactiva durante la práctica de relaciones sexuales en comparación con 16 estudiantes (17,2%) que refieren haber usado alguna sustancia. De este 17,2 % el 100% ha usado alcohol y un 6,25% (1 estudiante) ha combinado el alcohol con marihuana y un 12,5% (2 estudiantes) lo ha combinado con éxtasis.

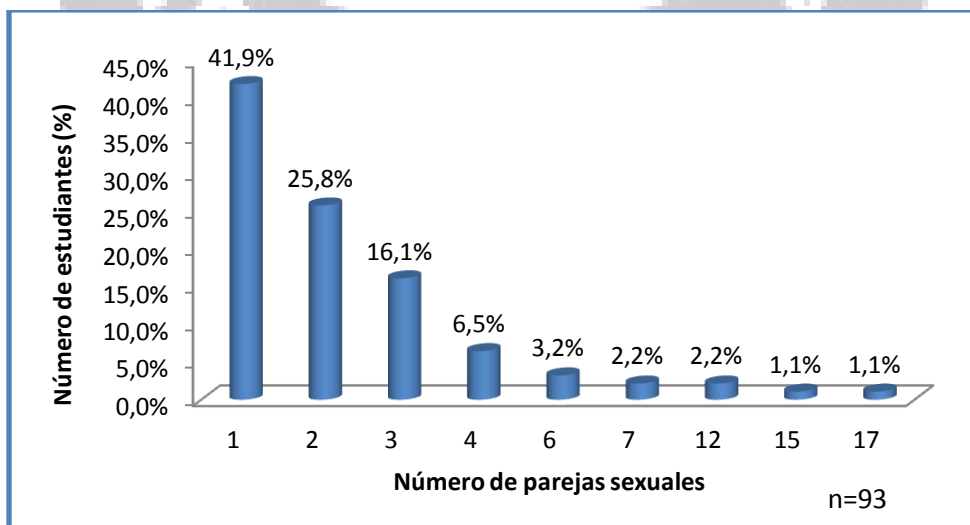
Gráfica 7. Relaciones sexuales bajo efecto de sustancias psicoactivas



4.8 Número de parejas sexuales

Los hallazgos con respecto al número de parejas sexuales fueron: tuvieron una pareja sexual 39 estudiantes (41,9%), 2 parejas sexuales 24 estudiantes (25,8%), 3 parejas sexuales 15 estudiantes (16,1%), 4 parejas sexuales 6 estudiantes (6,5%), 6 parejas sexuales 3 estudiantes (3,2%), 7 parejas sexuales 2 estudiantes (2,2%), 12 parejas sexuales 2 estudiantes (2,2%), 15 parejas sexuales 1 estudiante (1,1%), 17 parejas sexuales 1 estudiante (1,1%).

Gráfica 8. Número de parejas sexuales

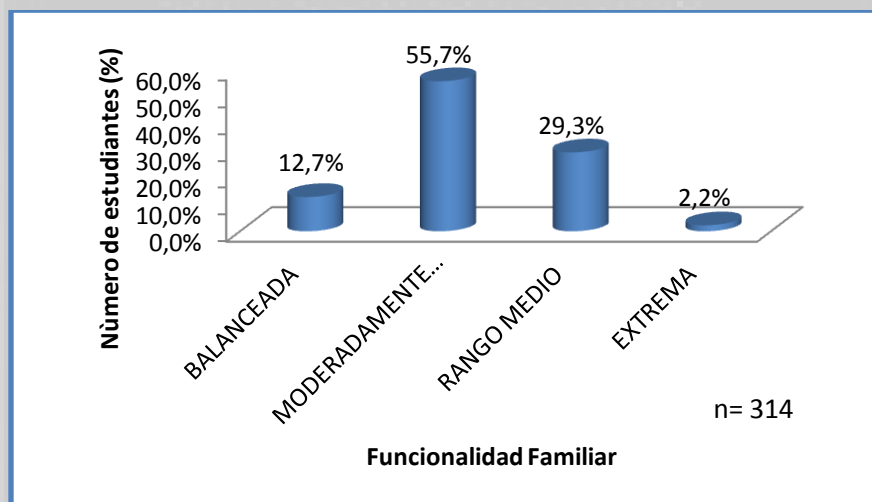


4.9 Funcionalidad Familiar

Según la clasificación de la funcionalidad familiar de la escala del FACES III, las familias se dividen en balanceada, moderadamente balanceada, rango medio y extrema.

