

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS
DE LA COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y CONDUCTAS DE RIESGO
EN ADOLESCENTES**

Tesis presentada por las bachilleres:

LLAZA AYTA, ROCIO ISABEL

OCORURO BEDOYA, FANNY NOEMI

Para obtener el título Profesional de Psicólogas

Asesor: Mg. Víctor Hugo Rosas Imán

Arequipa – Perú

2018

DEDICATORIA

A Dios por permitirme tener vida, salud; y a mis padres Felipe y Margarita quienes me apoyaron incondicionalmente en este proceso de formación profesional, así mismo a mi hermana Mary por su apoyo constante que siempre me brinda en el transcurso de cada proyecto y de mi carrera.

ROCIO

A Dios por ser la guía en mi camino, por darme la fuerza y perseverancia en cada paso que realizo, a mi familia por ser la fuerza motivadora que me impulsa a seguir volando y alcanzar sueños que se convierten en realidad gracias.

FANNY

AGRADECIMIENTOS

A nuestra alma mater Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa por la formación profesional. A nuestra Escuela profesional de Psicología por los conocimientos brindados por nuestros docentes, a lo largo de estos seis años.

Al director de la Institución Educativa Víctor Andrés Belaunde, por habernos brindado las facilidades para poder realizar nuestra investigación, a los docentes y en especial a los estudiantes, que con su colaboración se hizo posible la realización de la presente investigación.

A nuestro asesor Víctor Hugo Rosas Imán, por la orientación, guía y apoyo que nos ha brindado en la realización de nuestra tesis.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

**SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES
INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de tesis titulado: “**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES**” el mismo que tras su evaluación y dictamen favorable, nos permitirá optar el título profesional de Psicólogas.

Cumpliendo con los requerimientos del reglamento vigente, esperamos que la presente investigación sirva de aporte al conocimiento psicológico y sirva de base para las futuras investigaciones en esta área.

Bachilleres en Psicología

LLAZA AYTA, ROCIO ISABEL

OCORURO BEDOYA, FANNY NOEMI

Arequipa, Diciembre de 2018

ÍNDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	II
PRESENTACIÓN.....	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
RESUMEN	VII
ABSTRACT.....	IX
INTRODUCCIÓN	X

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
2. OBJETIVOS	6
A. OBJETIVO GENERAL.....	6
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3. HIPÓTESIS	7
4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.....	7
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	10
6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	11
A. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	11
B. CONDUCTAS DE RIESGO	11
7. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	13
8. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	14

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	15
A. Internacionales.....	15
B. Nacionales.....	17
C. Locales	20
2. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	22
A. Definición de la familia	22

B.	Composición de familia Según Minuchín	24
C.	Funciones de la Familia	26
D.	Tipos de Familia	28
D.	Ciclo de vida familiar	29
E.	Funcionamiento familiar.....	31
a.	Concepto de Funcionamiento Familiar.....	31
b.	Dimensiones del funcionamiento familiar.....	31
F.	Teorías del funcionamiento familiar.....	34
a.	La Teoría General de Sistemas	34
b.	Teoría Estructural del funcionamiento familiar Minuchin	35
c.	Modelo de interacción familiar.....	37
d.	Enfoque ecológico	38
G.	Tipos de funcionamiento familiar.....	39
H.	Familia y adolescencia.....	42
3.	CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES	46
A.	Conductas depresivas.....	51
B.	Conductas de consumo de alcohol o drogas	53
C.	Conductas sexuales de riesgo	56
4.	ADOLESCENCIA.....	58
A.	Definiciones	58
B.	Etapas de la adolescencia.....	59

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

1.	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	63
2.	POBLACIÓN Y MUESTRA	64
A.	POBLACIÓN.....	64
B.	MUESTRA	64
3.	INSTRUMENTOS	65
4.	PROCEDIMIENTO.....	73

CAPÍTULO IV

RESULTADOS.....	75
DISCUSIÓN	89

CONCLUSIONES	97
RECOMENDACIONES	99
ANEXOS	107
ANEXO N° 1	108
ANEXO N° 2	109
ANEXO N° 3	110
ANEXO N° 4	111
ANEXO N° 5	112
CASOS CLÍNICOS	113

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Motivos de consumo de alcohol en adolescentes	54
Tabla 2: Distribución de la muestra por grado y sexo	76
Tabla 3: Funcionamiento familiar en los adolescentes de 4to y 5to grado de secundaria.....	77
Tabla 4: Conductas de riesgo – depresión	79
Tabla 5: Conductas de riesgo - consumo de alcohol o drogas.....	80
Tabla 6: Conductas de riesgo - conductas sexuales	81
Tabla 7: Conductas de riesgos predominantes en los adolescentes	83
Tabla 8: Funcionamiento familiar y depresión.....	84
Tabla 9: Funcionamiento familiar y consumo de alcohol o drogas	85
Tabla 10: Funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo	86

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el funcionamiento familiar y conductas de riesgo en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de la Institución Educativa N° 40035 Víctor Andrés Belaunde en la ciudad de Arequipa. El tipo de investigación es descriptivo - correlacional de diseño no experimental transversal. La muestra estuvo constituida por 210 adolescentes de ambos sexos, cuyas edades comprenden entre 14 y 19 años, tomándose como criterio la adolescencia media de 14 a 16 y tardía 17 a 19 años. Para la recolección de información se utilizaron 4 cuestionarios: Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y para evaluar las conductas de riesgo se utilizó el Cuestionario de conductas sexuales de riesgo en adolescentes, prueba de pesquisa para consumo problemático, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias (Test CRAFFT) y Escala de Autoevaluación de la depresión de Zung (EAA), para el análisis de datos se utilizó la prueba estadística Chi cuadrada.

En los resultados obtenidos el funcionamiento familiar que predominó en los adolescentes es moderadamente funcional (57.1%), seguida de la disfuncional (21.9%); respecto a las conductas de riesgo que predomina en los adolescentes es la depresión (51.4%), consumo de alcohol o drogas (21.4%) y finalmente conductas sexuales de riesgo (21.0%). Se encontró una relación significativa entre el funcionamiento familiar y los niveles de depresión ($p < .001$), y consumo de alcohol o drogas ($p = .038$), mientras que con las conductas sexuales de riesgo se encontró una relación significativa con el indicador iniciación sexual ($p < .001$), pero no se encontró una relación significativa con uso de métodos de prevención ($p = .170$) y sexo bajo los efectos de alcohol o drogas ($p = .083$).

Palabras claves: Funcionamiento familiar, Conductas de riesgo, Adolescencia.

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the objective of determining the relationship between family functioning and risk behaviors in fourth and fifth grade adolescents of the Educational Institution N ° 40035 Víctor Andrés Belaunde in the city of Arequipa. The type of investigation is descriptive - correlational of transversal non-experimental design. The sample consisted of 210 adolescents of both sexes, whose ages range from 14 to 19 years, taking as a criterion the average adolescence from 14 to 16 and late from 17 to 19 years. Four questionnaires were used for the collection of information: Family Functional Questionnaire (FF-SIL) and the Risk of Sexual Behavior Questionnaire in adolescents was used to assess risk behaviors. Research test for problematic use, abuse and alcohol dependence and other substances (Test CRAFFT) and Zung Depression Self-Assessment Scale (EAA), for the analysis of data the Chi square statistical test was used.

In the results obtained, the family functioning that predominated in the adolescents is moderately functional (57.1%), followed by the dysfunctional one (21.9%); Regarding the risk behaviors that predominate in adolescents is depression (51.4%), alcohol or drug consumption (21.4%) and finally sexual risk behaviors (21.0%). A significant relationship was found between family functioning and levels of depression ($p < .001$), and alcohol or drug use ($p = .038$), while with risky sexual behaviors a significant relationship was found with the sexual initiation ($p < .001$), but no significant relationship was found use of prevention methods ($p = .170$) and sex under the influence of alcohol or drugs ($p = .083$).

Keywords: Family functioning, risk behavior, adolescence.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo marcada por importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Estos cambios impulsan a lograr una mayor autonomía, que puede llevar a una maduración progresiva, sin embargo puede orientar al adolescente a asumir algunas conductas de riesgo.

En la actualidad el desarrollo de los adolescentes se presenta de una manera acelerada, cada vez hay un número creciente de jóvenes, que se inician sexualmente a temprana edad, que trae como consecuencias embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, además de presentar conductas de riesgos en relación al consumo de alcohol, intentos de suicidios que hoy se está convirtiendo en una de las causas principales de muerte.

El ser humano es eminentemente social, siendo la familia el primer factor de socialización o el primer espacio donde se cimientan las primeras bases en valores, creencias, costumbres que posteriormente forman la identidad de los hijos, estas van a ir repercutiendo en las nuevas relaciones que se van a ir manteniendo en su entorno social como es la escuela, donde ahora el niño se va relacionar y expresar esa individualidad con sus pares, esto le va a permitir adaptarse y aprender de su nuevo entorno social.