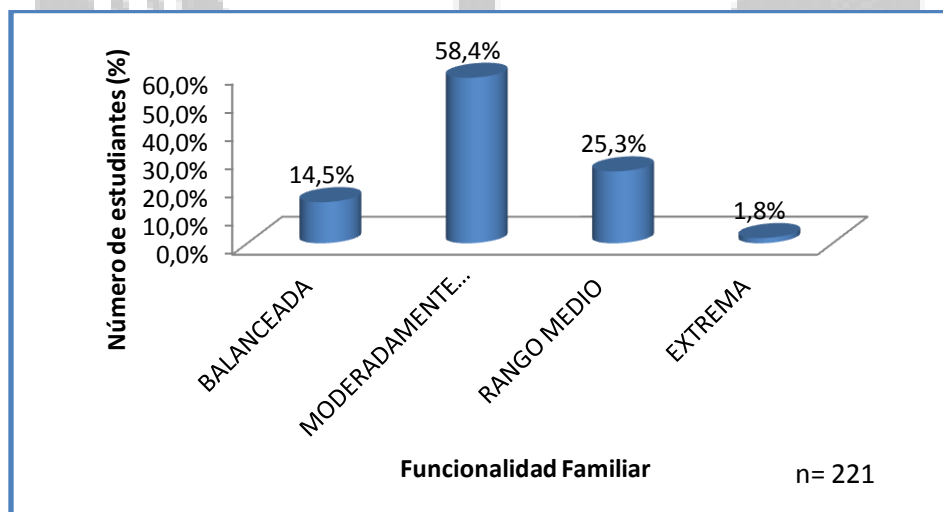
En la población estudiada se encontraron 40 familias Balanceadas (12,7%), 175 familias Moderadamente Balanceadas (55,7%), 92 familias Rango medio (29,3%) y 7 familias Extremas (2,2%) (Gráfico 9).

Gráfico 9. Funcionalidad familiar



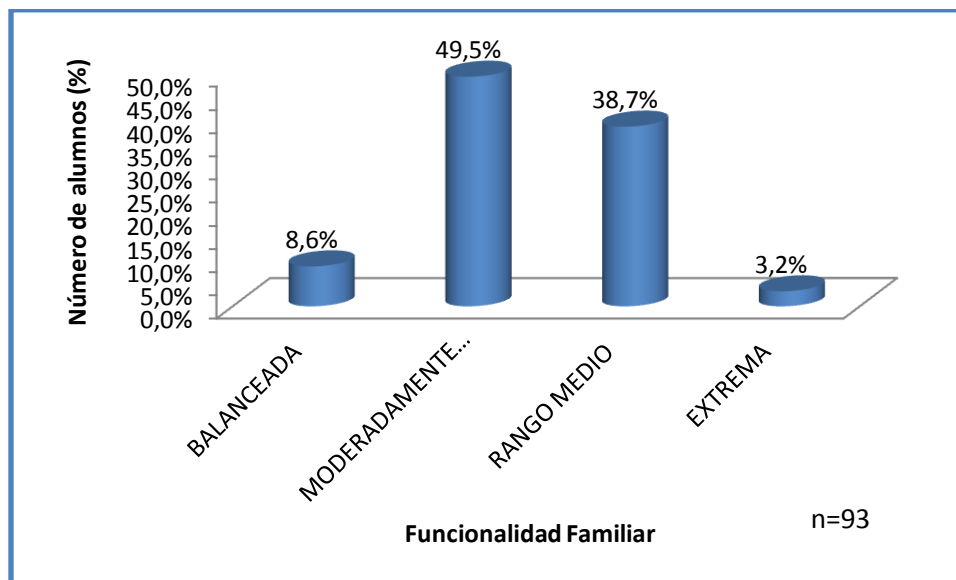
Se discriminó la funcionalidad familiar entre los estudiantes que habían o no tenido relaciones sexuales. Se encontró que en el grupo de estudiantes que no han iniciado relaciones sexuales hubo 32 familias Balanceadas (14,5%), 129 familias Moderadamente Balanceadas (58,4%), 56 familias Rango Medio (25,3%) y 4 familias Extremas (Gráfica 10).

Gráfico 10. Funcionalidad familiar en estudiantes que no han iniciado relaciones sexuales



En el grupo de estudiantes que si habían iniciado relaciones sexuales se encontraron 8 familias Balanceadas (8,6%), 46 familias Moderadamente Balanceadas (49,5%), 36 familias Rango Medio (38,7%) y 3 familias Extremas (3,2%) (Gráfico 11).

Gráfico 11. Funcionalidad familiar en estudiantes que si iniciaron relaciones sexuales.



Las diferencias entre subgrupos no fueron significativas ($p=0.063$) (Tabla 9).

Tabla 9. Diferencias entre subgrupos funcionalidad familiar

RELACIONES SEXUALES	BALANCEADA	MODERADAMENTE BALANCEADA	RANGO MEDIO	EXTREMA	TOTAL
No	32	129	56	4	221
Si	8	46	36	3	93
TOTAL	40	175	92	7	314
Pearson $\chi^2(3) = 7.2893$ Pr = 0.063					

4.10 ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

Mediante regresión logística se buscó la asociación entre la funcionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo, tomando la primera como variable independiente y la última como variable dependiente con ajuste por variables de confusión (edad y género).

4.10.1 Función Familiar y uso de preservativo

No se encontró una asociación entre la funcionalidad familiar y el uso consistente del preservativo en todas las relaciones sexuales. Ninguna de las p fue significativa ($<0,05$). Tampoco los intervalos de confianza de los OR tuvieron valores estadísticamente significativos (Tabla 10).

Tabla 10. Asociación entre funcionalidad familiar y uso de preservativo

Análisis del estimador de máxima verosimilitud							OR			
Parámetro		DF	Estimador	Error estándar	Chi-cuadrado de Wald	Pr > ChiSq	Efecto	Estimador del punto	95% Wald Límites de confianza	
Intercept		1	-0,8252	2,3829	0,1199	0,7291				
EDAD		1	0,0739	0,1421	0,2703	0,6031	EDAD	1,077	0,798	1,355
GENERO_	FEMENINO	1	-0,0392	0,2322	0,0285	0,866	GENERO_ FEMENINO vs MASCULINO	0,962	0,506	1,417
TipoFam	1	1	-1,0626	0,9493	1,2532	0,2629	TipoFam 1 vs 4	0,346	-1,515	2,206
TipoFam	2	1	0,5541	0,4603	1,4491	0,2287	TipoFam 2 vs 4	1,740	0,838	2,643
TipoFam	3	1	0,4474	0,4432	1,019	0,3128	TipoFam 3 vs 4	1,564	0,696	2,433

4.10.2 Función Familiar y relaciones sexuales bajo efecto de sustancias psicoactivas

No se encontró una asociación entre la funcionalidad familiar y la práctica de relaciones sexuales bajo efecto de sustancias psicoactivas. Ninguna de las p fue significativa ($<0,05$). Tampoco los intervalos de confianza de los OR tuvieron valores estadísticamente significativos (Tabla 11).

Tabla 11. Asociación entre funcionalidad familiar y relaciones sexuales bajo efecto de sustancias psicoactivas

Análisis del estimador de máxima verosimilitud							OR			
Parámetro		DF	Estimador	Error Estándar	Chi-cuadrado de Wald	Pr > ChiSq	Efecto	Estimador del Punto	95% Wald Límites de confianza	
Intercept		1	-4,4602	3,1934	1,9508	0,1625				
EDAD		1	0,1805	0,1883	0,9196	0,3376	EDAD	1,198	0,829	1,567
GENERO_	FEMENINO	1	-0,0482	0,2822	0,0291	0,8644	GENERO_ FEMENINO vs MASCULINO	0,953	0,400	1,506
TipoFam	1	1	0,8284	0,9818	0,712	0,3988	TipoFam 1 vs 4	2,290	0,365	4,214
TipoFam	2	1	0,0124	0,5274	0,0006	0,9812	TipoFam 2 vs 4	1,012	-0,021	2,046
TipoFam	3	1	-0,2457	0,524	0,2199	0,6391	TipoFam 3 vs 4	0,782	-0,245	1,809

4.10.3 Función Familiar e inicio de relaciones sexuales

No se encontró una asociación entre la funcionalidad familiar y el inicio de relaciones sexuales. Sin embargo se encontró una asociación significativa entre la edad y el inicio de relaciones sexuales con un valor de $p= 0.0001$ y un OR= 1,931 (IC 95% entre 1,611 y 2,313) (Tabla 12).