Después que se da esta adaptación en la primera infancia, surge una nueva etapa unida de cambios importantes que experimentan los adolescentes tanto a nivel físico, sociales y psicológicos que se basa en la búsqueda de su propia identidad, consolidación del pensamiento abstracto, desarrollo de un sistema de valores propio, la toma de decisiones

que son cruciales como la elección de una carrera y a la vez que busca la independencia del contexto familiar y da más importancia al grupo de iguales.

El adolescente pasa por diversos cambios, es en esta transición de la niñez a la adultez donde necesita mayor guía, afecto, socialización, cuidado por parte de su entorno familiar, por lo cual la familia juega un rol importante, por lo cual es fundamental un buen funcionamiento familiar para poder afrontar positivamente los desafíos propias de esta etapa, por ello es definida por De la Cuesta, Pérez y Louro (1994) el funcionamiento familiar es la dinámica relacional sistémica que se establece entre los miembros de una familia permitiendo que esta funcione positivamente y que es estimado mediante categorías diversas como la cohesión, la armonía, el rol, la permeabilidad, la afectividad, la participación y adaptabilidad.

Los procesos de transición demográfica y epidemiológica que han experimentado diversos países, junto a importantes cambios socioculturales, han cambiado el perfil de morbilidad y mortalidad de los adolescentes. Hoy en día, la mayoría de sus problemas de salud son consecuencia de conductas de riesgo (abuso de sustancias), trayendo como resultante infecciones de transmisión sexual, accidentes de tránsito, depresión y suicidio según Blum (2004) y Florenzano (2005) citado en Huitrón, et al. (2011).

El adolescente si no encuentra apoyo en el hogar, busca satisfacer esas carencias familiares en su entorno social, siendo propenso a que opten por conductas o comportamientos inapropiados tales como: Iniciación sexual a temprana edad sin protección, el consumo inadecuado de drogas y de alcohol, conductas depresivas que conllevan a suicidios, entre otras, que como consecuencia ponen en riesgo la vida del adolescente. Desempeñándose la familia como fuente de protección frente a la aparición

de factores y conductas de riesgo, o al mismo tiempo puede ser un factor predisponente en la aparición de esta.

La presente investigación es de carácter cuantitativo, no experimental y nos permitirá describir y correlacionar las variables de estudio entre el funcionamiento familiar y conductas de riesgos en adolescentes con el fin de identificar y determinar la relación entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo en adolescentes de cuarto y quinto grado de la Institución Educativa N° 40035 Víctor Andrés Belaúnde del distrito de Cerro Colorado en la Ciudad de Arequipa.

Es por ello que la investigación se organizó de la siguiente manera:

En el Capítulo I, se encuentra el planteamiento del problema, objetivos tanto específico como general, la hipótesis, importancia del estudio y definición de términos.

En el Capítulo II, comprende el marco teórico el cual sirvió de referencia y base teórica para abordar la problemática de estudio.

En el Capítulo III, abarca la metodología de estudio el tipo y diseño de investigación. Así mismo se describe la muestra que se abordó, y una breve descripción de los instrumentos que se utilizaron en esta investigación.

En el Capítulo IV, se encuentran las tablas y los resultados, a partir de ello se realizaron la discusión, seguidamente de las conclusiones y recomendaciones con el fin de generar conciencia y ampliar la visión sobre la problemática que se evidencia en los adolescentes que se está viviendo actualmente.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las diferentes etapas del ser humano, la familia es una fuente de apoyo, siendo un ente primordial en la adquisición de una concepción del mundo, en la formación de valores, creencias y experiencias. La familia durante la adolescencia cumple un rol importante, porque en esta etapa surgen diferentes cambios a nivel físico, sexual, psicológico y social, y se establece su propia identidad, además se encuentra con mayor vulnerabilidad a presentarse conductas de riesgo. Así mismo los adolescentes van cambiando a la familia como fuente de socialización dando prioridad a los amigos, siendo sus pares los que ahora juegan un rol importante de influencia.

La familia es una estructura dinámica que va cambiando con el transcurso del tiempo, siendo está influenciada por los cambios demográficos y

socioeconómicos, que afecta la estructura y el funcionamiento, así mismo se observa que la relación y cohesión interna es cada vez más frágil, ya que el rol de la familia ha ido cambiando, aumentando padres ausentes en todos los estratos sociales debido a las obligaciones laborales, lo que conlleva que los hijos queden al cuidado de terceras personas, el hermano mayor o en ellos mismo, siendo vulnerables en especial el adolescente ya que esta etapa es crítica, donde más se necesita de la orientación, apoyo y comunicación de la familia, por lo cual la estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de factores externos, dando un sentido de pertenencia a sus miembros y flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida.

El adolescente si no encuentra apoyo en su familia, busca satisfacer esas carencias familiares en su entorno social, siendo propenso a que opten conductas o comportamientos inapropiados tales como: Iniciación sexual a temprana edad sin protección, el consumo inadecuado de drogas y de alcohol, conductas depresivas que conllevan a suicidios, entre otras, poniendo en riesgo la vida del adolescente. Por ello el buen funcionamiento familiar influye en la aparición de factores y conductas de riesgo, o la predisposición para su aparición.

Muchos autores resaltan la importancia de un adecuado funcionamiento familiar, ya que favorece el desarrollo normal del adolescente, mientras que la disfunción familiar se asocia a la prevalencia de problemas de salud mental en adolescentes y predispone a que puedan presentar conductas de riesgo siendo esta no determinante, como menciona Zaldívar (2006) la familia juega un rol muy

importante en el desarrollo de cada individuo, se dice que una familia es funcional cuando brinda la oportunidad de cumplir con los objetivos y funciones que bioculturalmente le han sido asignadas, tales como las de cubrir las necesidades afectivas, emocionales y materiales de cada uno de los integrantes que la conforman; transmitir normas y valores de su propia cultura; facilitar el proceso de socialización e instaurar patrones de conducta y relaciones interpersonales.

Por el contrario, Paladines y Quinde (2010) menciona que la disfuncionalidad dentro del entorno familiar se presenta como una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades de cada uno de los miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, se invierte la jerarquía, es por ello que las relaciones entre sus miembros se hacen deficiente repercute además en el desarrollo psicosocial, su adaptación y resolución de conflictos.

Las conductas del adolescente han sido motivo de diversos estudios, tomando en cuenta los acelerados cambios físicos y desarrollo mental que se producen en esta etapa de la vida y que en ocasiones pueden alterar la paz familiar y escolar, como se puede evidenciar en las diferentes estadísticas.

Los especialistas del MINSA señalan que debido a la falta de información los adolescentes están predispuestos a presentar conductas de riesgo, que también incluyen los abortos y la violencia de género. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2015), sólo el 9.7 % de adolescentes entre los 15 y 19 años utilizó condón masculino en su primera relación sexual. En el Perú, el porcentaje de embarazos en adolescentes es el 13.6%, de éstas el 10.6% ya son

madres y el 2.9% están gestando por primera vez. Por otro lado, las ITS que más prevalecen son la úlcera genital o flujo vaginal 13.7 % de las mujeres de 15 a 49 años; la mayor proporción son casos entre las edades de 15 a 19 años y de 15 a 24 años de edad (MINSA, 2017).

De acuerdo con los resultados de la ENDES 2016 el 91.6% de las personas de 15 y más años de edad declararon haber consumido alguna bebida alcohólica, alguna vez en su vida. Siendo mayor este porcentaje en los hombres con 95.1% que en las mujeres 88.3%. En el Perú, una gran proporción de personas inicia tempranamente el consumo de bebidas alcohólicas y en escolares de secundaria, la edad promedio del primer consumo de bebidas alcohólicas es de 13 años de edad. En las personas de 15 años y más, según el sexo, la edad promedio de inicio en hombres es de 17.9 años, mientras que en las mujeres el inicio de este patrón de consumo ocurre en promedio a los 20.0 años de edad. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2017).

De los 4 millones de adolescentes que presentan cuadros de depresión anualmente, diez mil de ellos (0,25 %) concretan al suicidio; por lo que se considera oportuno generar a nivel mundial, estándares estratégicos de prevención y soporte ante esta condición que pone en riesgo la vida de los adolescentes (Sandoval, Vilela, y Galvez, 2017). Al explorar estudios sobre la depresión en adolescente peruanos, resaltan los informes epidemiológicos elaborados por el Instituto Nacional de Salud Mental del Perú (INSM, 2013), los cuales indican que la depresión es el trastorno clínico más frecuente en adolescentes de Lima y Callao con una

prevalencia de 7%; 3% en varones y 11% en mujeres (Navarro, Moscoso, y Calderón, 2017).

La mayoría de los problemas de salud de este grupo de edad son consecuencia de conductas de riesgo (ejemplo: abuso de sustancias lícitas e ilícitas, sedentarismo, malos hábitos de alimentación, inicio temprano de la actividad sexual, etc.), que traen como resultado enfermedades metabólicas, infecciones de transmisión sexual, accidentes de tránsito, depresión y suicidio según Blum (2004) y Florenzano (2005) citado por Huitrón et al. (2011).

Es por ello que resulta necesario investigar el nivel de funcionamiento familiar y las conductas de riesgo en los adolescentes, ya que estas han ido incrementando en la actualidad, repercutiendo en el desarrollo normal del adolescente, si estas conductas no son identificadas a tiempo puede repercutir en la vida adulta, es por ello que resaltamos la importancia del buen funcionamiento familiar en la etapa de la adolescencia.

Por eso esta investigación busca conocer si existe relación entre los niveles de funcionamiento familiar y las conductas de riesgo en adolescentes que cursan cuarto y quinto grado de secundaria de la Institución Educativa N° 40035 Víctor Andrés Belaúnde del distrito de Cerro Colorado en la Ciudad de Arequipa. Para que a partir de los hallazgos se pueda plantear programas que busquen el fortalecimiento de las relaciones familiares, y plantear estrategias preventivas en las conductas inadecuadas del adolescente. Por tal motivo es fundamental identificar y describir los niveles de funcionamiento familiar y las conductas de riesgo predominantes, y determinar si existe relación entre ambas variables.

Es por eso que con el presente estudio trataremos de dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: **¿Existe relación entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgos en los adolescentes?**

2. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de la Institución Educativa N° 40035 Víctor Andrés Belaúnde del distrito de Cerro Colorado en la Ciudad de Arequipa.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Identificar el funcionamiento familiar en adolescentes de cuarto y quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa 40035 Víctor Andrés Belaunde y compararlos según el sexo.
- b. Identificar las conductas de riesgo en adolescentes de cuarto y quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa 40035 Víctor Andrés Belaúnde y compararlos según el sexo.
- c. Determinar las conductas de riesgo que predomina en los adolescentes de cuarto y quinto grado de educación secundaria de la Institución Educativa 40035 Víctor Andrés Belaúnde.

3. HIPÓTESIS

H_1 Existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo en los adolescentes de cuarto y quinto grado de la Institución Educativa 40035 Víctor Andrés Belaúnde del distrito de Cerro Colorado en la Ciudad de Arequipa.

H_0 Existe relación entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo en los adolescentes de cuarto y quinto grado de la Institución Educativa 40035 Víctor Andrés Belaúnde del distrito de Cerro Colorado en la Ciudad de Arequipa.

4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

En la actualidad la familia juega un rol muy importante de apoyo en cada uno de los miembros, cabe resaltar que en los últimos años esta estructura familiar como tal se ha ido transformando, apareciendo diferentes tipos de familia y por ende diferentes niveles de funcionamiento entre sus miembros, así ha ido aumentando la familia disfuncional donde los roles y las funciones de los integrantes se ha modificado. A sí mismo la familia influye en las conductas de riesgo que están propensos los adolescentes, siendo esto uno de los principales motivos de preocupación tanto social como individual.

La familia actualmente ha cambiado de la tradicional familia nuclear a una familia disfuncional al presentarse diferentes factores como se menciona en estudios del INEI (2010) los roles que actualmente ejerce la mujer dentro y fuera de la familia han evolucionado de manera dinámica, en el ámbito económico se evidencia un aumento de su participación, lo que ha repercutido en la estructura familiar.

En la población peruana se presenta diferentes configuraciones familiares, parejas sin hijos a la vez que han incrementado los hogares al mando de la mujer porque se encuentran separadas, divorciadas o viudas. Un nuevo tipo de familia que ha surgido es la familia reconstituida que es la formación de nuevas parejas después de haber mantenido relaciones anteriores con o sin hijos estableciendo nuevos núcleos y relaciones familiares.

El funcionamiento familiar entre los miembros de la familia es importante, porque esta permite una buena interacción entre los miembros, posibilitando a desarrollar sus funciones básicas, satisfaciendo las necesidades individuales y colectivas, así mismo esta funcionalidad se da cuando se establecen límites claros, cohesión armonía, roles, afectividad, comunicación, adaptabilidad y permeabilidad, estas dimensiones favorecerá positivamente a cada miembro de la familia que cumplirá exitosamente con sus objetivos y funciones, caso contrario repercutirá en su desarrollo, adaptación y resolución de conflictos entre los miembros que integran la familia.

En los últimos años se ha incrementado las conductas de riesgos en adolescentes, muchos de ellos experimentan a temprana edad el consumo de sustancias alcohólicas que muchas veces conlleva a mantener relaciones sexuales a temprana edad que trae como consecuencia embarazos precoces; otra situación alarmante que preocupa es la alta tasa de suicidios que se presenta en los adolescentes que empieza en una depresión y al no ser tratada a tiempo acaba en un desenlace fatal o puede conllevar a adquirir otras conductas de riesgo como actualmente se refleja, estas son algunas conductas de riesgos que pueden presentarse en la adolescencia

por falta de orientación, apoyo, así mismo resaltamos la importancia de la familia en esta etapa de la adolescencia.

Según Organización Panamericana de la Salud (1992) La adolescencia es un período de transición especialmente crítico e intenso en el ciclo vital familiar, 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 (p.14).

La etapa de la adolescencia es un proceso de cambios físicos y psicológicos que necesitan un soporte familiar óptimo para lograr que los menores crezcan y maduren con autonomía. En nuestro contexto, debido a factores psicosociales, la cohesión y la adaptabilidad familiar se ve alterada, lo cual crea un desbalance en la vida del adolescente y en muchas ocasiones dicho desbalance no es controlado con asertividad (Shaffer, 2000 citado en Arenas, 2009).

En nuestro medio es importante conocer qué problemática se está presentando en nuestros adolescentes de hoy en día para prevenir y disminuir las conductas de riesgo; por eso es importante conocer como se refleja las estadística, si hay un alta incidencia que repercuten en los diferentes factores emocionales, psicológicos y sociales que son determinantes para una vida adulta adecuada siendo importante en esta etapa hacer prevención y promoción de estas conductas de riesgos en los adolescentes que se viene presentando en la actualidad.

Es por ello que la presente investigación se conocerá la relación entre funcionamiento familiar y las conductas de riesgo en adolescentes, nuestra investigación tiene una implicancia aplicativa, ya que a partir de los resultados se

pueden realizar programas de promoción y prevención en las conductas de riesgos que predominan en los adolescentes.

A nivel teórico nuestros resultados ampliarán el conocimiento que se tiene en la teoría, sirviendo como antecedente para el desarrollo de futuras investigaciones en el ámbito familiar, que debe ser espacio de trabajo preventivo frente a las diferentes situaciones de riesgo social a la que están expuestos los adolescentes. Así mismo los resultados de nuestra investigación contribuirán a considerar el funcionamiento familiar como un aspecto fundamental en el desarrollo del adolescente en sus diferentes áreas: social, físico y psicológico. Esta investigación es útil para la sociedad, organizaciones y las instituciones para que planteen estrategias de salud mental en la etapa de la adolescencia, además ayudará en la acción profesional para abordar este tipo de casos en el área clínica, educativa, social y diversos campos del desempeño psicológico.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se sabe que toda investigación científica a fin de generar nuevos conocimientos, descubrimientos e introducir nuevos aportes, se exponen a situaciones imprevistas las mismas que deben ser asumidas con la responsabilidad del caso. Las limitaciones que se presentaron en la investigación fueron:

Las escasas investigaciones de nuestras variables de manera conjunta, si bien se presentan investigaciones en Latinoamérica y en el mundo sobre conductas de riesgo, en la que solo abarca una conducta específica; en nuestro país se ha encontrado pocos estudios sobre funcionamiento familiar y conductas de riesgo; en la ciudad de Arequipa solo se ha encontrado investigaciones de funcionamiento

familiar y una conducta específica de riesgo (depresión, consumo de alcohol, conducta sexual de riesgo), sin considerar estas conductas en conjunto.

En cuanto a los instrumentos no se ha encontrado un cuestionario que considere más de una conducta de riesgo y confiable para la medición.

El tamaño de la muestra solo nos permitirá generalizar parcialmente los resultados, porque solo se evaluó a una Institución Educativa en la que abarca adolescentes de 14 a 18 años.

Respecto a la aplicación no se cumplió con el cronograma programado debido a trámites administrativos y feriados que se presentaron en la Institución Educativa.

6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

A. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Según De la cuesta, Pérez y Louro (1994). Es la dinámica relacional sistémica que se establece entre los miembros de una familia permitiendo que esta funcione positivamente y que es estimado mediante categorías diversas como la cohesión, la armonía, el rol, la permeabilidad, la afectividad, la participación y adaptabilidad (Citado en Losada, 2015).

B. CONDUCTAS DE RIESGO

Según la OMS es una forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente.