Tabla 12. Asociación entre funcionalidad familiar e inicio de relaciones sexuales

Análisis del estimador de máxima verosimilitud							OR			
Parámetro		DF	Estimador	Error Estándar	Chi-cuadrado de Wald	Pr > ChiSq	Efecto	Estimador del Punto	95% Wald Límites de confianza	
Intercept		1	-11,0741	1,486	55,5355	<.0001				
EDAD		1	0,6578	0,0922	50,8853	<.0001	EDAD	1,931	1,750	2,111
GENERO_	FEMENINO	1	-0,2595	0,144	3,2485	0,0715	GENERO_ FEMENINO vs MASCULINO	0,771	0,489	1,054
TipoFam	1	1	0,4919	0,6711	0,5372	0,4636	TipoFam 1 vs 4	1,635	0,320	2,951
TipoFam	2	1	0,2745	0,3089	0,79	0,3741	TipoFam 2 vs 4	1,316	0,710	1,921
TipoFam	3	1	-0,2447	0,2904	0,7098	0,3995	TipoFam 3 vs 4	0,783	0,214	1,352



5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En el presente estudio, luego de ajustar por factores de confusión se encontró como dato principal que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y las diferentes conductas sexuales de riesgo en la población analizada.

En Colombia los estudios publicados por Ceballos y Campo-Arias¹⁰⁻¹⁷ muestran el comportamiento sexual de los adolescentes que asisten a instituciones de secundaria en Bucaramanga y Santa Marta. Documentan que las prevalencias de relaciones sexuales oscilan entre el 18,9% al 50,0% y del 27,0% respectivamente; también documentan que las relaciones sexuales fueron más frecuentes en varones y en aquellos que dijeron haber fumado cigarrillo o consumido alcohol. En lo concerniente a la frecuencia de relaciones sexuales 25% estudiantes informaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida, en dicha población el 43,8% fueron varones y el 6,3% mujeres, con relación al grado de escolaridad se encontró que las relaciones sexuales aumentaban progresivamente a mayor año de escolaridad y edad. Estos resultados son comparables con los de la presente investigación.

Con base en la estadística descriptiva, los resultados respecto a la asociación de la funcionalidad familiar y la presentación de conductas sexuales de riesgo no difieren de la literatura internacional revisada, que resalta el papel de la buena comunicación y una relación de calidad entre padres e hijos como un factor protector de diferentes conductas sexuales de riesgo^{17, 25, 27}. No se encontraron a la fecha de búsqueda en las bases de datos estudios en Colombia que contemplaran esta asociación.

Consideramos que los resultados obtenidos pueden estar afectados por las limitaciones del diseño de estudio y otras no previsibles entre las cuales encontramos la ausencia de datos del colegio CEIS dado el bajo porcentaje de participación, el porcentaje de respuesta del colegio Pablo VI (64% de la población), el bajo porcentaje de alumnos que han mantenido relaciones bajo el efecto de sustancias psicoactivas y en especial las sustancias diferentes al alcohol. Debido a estas limitaciones estos datos no son aplicables a nivel local, nacional ni internacional. Sin embargo tienen una importante significancia clínica ya que aportan información valiosa acerca de la situación actual del Colegio Pablo VI respecto al tema, lo cual permitirá a la comunidad educativa abordar esta temática con una base real y sólida.

Concluimos que el estudio genera una primera aproximación a la situación de estos adolescentes en relación a su actividad sexual y a la dinámica de sus familias y que a pesar de sus limitaciones es un punto de partida para fomentar el análisis de la realidad de los adolescentes que pueda a su vez incentivar intervenciones en las poblaciones en riesgo.

Sería de gran utilidad en próximas investigaciones lograr un número mayor de participantes y la aleatorización de la muestra para proveer una mayor significancia estadística.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García M, Rivera S, Reyes I, Díaz R. Construcción de una escala de funcionamiento familiar. Facultad de Psicología. UNAM - México. RIDEP 2006;22(2): 91-110.
2. Olson DH. Circumplex model of marital and family systems. Assessing family functioning. En: Walsh F, editor. Normal family processes. 2º Edición. New York: The Guilford Press, 1993.
3. Ponce E, Gómez F, Terán M, Irigoyen A, Landgrave S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria 2002;30(10):624-630.
4. Schmidt V, Barreiro J, Maglio A. Escala de evaluación del Funcionamiento Familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? Escritos de Psicología 2010;3(2):30-36.
5. Choza J. Antropología de la Sexualidad. Instituto de Ciencias para la Familia, Universidad de Navarra. 1º edición. Navarra: Ediciones RIALP; 1991.
6. Jaramillo J. Algunas reflexiones acerca del fundamento de la regulación natural de la fertilidad. Persona y Bioética, Revista del Departamento de Bioética, Universidad de la Sabana 2009;13(2): 166-177.
7. Garita Arce C. Prácticas sexuales en la Adolescencia. Comisión Nacional de televisión. 2004.
8. Vargas Trujillo E. Influencia de los programas televisivos con contenido sexual sobre el comportamiento de los adolescentes. Comisión Nacional De Televisión 2004.
9. Bruguera, M. Salud reproductiva, conductas de riesgo, embarazo y ETS en adolescentes. III congreso de la sociedad española de medicina de adolescentes. Programa de adolescentes del ayuntamiento de Madrid, España 2006.
10. Campo-Arias A, Silva JL, Meneses M, Castillo M, Navarrete PA. Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr 2004; 33: 367-377.
11. Ceballos G, Campo-Arias A, De Bedout A. Relaciones sexuales en estudiantes de secundaria en las zonas rurales del distrito de Santa Marta, Colombia. Pensamiento Psicológico 2007;3(9)101-109.
12. Ceballos G, Campo-Arias A, Herazo E. Factores asociados por género a relaciones sexuales en adolescentes de Santa Marta, Colombia en el año 2004. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2008;59(4):276-284.
13. Ceballos G, Campo-Arias A. Relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de tres colegios privados de Santa Marta, Colombia: factores asociados. Med UNAB 2005;8(3):171-174.
14. Ceballos G, Campo-Arias A. Relaciones sexuales en adolescentes escolarizados de Santa Marta, Colombia: una encuesta transversal. Colombia Médica 2007;38:185-190.
15. Ceballos G, Campo-Arias A. Relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de Santa Marta, Colombia: Factores asociados. Duazary 2005; 2: 4-10.
16. Ceballos G, Campo-Arias A. Prevalencia de relaciones sexuales en estudiantes de secundaria entre los 10 y 12 años Santa Marta, Colombia. Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia 2006;54(1):4-9.
17. Aspy C, Vesely S, Oman R, Rodine S, Marshall L, McLeroy K. Parental communication and young sexual behavior. Journal of Adolescence 2007; 30: 449-466.
18. Blum R, Beuhring T, Shew M, Bearinger L, Sieving R, Resnick M. The effects of race/ethnicity, income, and family structure on adolescent risk behaviors. Am J Public Health 2000;90:1879-1883.
19. Kotchick B, Shaffer A, Forehand R. Adolescent sexual risk behavior: a multisystemic perspective. The Clinical Psychology Review 2001; 21: 493-519.

20. Baeza B, Poo AM, Vásquez O. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2007; 72(2):76-81.
21. Olson D, Portner J, Lavee Y. *FACES III Manual*. University of Minnesota. 2009.
22. Ministerio de Salud. Resolución 008430 - Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santafé de Bogotá, 1993.
23. Ancheta R, Hynes C, Shrier L. Reproductive health education and sexual risk among high risk female adolescents and young adults. *J Pediatric and Adolescent Gynecology* 2005;18:105-111.
24. Bailey J, Fleming C, Henson J, Catalano R, Haggerty K. Sexual risk behavior six months post-high school: association with college attendance, living with a parent and prior risk behavior. *Journal of Adolescent Health* 2008;42:573-579.
25. Baker J, Rosenthal S, Leonhardi D, Kollar L, Succop P, Burklow K et al. Relationship between perceived parental monitoring and young adolescent girls' sexual and substance use behavior. *J Pediatric and Adolescent Gynecology* 1999;12:17-22.
26. Bell C, Bhanaa A, Petersen I, McKay M, Bannon W, Gibbons R et al. Building protective factors to offset sexually risk behaviors among black youths. *J Natl Med Assoc* 2008; 100(8):936-944.
27. Blake S, Simkin L, Ledsky R, Perkins C, Calabrese J. Effects of a parent-child communication intervention of young adolescents' risk of early onset of sexual intercourse. *Family Planning Perspective* 2001;33:52-60.
28. Bucholz JR, Matheny SC, Pugno PA, David A, Bliss EB, Korin EC. Task Force Report 2. Report of the Task Force on Medical Education. *Ann Fam Med* 2004;2(suppl 1):S51-S64.
29. Carpenter S, Clyman R, Davidson A, Steiner J. The association of foster care or kinship care with adolescent sexual behavior and first pregnancy. *Pediatrics* 2001;108:e46.
30. Cha E, Doswell W, Kim K, Charron-Prochownik D, Patrick T. Evaluating theory of planned behavior to explain intention to engage in premarital sex amongst Korean college students: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2007;44:1147-1157.
31. Chioma Oringanje, Martin M Meremikwu, Hokehe Eko, Ekpereonne Esu, Anne Meremikwu, John E Ehiri. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2009 Número 4.
32. Cox M. Maternal demandingness and responsiveness as predictor of adolescent abstinence. *Journal of Pediatric Nursing* 2007;22:197-205.
33. Crosby R, Hanson A, Rager K. The protective value of parental sex education: A clinic based exploratory study of adolescent females. *J Pediatric and Adolescent Gynecology* 2009;22:189-192.
34. Defensoría del pueblo, Profamilia, Organización Internacional para las Migraciones. Guía para la formación en Derechos Sexuales y Reproductivos. Para población en situación de desplazamiento con énfasis en violencia intrafamiliar y violencia sexual. Primera Edición, Noviembre de 2007.
35. DiClemente R, Salazar L, Crosby R, Rosenthal S. Prevention and control of sexually transmitted infections among adolescents: the importance of a socio-ecological perspective – a commentary. *Journal of the Royal Institute of Public Health* 2005;119:825-836.
36. Gallegos E, Villarruel A, Loverland C, Ronis D, Zhou Y. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México* 2008;50:59-66.