Se define como las actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura. El adolescente sin experiencia, o con ésta de forma muy limitada, se compromete en conductas destructivas, sin conocer los riesgos a corto y largo plazo. (Orbegoso, 2013)

- **Depresión:** La depresión se exterioriza como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), sin embargo también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. (Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad, 2014)
- **Consumo de riesgo de alcohol y drogas:** Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor de tipo físico y mental. A diferencia de consumo perjudicial, el consumo de riesgo se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual (OMS, 1994).
- **Conducta Sexual de Riesgo:** Se define como la exposición de situaciones que ocasionan daños a la salud propia o de otros, como la

posibilidad de embarazos no deseados o de contraer alguna infección de transmisión sexual (Hernández, 2016, p.17).

C. ADOLESCENCIA

El término latín adolescere, del que se deriva la adolescencia, señala este carácter de cambio: adolescere significa “crecer”, “madurar”.

Papalia, Duskin y Martorell (2012) “La adolescencia es una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos” (p.354).

Para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2017) la adolescencia es una etapa del desarrollo humano única y decisiva, caracterizada por un desarrollo cerebral y un crecimiento físico rápido, un aumento de la capacidad cognitiva, el inicio de la pubertad y de la conciencia sexual, y la aparición de nuevas habilidades, capacidades y aptitudes.

7. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

- **Variable principal:** Funcionamiento Familiar
- **Variable secundaria:** Conductas de riesgo en adolescentes:
 - ✓ Conductas depresivas
 - ✓ Conductas sexuales de riesgo
 - ✓ Consumo de riesgo de alcohol o drogas
- **Variable interviniente:** Grado escolar, Sexo

8. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

	VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
VARIABLE PRINCIPAL	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Es la dinámica relacional sistémica que se establece entre los miembros de una familia permitiendo que esta funcione positivamente y que es estimado mediante categorías diversas.	Cohesión Armonía Comunicación Adaptabilidad Afectividad Rol Permeabilidad	Familia Funcional Familia Moderadamente Funcional Familia Disfuncional Familia Severamente Disfuncional
VARIABLE SECUNDARIA	CONDUCTAS RIESGO ADOLESCENTES	DE EN	Las actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura.	Conductas depresivas
				Sin depresión
				Depresión leve
				Depresión moderada
				Depresión grave
				Conductas sexuales
				Inicio precoz de las relaciones sexuales
				No uso de preservativo
				Sexo bajo la influencia de las drogas
				Consumo de riesgo de alcohol o drogas
VARIABLE I.	GRADO ESCOLAR		Cuarto y quinto grado de secundaria	Ausencia de riesgo de consumo
	SEXO		Femenino Masculino	Presencia de riesgo de consumo

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A. Internacionales

En Ecuador también se realizó una investigación realizada por Apolo (2017) titulada *Funcionalidad familiar y su relación con conductas de riesgo en los estudiantes del Colegio Ciudad de Portovelo*, cuyo objetivo era determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las conductas de riesgo en los estudiantes; con una muestra de 195 estudiantes de 12 a 19 años y para recabar información se empleó una encuesta, Test SCOFF y el test APGAR Familiar. Los resultados arrojan que el 56.9% de adolescentes presentan familias funcionales, el tipo de familia predominante es la nuclear (51.8%). Respecto a las conductas de riesgo, el 51,3 % ha consumido alcohol, el 27.2% tabaco y el 9.2 % drogas ilegales; el 33.3% presenta riesgo de trastornos de la conducta alimentaria; el 24.5% ha tenido relaciones sexuales; el 18,5% ha practicado violencia autoinflingida y el 7.7% han portado un arma. Y se llegaron a la

conclusión que los estudiantes presentan con mayor frecuencia familias funcionales y el tipo de familia predominante es la familia nuclear, no existe relación entre el grado de funcionalidad familiar y el tipo de familia, y no existe relación del grado de funcionalidad familiar con el consumo de alcohol y drogas, mientras que si existe con el consumo de cigarrillo, con tener o no relaciones sexuales, con la violencia tanto extrapersonal como autoinflingida y con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

Se realizó una investigación comparativa en una muestra de Chile y México, realizada por Huitrón et al., (2011) titulada *Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: un estudio comparativo*, cuyo objetivo era determinar las principales conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos. Realizaron un estudio transversal, con una muestra de 1568 adolescentes entre 10 y 21 años de edad, (815) chilenos de la ciudad de Santiago y (753) fueron mexicanos de la ciudad de Toluca, y para recabar información se utilizó el cuestionario Escala de Conductas de Riesgo en Adolescentes (ECRA), auto - aplicado y la encuesta ¿Cómo es tu familia?; los resultados apuntan que los adolescentes chilenos y mexicanos la prevalencia de consumo de sustancias lícitas fue la siguientes: tabaco (57.5% y 38.7%); alcohol (64.3% y 54.1%) respectivamente. El tipo de familia que predomina es la biparental, siendo mayor esta forma de estructura en las familias de adolescentes mexicanos (78.9%) que en los chilenos (55.5%), y el riesgo de presentar relaciones sexuales a edades tempranas es 1.7 veces mayor en adolescentes provenientes de familias disfuncionales. Llegaron a la

conclusión que existe una alta prevalencia de factores y conductas de riesgo en adolescentes chilenos y mexicanos; y los adolescentes que provienen de familias percibidas como disfuncionales, tienen una alta probabilidad de desarrollar ciertas conductas de riesgo.

B. Nacionales

En una investigación realizada por Flores Y. (2017) titulada *Funcionamiento familiar y su relación de conductas de riesgos en salud en adolescentes de la institución educativa Juana Moreno Huánuco*, se basó en determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el desarrollo de conductas de riesgo en salud. Su estudio fue correlacional, su muestra estuvo conformada por 113 adolescentes. Para recabar la información utilizaron el cuestionario de características sociodemográficas, el test de funcionamiento familiar y un cuestionario de conductas de riesgos. En cuanto al análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi-cuadrada; se obtuvo como resultado que el 69.9% (79 adolescentes) presentaban un nivel medio de funcionamiento familiar mientras que el 48.7% (55 adolescentes) presentaron conductas de riesgo en salud. Por otro lado se halló una relación significativa entre el funcionamiento familiar y el desarrollo de conductas de riesgos en salud con $p \leq 0,033$.

En una investigación realizada por Molina y Quispe (2014) titulada *Relación entre funcionamiento familiar y conductas de riesgos en estudiantes del tercer al quinto grado de la institución educativa secundaria Adventista - Puno 2013*, siendo su objetivo determinar si la familia se constituye como influencia en la adopción de conductas de riesgo en los alumnos. El estudio

que realizaron fue de tipo explicativo y su diseño correlacional; se tomó como muestra a 195 estudiantes del tercer al quinto grado. Los instrumentos que utilizaron para la recolección de datos fue el cuestionario adaptado por Pérez de la Cuesta, Louro y Bayane, (1994) y el cuestionario elaborado por Smilkstein (1969) para evaluar la adopción de conductas de riesgo. Se usó la prueba estadística Chi-cuadrada. A los resultados que se llegaron fue que el 74% de estudiantes pertenecen a una familia funcional y el 26% a una familia disfuncional. En relación a la conducta de riesgo más predominante en los estudiantes es el consumo de alcohol con un 34.0%; el consumo de tabaco en un 28.0% y las relaciones coitales precoces en un 19.0%. Además, se evidencio la relación entre el funcionamiento familiar y la adopción de conductas de riesgo en los estudiantes.

En otro estudio realizado por Flores (2014) titulada *Funcionamiento familiar y su relación con las conductas de riesgos en adolescentes del nivel secundario, institución educativa Enrique Paillardelle Tacna-2013*, que tuvo como objetivo relacionar estas dos variables, siendo su investigación de tipo descriptivo correlacional transversal. Su muestra estaba compuesta por adolescentes de ambos sexos su rango de edad era de 12 a 20 años de edad. Los instrumentos que utilizaron fue el Test de funcionamiento familiar (FF-SIL) y Conductas de riesgos para correlacionar estas variables se hizo uso de la prueba estadística Chi cuadrado. Los resultados que encontraron fue que sí existía relación entre el Funcionamiento familiar y las conductas de riesgos

que abarca el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, drogas ilegales e inicio de relaciones sexuales.

En la investigación realizada en Puno por Málaga (2013) titulada *Relación entre funcionamiento familiar y conductas de riesgo en adolescentes de la Institución educativa secundaria comercio N° 45* que tuvo como objetivo determinar relación entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo de los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Comercio N° 45 de la ciudad de Puno. La muestra estuvo constituida por 330 estudiantes que cursaban el 3ro a 5to de secundaria, para la recolección de datos se utilizó la técnica de la comunicación a través de encuestas. El procesamiento de datos se hizo a través del paquete estadístico SPSS versión 15, el análisis de datos se realizó a través de la estadística descriptiva e inferencial. Siendo los resultados que los adolescentes, poseen un Funcionamiento Familiar mayoritariamente de tipo moderado a balanceado (57,3% y 37,6% respectivamente). Las conductas de riesgo en las que los adolescentes se involucran son: Conductas de riesgo sexuales (18,8%) adictivas: alcohol 40,6%; tabaco (26,6%), drogas (5,8); así mismo el 27,6% presentan depresión leve y el 31,8% presentan trastornos de la conducta alimentaria.