37. García Bianchi X. Ciclo vital-crisis evolutivas. Área de salud mental. Fundación para el desarrollo de la medicina familiar y la atención primaria en salud. Buenos Aires. 2003.
38. Gascón JA, Navarro B, Gascón FJ, Pérula LA, Jurado A, Montes G. Comportamiento sexual de los escolares adolescentes de Córdoba. *Aten Primaria* 2003; 32: 355-360.
39. Goncalves S, Castellá J, Carlotto M. Predictores de conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* 2007;41(2):161-166.
40. González M, Aguirre M, Tapia J. Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 2005; 76(6):573-579.
41. Levine R, Medeiros B, Schindler H. Using sibling differences to estimate effects of parenting of adolescent sexual risk behaviors. *Journal of Adolescent Health* 2008; 43:133-140.
42. Martínez A, Iraurgi I, Galíndez E, Sanz M. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 items en español. *Int J Clin Health Psychol* 2006;6(2):316-338.
43. Mendoza L, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza H, Pérez C. Análisis de la dinámica y función familiar en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar* 2006;8:27-32.
44. Molina R. Nivel de Conocimientos y Práctica de Sexualidad en Adolescentes. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 1996; 51:293-302.
45. Parera N, Carles J. Having a good relationship with their mother: a protective factor against sexual risk behavior among adolescent females. *J Pediatric and Adolescent Gynecology* 2004;17:267-271.
46. Schouten B, Van den Putte B, Pasmans M, Meeuwesen L. Parent-adolescent communication about sexuality: the role of adolescents' beliefs, subjective norm and perceived behavioral control. *Patient Education and Counseling* 2007;66:75-83.
47. Shepherd J, Weston R, Peersman G, Napuli IZ. Intervenciones para la prevención del cáncer cervical mediante modificaciones de la conducta y estilos de vida sexuales. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2.
48. Vinaccia S, Quiceno M, Gaviria AM, Soto AM, Gil Llarío MD, Ballester Arnal R. Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por VIH/SIDA en Adolescentes Colombianos. *Ter Psicol* 2007; 25(1):39-50.
49. Yang H, Stanton B, Cottrel L, Kaljee L, Galbraith J, Li X et al. Parental awareness of adolescent risk involvement: implications of overestimates and underestimates. *Journal of Adolescent Health* 2006;39:353-361.

7. ANEXOS

7.1 Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

"ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LOS COLEGIOS PABLO VI Y CEIS DEL MUNICIPIO DE SOPÓ - CUNDINAMARCA"

Su participación es muy importante para nosotros, gracias por su tiempo.

El propósito de nuestro estudio, es establecer la relación existente entre la funcionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes entre los 13 y 19 años, escolarizados en dos colegios del municipio de Sopo – Cundinamarca. Para lograr el desarrollo de este estudio, se realizará un cuestionario a los estudiantes que cumplan con el criterio de edad, y se encuentren matriculados en los Colegios Pablo VI y CEIS del municipio de Sopó, y que de manera voluntaria deseen participar del estudio, para lo cual deberán diligenciar un cuestionario dividido en tres partes. La primera son los *datos generales* relacionados con género, edad y constitución familiar; en la segunda parte se evaluará la *conducta sexual*, haciendo énfasis en los comportamientos riesgosos como son, edad de inicio de relaciones sexuales, uso de condón, uso de sustancias psicoactivas y promiscuidad sexual; y la tercera parte evaluará la *funcionalidad familiar* por medio de 20 preguntas extraídas de la Escala de Funcionalidad Familiar FACES III, que es un instrumento validado en español aplicado a nivel internacional para este fin.

Este tipo de estudio tiene un riesgo mayor a mínimo según la resolución 8430 de 1.993 del Ministerio de Salud, que regula la investigación en seres humanos en nuestro país. Posterior a la recolección de los datos se tabulará la información y se correlacionarán las variables mencionadas. Los resultados obtenidos con esta investigación serán utilizados únicamente con el objetivo de establecer la asociación entre la funcionalidad familiar y conductas de riesgo sexual y, en un futuro, establecer guías preventivas en la población objeto de la investigación. Los datos serán guardados bajo la custodia de los investigadores durante el tiempo del desarrollo de la investigación, y posteriormente se destruirán con el fin de garantizar la total confidencialidad de los mismos.

La participación en este estudio es voluntaria y anónima, no afectará el desempeño académico del alumno y no habrá ningún tipo de compensación por la participación. El retiro del participante se podrá realizar en cualquier momento del desarrollo de la investigación, de manera voluntaria y sin repercusiones para el mismo.

Al firmar este consentimiento está usted aceptando la participación de su hijo en este estudio.

Representante legal

Cc

Dirección: _____

Teléfono: _____

Relación con el estudiante _____

Testigo

Cc

Dirección: _____

Teléfono: _____

Testigo

Cc

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma de los investigadores:

María Angélica Márquez Rozo
cc 52.991.010

Claudia Janneth Lugo Soto
cc 52.199.655

7.2 Asentimiento informado



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
ASENTIMIENTO INFORMADO**

"ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LOS COLEGIOS PABLO VI Y CEIS DEL MUNICIPIO DE SOPÓ - CUNDINAMARCA"

Su participación es muy importante para nosotros, gracias por su tiempo.

El propósito de nuestro estudio, es establecer la relación existente entre la funcionalidad familiar y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes entre los 13 y 19 años, escolarizados en dos colegios del municipio de Sopo – Cundinamarca. Para lograr el desarrollo de este estudio, se realizará un cuestionario a los estudiantes que cumplan con el criterio de edad, y se encuentren matriculados en los Colegios Pablo VI y CEIS del municipio de Sopó, y que de manera voluntaria deseen participar del estudio, para lo cual deberán diligenciar un cuestionario dividido en *tres partes*. La primera son los *datos generales* relacionados con género, edad y constitución familiar; en la segunda parte se evaluará la *conducta sexual*, haciendo énfasis en los comportamientos riesgosos como son, edad de inicio de relaciones sexuales, uso de condón, uso de sustancias psicoactivas y promiscuidad sexual; y la tercera parte evaluará la *funcionalidad familiar* por medio de 20 preguntas extraídas de la Escala de Funcionalidad Familiar FACES III, que es un instrumento validado en español aplicado a nivel internacional para este fin.

Este tipo de estudio tiene un riesgo mayor a mínimo según la resolución 8430 de 1.993 del Ministerio de Salud, que regula la investigación en seres humanos en nuestro país. Posterior a la recolección de los datos se tabulará la información y se correlacionarán las variables mencionadas. Los resultados obtenidos con esta investigación serán utilizados únicamente con el objetivo de establecer la asociación entre la funcionalidad familiar y conductas de riesgo sexual y, en un futuro, establecer guías preventivas en la población objeto de la investigación. Los datos serán guardados bajo la custodia de los investigadores durante el tiempo del desarrollo de la investigación, y posteriormente se destruirán con el fin de garantizar la total confidencialidad de los mismos.

La participación en este estudio es voluntaria y anónima, no afectará su desempeño académico y no habrá ningún tipo de compensación por la participación. Usted se podrá retirar del estudio en cualquier momento del desarrollo de la investigación, de manera voluntaria y sin ningún tipo de repercusiones.

Al firmar este asentimiento está usted aceptando la participación en este estudio.