Estadísticamente se determinó a través del Chi cuadrada que no existe relación entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo: sexuales, depresivas, alimentarias, y si encontró relación menos que regular entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol y tabaco.

C. Locales

En cuanto a las investigaciones locales no se han encontrado muchas investigaciones, sin embargo hay investigaciones de funcionamiento familiar y otras variables relacionadas con las conductas de riesgo.

Quispe y Tturo (2016) realizó una investigación titulada *Inteligencia emocional y conductas sexuales de riesgo en adolescentes de 12 a 17 años I.E Juan Pablo Vizcardo y Guzmán Hunter*, se determinó la relación entre la inteligencia emocional con las conductas de riesgo. Se utilizó el método descriptivo, con diseño correlacional y corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 195 adolescentes. Así mismo para la recolección de datos se hizo uso del método de la encuesta, como técnica la entrevista individual y como instrumento el cuestionario; datos sociodemográficos de la muestra, escala de inteligencia emocional en los adolescentes y conductas sexuales de riesgo. Los resultados muestran que un 51.3% son de sexo masculino, un 34.4% tienen sus edades entre 14 a 15 años. La población más representativa es cuarto año con un 26.7% y un 64.1% viven con su padre y madre. En relación a la variable inteligencia emocional se muestra una capacidad promedio representado por un 62.6%, seguida de una capacidad emocional alta con un 33.3%. Así mismo en las conductas de riesgo el 20.5% de adolescentes tuvieron inicio precoz de relaciones sexuales; en la dimensión promiscuidad, el 11.3% tuvo relaciones con 2 o más parejas sexuales en los últimos seis meses; y en la dimensión uso de preservativos el 4.6% nunca ha usado preservativos, seguido del 6.2% que siempre usa preservativos en sus

relaciones sexuales. Se llegó a la conclusión que si existe significancia estadística entre las variables inteligencia emocional con las conductas de riesgo en las dimensiones inicio precoz de relaciones sexuales y promiscuidad.

En Arequipa Mamani y Pari (2015) realizaron un estudio titulado *Funcionamiento familiar y riesgo suicida en adolescentes de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Socabaya-Arequipa*, este estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el funcionamiento familiar y riesgo suicida de los adolescentes. Así mismo para la recolección de datos se utilizó una entrevista de datos generales, el segundo fue el cuestionario de funcionamiento familiar (El test de funcionamiento familiar FF-SIL) y el tercer cuestionario del nivel de Riesgo Suicida (IRSA). Estuvo compuesta por 223 estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión perteneciendo un 32.3% a la edad de 16 años, se evidencio un predominio del sexo masculino con un 51.1%, además de la convivencia con ambos padres con un 64.1%. Respecto al funcionamiento familiar la que predomina es la familia moderadamente funcional con un 51.6%; seguida de la familia disfuncional con un 29.1% y en un 19.3% por la familia funcional. En cuanto a la variable riesgo suicida un 95.1% presenta riesgo suicida parcial, pero hay que resaltar que el 4.9% de la población estudiada presenta riesgo inexistente. Se encontró además relación entre las variables funcionamiento familiar y riesgo suicida.

Así mismo en otra investigación realizada por Ochoa (2015) titulada *Relación entre el funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming Arequipa*. La muestra estuvo conformada por 468 adolescentes y se aplicó la prueba la prueba de Tau de Kendal a un 95% de confianza y el coeficiente de Correlación de Spearman con el apoyo de software EPI INFO versión. Se concluyó en cuanto a la variable de función familiar que un 25.6% son familias de tipo balanceada, en un 57.5% de rango medio y en 16.9% familias de tipo extrema. En relación a la depresión de los 468 adolescentes un 58.7% presentaron depresión entre leve y moderada. Se encontró que sí existe relación entre la función familiar y la depresión en adolescentes ($P < 0.05$ y un índice de Correlación de Spearman de 0.693).

2. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

A. Definición de la familia

a. Etimología

Etimológicamente el término de familia tiene varias concepciones, algunos autores consideran que deriva de sánscrito vama o fama que significa habitación, residencia, casa; otros señalan que proviene del latín fames que significa hambre o primera necesidad que se satisface en el hogar; luego famulus que significa siervo, esclavo o el que habita la casa, otros refieren que la palabra familia proviene del latín “familiae”, que significa grupo de siervos y esclavos, estas definiciones etimológicas tratan de decir que la familia es el primer grupo social que brinda

protección, en la cual cohabitan un grupo de personas por lo cual es el primer círculo de la vida del hombre y busca satisfacer las necesidades primarias.

b. Definiciones

Las definiciones de familia son diversas y varían de acuerdo al contexto sociocultural, enfoques, teorías y áreas de estudio, así mismo con el transcurrir de los años esto ha ido teniendo diferentes enfoques.

La OMS define familia como los integrantes del hogar vinculados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. Este grado de parentesco es utilizado para determinar los límites de la familia, dependerá de los usos a los que se destinan los datos y por lo tanto, no puede definirse con precisión en una escala mundial.

La familia es un sistema social natural, que puede ser estudiado en términos de su estructura, la familia es un sistema en la medida en que está constituida por una red de relaciones, es natural porque responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana, y tiene características propias, ya que no hay instancia social que hasta ahora haya logrado reemplazarlo como fuente de satisfacción de necesidades psicoactivas tempranas de todo ser humano. (Hernández, 1998, p. 26)

B. Composición de familia Según Minuchín

Según Minuchin y Fishman (2004) la configuraciones de familias mas comunes son:

- **Familias de pas de deux:** Estas familias están compuestas por dos personas, que conforman una diada y la relación que mantienen es recíproca y por ello se presenta una dependencia casi simbiótica.
- **Familias de tres generaciones:** Esta configuración de familia es considerada como la más común en todo el mundo, y está compuesta por madre, abuela e hijo que mantienen una íntima relación en la cual muchas veces la abuela suple el rol de la madre frente al niño, es importante que en la familia estén bien definidos sus roles, límites, funciones y al conocer su organización jerárquicas entre los subsistemas.
- **Familia con Soporte:** También considerada grande y nos es tan común como lo fue antaño; al haber muchos hijos, uno de los hijos adopta la responsabilidad y funciones de crianza de los demás niños, por lo cual es importante que estén definidas con claridad las responsabilidades por los padres y no sobrepasen su capacidad considerando su nivel de madurez, porque cuando las responsabilidades son demasiados, los niños parentales contraen síntomas y se ven reflejados dentro de la estructura familiar cuando son adolescentes, ya que a esa edad un niño necesita de protección y cariño de sus padres.

- **Familia Acordeón:** Uno de los progenitores permanecen alejados durante largo tiempo y el otro cónyuge que se queda asume funciones adicionales en el cuidado de los niños, a expensas de la colaboración entre los miembros de la familia de la pareja.
- **Las Familias Cambiantes:** Esta familia se caracteriza por el cambio constante de domicilio donde la familia queda aislada por lo que pierde su red de apoyo familiar y comunitario, aquí los niños deben ingresar a nuevos contextos y aprender otras costumbres y adaptarse a nuevos cambios, sino podría desarrollar disfuncionalidad dentro de la familia.
- **Familias Huéspedes:** En este tipo de familia es temporal y se da alojamiento a un niño dentro de la estructura familiar, los lazos padre - hijo (afectivos) que se crean entre los miembros de la familia son rotos cuando el niño tiene que mudarse o regresa con su familia de origen, por lo cual no se debe crear vínculos de apego hacia el niño, sin embargo la familia actúa como si fuera un miembro de esta configuración y al llegar la separación el niño puede producir síntomas.
- **Familias con Padrastros o Madrastras.** Cuando un parente adoptivo se integra a la unidad familiar, pasa por un proceso de integración, y este puede no entregarse a la nueva familia con un compromiso pleno, así mismo el niño tendrá que acomodarse tanto a su parente natural como al postizo, en esta nueva configuración familiar es normal que se presenten.
- **Familias con un Fantasma.** Se trata de una familia que ha sufrido la muerte de uno de sus cónyuges y se puede tropezar con problemas para

reasignar las tareas del miembro faltante, en ocasiones estas familias pueden vivir sus problemas como la consecuencia de un duelo incompleto no superado, y para que la familia avance se debe de ayudar en la creación de nuevas estructuras que proporcionen la reasignación de funciones.

- **Familias descontroladas:** Son familias en las que uno de sus miembros presenta síntomas en el área control y presenta la existencia de problemas se presentan en uno o varios entre determinados campos: la organización jerárquica de la familia, el tipo de problemas de control varía según el estadio de desarrollo de los miembros de la familia, las pautas de comunicación tienden a ser caótica.
- **Familias psicosomáticas:** Este tipo de familia funciona óptimamente cuando algún miembro de la familia está enfermo y presentan una excesiva insistencia en los cuidados tiernos, y las características que presenta esta familia es de sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia; y presentan incapacidad para resolver conflicto, enorme preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos.