Firma del participante

TI ó CC

Firma de los investigadores:

María Angélica Márquez Rozo
cc 52.991.010

Claudia Janneth Lugo Soto
cc 52.199.655

7.3 Circular



UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

“ESTUDIO DE ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU FUNCIONALIDAD Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 19 AÑOS ESCOLARIZADOS DE LOS COLEGIOS PABLO VI Y CEIS DEL MUNICIPIO DE SOPÓ – CUNDINAMARCA”

CIRCULAR A PADRES DE FAMILIA

Apreciados Padres:

Nos permitimos recordar a la comunidad educativa, que nuestro equipo investigador, espera contar con los voluntarios entre 13 y 19 años durante el mes de octubre, para recibir la charla de 15 minutos y la consiguiente encuesta que contribuirá con sus resultados a favorecer estrategias para el sano desarrollo de los jóvenes del Colegio.

Enfatizamos que estos estudios contribuyen al bienestar de los jóvenes y sus familias por lo que desde ya agradecemos su participación y el respectivo consentimiento de los padres devuelto debidamente firmado, en forma inmediata al colegio. Por ser la población objeto del estudio en su mayoría menor de edad, los participantes deben contar con un permiso firmado por su(s) padre(s) o acudiente(s) y dos testigos de que la firma se realizó voluntariamente. El estudiante también deberá firmar un asentimiento informado en el que acepta participar voluntariamente.


Garantizamos a todos la debida confidencialidad y anonimato de la información suministrada.

¡¡¡GRACIAS POR SU PARTICIPACION!!!

Dra. María Angélica Márquez Rozo – Dra. Claudia Janneth Lugo Soto



7.4 Instrumento

 UNIVERSIDAD DE LA SABANA FACULTAD DE MEDICINA Área de Salud Pública y Proyección Social Área de Investigación en Medicina de Familia y Salud de la Población Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria				
Agradecemos de antemano su participación en el estudio. Le recordamos que la información suministrada en esta encuesta es ANÓNIMA y completamente CONFIDENCIAL , para responderla debe haber firmado con anticipación el asentimiento informado destinado para la investigación y sus padres el consentimiento. Esperamos que responda con la mayor sinceridad ya que de esto depende la confiabilidad de los resultados obtenidos y las intervenciones que de éstos se deriven. Tenga en cuenta que para fines del estudio consideramos relación sexual aquel contacto erótico que haya incluido la penetración.				
DATOS GENERALES				
Género	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>			
Edad (años cumplidos)	<input type="text"/> años			
Persona(s) con la(s) que vive (Seleccione)	Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano(s)/a(s) <input type="checkbox"/> Otro(s) (Escriba cuál(es)) _____			
CONDUCTA SEXUAL				
1. ¿Ha tenido relaciones sexuales?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
<small>(Si su respuesta es NO, por favor márquela y pase a responder la sección de ASPECTO FAMILIAR)</small>				
2. ¿A qué edad inició usted relaciones sexuales?	<input type="text"/> Años			
3. ¿Ha usado preservativo (condón) en TODAS las relaciones sexuales? (Ud. ó su pareja)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
4. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Seleccione la(s) sustancia(s): Alcohol <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Éxtasis <input type="checkbox"/> Otra (escriba cuál) _____				
5. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en toda su vida? (Escriba un número)	<input type="text"/>			
ASPECTO FAMILIAR				
Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado				
Nunca 1	Casi Nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Describa su familia:				
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí				<input type="text"/>
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				<input type="text"/>
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				<input type="text"/>
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				<input type="text"/>
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				<input type="text"/>
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				<input type="text"/>
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				<input type="text"/>
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				<input type="text"/>
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				<input type="text"/>
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos				<input type="text"/>
11. Nos sentimos muy unidos				<input type="text"/>
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones				<input type="text"/>
13. Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente				<input type="text"/>
14. En nuestra familia las reglas cambian				<input type="text"/>
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia				<input type="text"/>
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				<input type="text"/>
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones				<input type="text"/>
18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad				<input type="text"/>
19. La unión familiar es muy importante				<input type="text"/>
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar				<input type="text"/>
MUCHAS GRACIAS				

8. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

- Reunión con la comunidad educativa de ambos colegios para socializar el análisis y conclusiones del proyecto.
- Elaboración de documento de Tesis de Maestría que reposará en el archivo de la Biblioteca de la Universidad de la Sabana.
- Elaboración de artículo de revista para someterlo a Comité Editorial de publicación indexada.