C. Funciones de la Familia

Según Monroy (2002) la familia cumple distintas funciones dentro de la sociedad como son el cuidado, socialización, afecto, reproducción y status.

Cuidado: Esta función se basa en compensar las necesidades físicas de todos los integrantes de la familia siendo estas la alimentación, vestido, atención

médica entre otras. En un inicio se presentara en la pareja y posteriormente en los diferentes ciclos de la familia.

Socialización: La familia juega un papel primordial en la socialización del niño haciéndolo participe en la sociedad, desde que se le enseña un lenguaje siendo esta la que trasmite una cultura, normas socioculturales, tradiciones y costumbres, los conocimientos adquiridos y considerados importantes donde se desenvolverá. Siendo de este modo su primer ente socializador que después será compartida por la escuela, parientes, iglesia, guarderías y los diferentes entornos donde se desarrolla el niño.

Los valores brindados por los padres son esenciales en su desarrollo del niño siendo en el hogar donde aprenden que es lo bueno y malo aceptado o rechazado por su grupo social.

Afecto: La familia suple las carencias afectivas de sus miembros, porque el afecto fortalece la vida familiar. El valor afectivo de los padres hacia sus hijos es relevante en el desarrollo de los mismos.

Reproducción: Una función básica de la familia es proporcionar nuevos miembros a la sociedad mediante la reproducción. La reproducción planeada responsablemente permite a la familia cumplir de manera óptima los roles asignados.

Estatus: La familia socializa al niño dentro de una clase social y proyecta en él todas sus aspiraciones relevantes. Conferir estatus a un niño en inculcarles derechos y tradiciones.

D. Tipos de Familia

Familia nuclear: Es aquella que está conformada por ambos progenitores (padre, madre e hijos) que viven bajo el mismo techo. Conocida también como familia básica o elemental.

Este término “familia nuclear” ha sido usado desde el año 1947. Siendo esta una de las familias que más predomina en el mundo.

Familia extendida: En este tipo de familia conviven varias generaciones en un mismo hogar, se extiende más de dos generaciones como los abuelos, los padres, los tíos, los yernos, los hijos entre otros, basadas en los vínculos de sangre. En este tipo de familia se puede presentar ciertas dificultades por la falta de espacio dentro del interior del hogar y las jerarquías que se establecen dentro de esta.

Familia Monoparental: Este tipo de familia está compuesta por solo uno de los progenitores, madre o padre con uno o varios hijos como consecuencia de una separación, viudez y abandono de uno de los progenitores en el hogar. Uno de los casos más frecuentes de este tipo de familia es la madre abandonada con sus hijos

Familia reconstituida: Es la formación de nuevas parejas después de haber mantenido relaciones anteriores con o sin hijos. Se da el establecimiento de nuevos núcleos familiares, integrándose a la madre o al padre con sus hijos la nueva pareja con o sin hijos. En este tipo de familia los miembros afrontan nuevos roles y funciones.

D. Ciclo de vida familiar

Es un proceso continuo de evolución y desarrollo que vive la familia desde la constitución de la pareja hasta la muerte. Atraviesa las siguientes etapas según García y Estremero (2003).

Constitución de la pareja: Se inicia con la formación de una pareja. Este nuevo sistema estará compuesto por creencias, costumbres que son propias de sus familias de origen. En esta etapa ambos toman acuerdos para establecer su nueva identidad como familia; aceptando las diferencias y manteniendo sus individualidades. En esta etapa se da la consolidación de la unión emocional, social y sexual.

Nacimiento y crianza: La incorporación de un nuevo miembro a la familia hace que se presenten nuevos cambios en la pareja, desde la estructuración de una díada a una triada (padre madre e hijo). Se presentan nuevos roles y funciones (función materna y función paterna), la mujer en esta etapa tiene que cumplir el rol de madre y esposa.

Hijos en edad escolar: Esta es una etapa crucial en la evolución de la familia, es el primer desprendimiento del niño de su entorno familiar, el entorno social del niño se amplía e interactúa con nuevos amigos y maestros.

Adolescencia: Es una etapa donde se presentan grandes crisis para la mayoría de los adolescentes y las familias. Se producen cambios en los integrantes de la familia porque no saben afrontar de una manera adecuada los cambios que presentan los adolescentes a nivel físico, psicológico y social. El adolescente

empieza a ampliar sus relaciones con sus pares y presenta aislamiento de sus padres porque sienten que no los comprenden. La ausencia de límites en esta etapa hace que se sientan solos, desamparados y facilitan la aparición de conductas de riesgo (violencia, embarazos no deseados, drogas, etc.).

Salida de los hijos del hogar y casamiento: Esta etapa se caracteriza por la capacidad de la familia de origen para desprenderse de sus hijos. Los hijos empiezan una nueva etapa donde formaran su propia familia.

Etapa madura: La pareja se enfrentara a nuevos desafíos, se presentará el reencuentro entre ellos por la salida de los hijos del hogar y por la jubilación laboral. El fin de la etapa laboral es tomado como muchos como el inicio de una nueva etapa, cumplir metas que fueron postergadas durante la juventud, disfrutar de los nietos. Se adaptan a los nuevos roles que ahora con de abuela y abuelo.

Ancianidad: La pareja presentara cambios a nivel corporal (mayor fragilidad, enfermedades crónicas, etc.) y emocional (depresión, pensamientos respecto a la muerte). Se requiere en esta etapa el cuidado emocional, físico y económico de los padres. Las características de estos nuevos vínculos dependerán de como establecieron las relaciones a lo largo de la historia familiar.

E. Funcionamiento familiar

a. Concepto de Funcionamiento Familiar

Según De la cuesta, Pérez y Louro (1994). Es la dinámica relacional sistémica que se establece entre los miembros de una familia permitiendo que esta funcione positivamente y que es estimado mediante categorías diversas como la cohesión, la armonía, el rol, la permeabilidad, la afectividad, comunicación y adaptabilidad citado en (Losada, 2015).

Minuchin (1984) afirma que la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no depende de la ausencia de problemas dentro de ésta sino, por el contrario, de la respuesta que muestra frente a los problemas; de la manera cómo se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro.

Por lo tanto, la ausencia de crisis no optimiza el progreso al contrario, debe existir crisis para que exista el desarrollo, y como se maneja y se adapta a las circunstancias en el círculo familiar es lo que determina la funcionalidad en cada miembro de esta.

b. Dimensiones del funcionamiento familiar

Según Isabel Louro en el cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL, plantean 7 dimensiones que componen el funcionamiento familiar (cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad).

Cohesión: Es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y se caracteriza por la unión física y emocional que tiene la familia para enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones que se presentan en las tareas cotidianas. Cuando la cohesión es estrecha favorece la identificación física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto.

Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: Refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos. La adecuación o inadecuación de los patrones comunicativos familiares juega un rol principal en la funcionalidad o disfuncionalidad de la misma (Zaldívar, 2006).

La comunicación es elemento indispensable para identificar y resolver los problemas, así mismo para el adecuado cumplimiento de los roles dentro de la familia, se requiere de la comprensión mutua; esto quiere decir que los mensajes intercambiados sean claros, directos y suficientes y que los receptores estén en disposición y apertura para evitar distorsiones (Mendizábal y Anzures, 1999).

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

Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros, la familia es nuestra primera y gran escuela de afectividad, cientos de estudios muestran que la forma en que los padres tratan a sus hijos, ya sea con una disciplina dura, indiferencia o comprensión empática con cariño, tienden a tener consecuencias profundas y duraderas en la vida emocional y moral del hijo. La afectividad se ve influenciada por patrones de comportamientos y valores asignados por el rol de género y la dinámica interna de la familia.

Roles: Son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia, equivalen a lo que se espera que haga un individuo en determinado contexto. Para que el sistema familiar funcione se requiere que sean lo suficientemente complementarios, deben ser aceptados y actuados en común acuerdo, lo cual se da si cada miembro se ve a sí mismo como lo ven los demás y existe concordancia sobre lo que se espera de él (Mendizábal y Anzures, 1999).

Adaptabilidad: Se refiere en primer lugar a la flexibilidad o capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles, etc., ante la necesidad de tener que enfrentar o afrontar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que puede atravesar la misma en un momento dado. La ausencia de la flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, lo

que provoca un aferramiento a esquemas, normas, roles, actitudes que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución viable a la situación familiar problemática (Zaldívar, 2006).

F. Teorías del funcionamiento familiar

a. La Teoría General de Sistemas

El modelo sistémico en Psicología se ha incorporado a partir de principios y conceptos de diferentes niveles teóricos, la teoría general de sistemas se sustenta en principios que reúne una amplia serie de teorías; Bertalanffy se basó recuperando las contribuciones realizadas por Wiener a partir de la cibernetica, Shannon y Weaver desde la teoría de la información, Morgenstein con base en la teoría de los juegos, Cannon con la homeostasis a partir de la biología, por lo tanto la teoría general de sistemas busca la formulación y la derivación de aquellos principios que son válidos para cualquier sistema en general. Los principios son totalidad, interacción dinámica, equifinalidad, entropía negativa y regulación.

La familia se puede entender como un sistema en el cual todos sus miembros están interrelacionados y cada uno tiene su función, en modo tal que una acción realizada u omitida afecta a los demás. (Garibay, 2013)

Un sistema está conformado sobre todo por sus objetos o elementos, corrientes de entradas y salidas, así como por subsistemas, las funciones de todo sistema se clasifican en cinco; la *producción*, transformar la energía que ingresa al sistema; la función de *apoyo*, busca proveer la

satisfacción de las necesidad; la función de *mantenimiento* se ocupa de mantener la organización y la permanencia de sus elementos dentro del sistema; la función de *adaptación* se encarga de realizar los cambios necesarios para la supervivencia del sistema en un medio cambiante; y por último la función de *dirección* coordina todos sus elementos y actividades para tomar decisiones y elegir así la dirección que debe de tomar el sistema. Las familias son sistemas multi-individuales de extrema complejidad, pero a su vez subsistemas de unidades más vastas: la familia extensa, el vecindario, la sociedad como un todo. La interacción con estos holones más vastos engendra buena parte de los problemas y tareas de la familia, así como de sus sistemas de apoyo. Además, las familias tienen subsistemas diferenciados, cada individuo es un subsistema (Minuchin y Fishman, 1997, p. 29,30).

b. Teoría Estructural del funcionamiento familiar Minuchin

El modelo estructural se define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia". (Minuchin y Charles, 2004)

Minuchin y Charles (2004) la estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de su entorno y creando un sentimiento de identidad en sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder adaptarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la

familia, con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de individuación.

La estructura familiar es el conjunto invisible de las demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. A sí mismo es un sistema que opera a través de pautas transaccionales y estas regulan la conducta de los miembros de la familia que son mantenidas por dos sistemas de coacción el primero es *genérico* e implica reglas generales universales que gobiernan la organización familiar en la que debe de existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles; y el segundo sistema de coacción es *idiosincrásico* implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de las familias.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, y cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas, los principales subsistemas es el subsistema conyugal, el subsistema parental y el subsistema fraternal o de hermanos, también existen otros subsistemas según roles, sexo, edad, etc., estos subsistemas no son absolutos, porque se superponen y entran en funcionamiento según el momento familiar con sus roles, funciones y tareas específicas. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben de ser claros, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

La claridad de los límites en el interior de la familia constituyen un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento, por lo que existen las familias aglutinadas (límites difusos) en la cual algunas familias se vuelcan a desarrollar sus propios microcosmos, con un incremento de comunicación y de preocupación entre los miembros de la familia; también están las familias desligadas (límites inadecuadamente rígidos) en la cual se desarrollan con límites rígidos y la comunicación en los subsistemas es rígido, y las funciones protectoras de la familia se ven perjudicadas; así mismo en las familias aglutinadas existe gran apoyo mutuo y la afectación de un miembro del sistema afecta a todo el sistema, mientras que en las familias desligadas predomina la independencia.

Un sistema funcional se organiza de una forma jerárquica, el poder es la capacidad de influencia que tiene un individuo determinado para controlar la conducta de otro y debe ser empleado por quien tiene la posición de autoridad, pero en ocasiones un miembro de la familia puede tener el poder pero no la autoridad. La interacción del sistema familiar se define quien o quienes son los miembros que participan (límites), con o contra quien (alineamientos) y la energía que motiva y activa el sistema para llevar a cabo la acción (poder).

c. **Modelo de interacción familiar**

La familia es como un iceberg, de arriba se observa como perfecta y la parte de abajo podría estar llena de conflictos problemas internos, así mismo refiere que la familia se concibe como un microcosmo que se

puede estudiar en situaciones críticas de la familia como: situaciones de búsqueda del poder, la intimidad, la autonomía, la confianza y la habilidad para comunicación son partes vitales que fundamentan nuestra forma de vivir en el mundo según (Satir 1988, citado en López, 2014).

Dicho autor, considera que la interrelación de la salud familiar depende de la habilidad de la familia para entender los sentimientos, la comunicación y ayudar a satisfacer las necesidades en el medio familiar y si se logra la familia avanzará positivamente sino tendrán dificultades en avanzar.

Su teoría se basa en cuatro aspectos fundamentales: Los sentimientos e ideas que el individuo tiene de sí mismo, a los que llamó *autoestima*, los métodos que utilizan las personas para expresar las ideas a los demás, a esto lo llamó *comunicación* y *las reglas* que usan los individuos para normar cómo deben sentirse y actuar; y que después se convierten en lo que denomino reglas que rigen en la vida familiar, si estos aspectos son manejados adecuadamente en el sistema familiar tendrá como resultado un buen enlace con la sociedad ya que los miembros de la familia se llevarán bien con su medio cercano, la sociedad y el medio familiar crecerá como familia; sino tendrán dificultades y puede aparecer o empezar dificultades o problemas a nivel personal o grupal.

d. Enfoque ecológico

La teoría de Bronfenbrenner (1987) comprende la relación entre el individuo activo y el ambiente, entendiendo éste como entornos que

rodean a la persona y que son cuatro estructuras o niveles interrelacionados: el microsistema, el mesosistema, exosistema macrosistema.

El microsistema es un esquema de relaciones interpersonales que engloba el contexto de los padres, la familia, los amigos, la escuela, el vecindario, los grupos religiosos, los juegos y todos los lugares donde se desenvuelve el niño.

El mesosistema establece los vínculos o relaciones entre los microsistemas. Como se da en los niños que se desarrollan en diferentes entornos tales como las relaciones dentro del hogar, la escuela y los amigos.

El exosistema engloba a uno o más entornos donde la persona no actúa de una manera activa sin embargo es ahí donde se realizan acciones que repercuten en el individuo en desarrollo. En el caso un niño tomaría este papel el lugar de trabajo de sus padres el círculo de amigos de sus padres.

El macrosistema abarca las correspondencias en forma y contenido de los sistemas de menor grado el microsistema, mesosistema y exosistema que se podría presentar en la subcultura o la cultura en general.

G. Tipos de funcionamiento familiar

a. Familia funcional

Familia Funcional es la dinámica relacional interactiva y sistemática que se da entre los miembros de una familia es óptima en las dimensiones:

cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

Un funcionamiento familiar saludable, es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados. (Zaldívar ,2006)

Familia funcional es aquella que desempeña adecuadamente las funciones básicas de esta y satisface las necesidades individuales y colectivas de sus integrantes. Un sistema familiar equilibrado y bien estructurado favorece la realización y logro de las funciones de todos sus miembros. Se trata de un grupo, un todo coherente en el que los distintos elementos que lo componen interactúan, son interdependientes entre sí y, por lo tanto están articulados, puede crecer desde el interior y constituyen una unidad (Cervera, 2014).

La funcionalidad en el entorno familiar se da cuando se establecen límites claros; cada uno de los miembros desempeña sus roles y cumple con las normas y reglas establecidas dentro de la familia. (Pillcorema, 2013)

Ante lo expuesto se puede definir el funcionamiento familiar es aquella donde las relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica, posibilitando a la familia a cumplir exitosamente con los objetivos y funciones.

b. Familia disfuncional

En la familia disfuncional se presentan sentimientos de sobreprotección hacia sus hijos, los límites son rígidos y muy débiles, las normas y reglas

son confusas y encubiertas o a su vez flexibles, por lo tanto predomina en ellos la incapacidad para resolver conflictos, ante los demás muestran aparente felicidad y la comunicación no se da de una manera clara por lo cual se presenta alteraciones y problemas (Pillcorema, 2013).

La disfuncionalidad dentro del entorno familiar se presenta como una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades de cada uno de los miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, se invierte la jerarquía, es por ello que las relaciones entre sus miembros se hace deficiente repercute además en el desarrollo psicosocial, su adaptación y resolución de conflictos. (Paladines y Quinde, 2010)

Ante lo expuesto anteriormente se puede indicar que una familia disfuncional es aquella donde los miembros que la componen no cumplen con sus roles lo que dificulta el funcionamiento de la familia además que presentan normas y reglas rígidas lo que repercute en el desarrollo de cada uno de los miembros, esto no les permite adaptarse o enfrentar nuevos cambios durante el ciclo familiar.

La funcionalidad y la disfuncionalidad son dos extremos que una familia puede presentar: primero, la funcionalidad hace referencia a aquellas familias que tienen los límites claros; éstos se manifiestan cuando cada integrante cumple con las normas y reglas establecidas; segundo, en las familias disfuncionales ocurre todo lo contrario, dificultad para resolver conflictos, un

resquebrajamiento de normas, límites y se suspende la organización jerárquica. (Pillcorema, 2013)

H. Familia y adolescencia

La familia es la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización, proporciona el medio para la crianza de los hijos, y determina las respuestas de sus integrantes entre sí hacia la sociedad.

Cuando los hijos llegan a la adolescencia los problemas familiares pueden centrarse en la diferenciación de roles y en asuntos relacionados con la separación y en muchos casos les parece difícil a los padres desligarse de los hijos y establecer un nuevo equilibrio en el sistema conyugal. Las dificultades en la relación padres-hijos, pueden ocurrir principalmente alrededor de tres áreas: la autoridad, la sexualidad y los valores.

La interacción entre el adolescente y sus padres frecuentemente se caracteriza por una pobre comunicación y una expresión afectiva negativa, que resultan en un manejo inadecuado de los recursos para el control de la conducta.

Desgraciadamente muchos padres se muestran reticentes a dejar su rol protector y a permitir al adolescente adquirir autonomía por medio de la libertad y la responsabilidad, lo cual se convierte en un campo de conflicto, donde el adolescente se enfrenta de manera desorganizada y en muchas ocasiones autodestructiva a un autoritarismo. Como los padres evaden la confrontación directa, facilitan la expresión afectiva de rebeldía y desacuerdo en el adolescente por medio de conductas. La pobre habilidad de los padres para manejar la crianza en esta etapa al parecer se relaciona con un ambiente

adulto que se muestra indiferente o/y hostil a las necesidades del adolescente.

Dentro de esta atmósfera, los jóvenes muestran un mayor deseo de escapar o actuar violentamente con su entorno y rechazo a los valores de los padres. Lo anterior provoca un mayor enojo y hostilidad en los padres, que empeora aún más la situación. En contraste, los padres que manejan adecuadamente la relación se caracterizan por mantener una comunicación directa y honesta, el interés franco por ayudar a resolver problemas, y el deseo de mantener un contacto emocional cercano; los adolescentes en este medio familiar son respetados en su espacio, privacidad y en los intereses que persiguen.
(Mendizábal y Anzures, 1999)

Musitu et al., (1988) refiere que una de las principales necesidades que se presentan durante la adolescencia es el desarrollo de la identidad. El adolescente busca una imagen que no conoce en un mundo que apenas comprende, con un cuerpo que está descubriendo. Durante esta etapa de la vida, la red de apoyo se amplía y posibilita que la persona obtenga estima y aceptación de otras personas que configuran relaciones sociales ajenas a su círculo familiar. Sin embargo, esta aventura social no siempre es placentera y a menudo viene salpicada de frustraciones o conductas no adaptativas delincuencia, comportamiento agresivo, abuso en el consumo de drogas, etc. Además, esta búsqueda del adolescente de nuevos contextos sociales en los que desarrollarse tiene que ver también con el incremento de los conflictos en su círculo familiar. La nueva composición de la red social del adolescente provoca que la comunicación padres y adolescentes decrezca y, como

consecuencia, que se experimente con nuevos patrones de interacción con el objeto de lograr un mejor funcionamiento familiar. En este sentido, las deficiencias comunicativas padres e hijos se han relacionado con baja autoestima, pobre ajuste escolar o menores niveles de bienestar (Citado en Flores, 2013).

La disfunción familiar es un factor importante que condiciona la aparición de problemas socioculturales y de salud del adolescente, como fármaco-dependencia embarazo, infecciones de transmisión sexual, deserción escolar, depresión y suicidio (Hernández, 2016).

I. La familia peruana

Las familias en el Perú según las estadísticas, el INEI en 2016 se inscribieron 94 mil 100 matrimonios a nivel nacional, según información proporcionada por el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil - RENIEC, así mismo se aprecia que el mayor número de matrimonios se celebraron en Lima (39 mil 540), le siguen Arequipa (5 mil 438) y los demás departamentos (INEI, 2018).

A si mismo de acuerdo con el SDD, Perú es el segundo país (después de Colombia) donde la convivencia es más popular, con un 25% de los adultos conviviendo. Estimaciones del estado civil a partir de ENAHO permiten comprobar que la cohabitación o convivencia ha crecido sostenidamente desde el 2004 (19%) hasta el 2010 (22%). En el caso de Perú y de otros países andinos, amazónicos y con población rural, se puede afirmar que la cohabitación tiene una raigambre cultural. Así mismo la inestabilidad familiar

también afecta nuestro país y se observa un número decreciente de matrimonios, aumento de la convivencia y de los hogares monoparentales; entre veintinueve países, el Perú ocupa el penúltimo puesto en el número de matrimonios celebrados, con sólo 2.8 nupcias por cada mil habitantes. De acuerdo con datos del INEI, había una tendencia creciente en los matrimonios registrados hasta el 2008, sin embargo ésta descendió considerablemente a partir del 2009.

Los divorcios, no refleja por completo la fotografía de la inestabilidad familiar, pues a éste porcentaje (0.32%) habría que añadirle el porcentaje de aquellos que se declaran “separados” porque han interrumpido su unión conyugal (matrimonio o convivencia) y que alcanza a seis de cada cien adultos. En el caso de Perú, la maternidad en soltería, o de niños que nacen fuera del matrimonio (2008-2009) alcanza cifras alarmantes (69%) y nos colocan nuevamente en el segundo puesto de esta problemática. Esto origina que el 21 % de los niños peruanos menores de 14 años crezca solamente con uno de sus padres (hogares monoparentales) y que el 6% lo haga sin ninguno de ellos. Respecto a la tasa global de fecundidad (TGF: número de hijos por mujer), nuestro país todavía mantiene un índice superior (2.6) al nivel de remplazo generacional (2.1), pero se observa un decrecimiento acelerado, que según estimaciones del INEI, nos colocaría al límite del remplazo, para el año 2019.

La familia y el matrimonio continúan siendo instituciones valiosas para la mayoría de los peruanos según una encuesta aplicada por el World Values

Survey (WVS) en el 2008, cuyos resultados también recoge el informe SDD.

El 93% de los peruanos cree que un niño necesita de un padre y una madre “para crecer feliz”, cifra muy superior al promedio mundial (84%) que está de acuerdo con este planteamiento.

3. CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES

La influencia de las conductas de riesgo a un nivel individual según Gómez de Giraudo (s.f) se presenta por una serie de factores:

- Los personales: Su historia personal, modos de resolver situaciones de conflicto, la utilización de determinados mecanismos habituales de defensa en situaciones desestabilizadoras de su identidad.
- Los precipitantes: La capacidad de afrontamiento con que se maneja, el grado de capacidad y flexibilidad cognitiva para la resolución de problemas
- Los de contexto: Las redes de apoyo, la capacidad de diferenciar lo real de lo imaginario y procesar la información de manera coherente.

La interacción de todos estos aspectos va a determinar la particular manera que cada adolescente resolverá qué grado de riesgos asumirá en sus respuestas adaptativas.

Así mismo, toda acción humana se ve influida por factores sociales tales como la familia, el grupo de pares, el papel de los medios de comunicación, las normas y los valores del contexto sociocultural en el que se vive. Los modelos parentales desempeñan un papel trascendental, las redes de apoyo afectivo y la aceptación del entorno generan una menor vulnerabilidad a presentar depresión, al consumo

de alcohol, iniciación sexual temprana; sin embargo la disfunción familiar es un factor importante que condiciona la aparición de problemas socioculturales y de salud del adolescente, como fármaco dependencia, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, depresión, suicidio. (Hernández, 2016)

El grupo de pares juega un importante efecto sobre los comportamientos de riesgo, es el que incita y facilita la adquisición de conductas de riesgo, de igual manera los medios de comunicación especialmente la televisión repercute en la conducta del adolescente.

Entonces podemos definir las conductas de riesgo como las actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura. El adolescente sin experiencia, o con ésta de forma muy limitada, se compromete en conductas destructivas, sin conocer los riesgos a corto y largo plazo. (Orbegoso, 2013)

En la etapa de la adolescencia se presentan diferentes cambios, psicológicos, físicos y sociales; así mismo buscan una mayor autonomía, e independencia de los padres y el entorno familiar, por lo que se presenta distanciamiento en sus relaciones familiares, donde el círculo de pares es más importante e influyente en las conductas de los adolescentes por lo que puede llevar a la adopción de conductas de riesgo, entendidas como aquellas que son potencialmente dañinas o nocivas para su salud física y mental, como puede ser el consumo excesivo de alcohol o tabaco; abuso de drogas ilegales, como marihuana, cocaína y otras; la

conducta sexual temprana o muy activa; depresión que en ocasiones conduce al suicidio; el aislamiento, incomunicación o desánimo, etc.

A nivel mundial se presenta riesgos a nivel socio-conductuales de la salud en los adolescentes en países desarrollados y como aquellos en vías de desarrollo. Tomando como indicadores: la prevalencia de tabaquismo, de alcoholismo, morbilidad por accidentes relacionados con el medio laboral, morbilidad por accidentes de tránsito y por intentos suicidas, tasa de abortos en menores de 20 años, proporción de embarazos en menores de 20 años, tasa de mortalidad general, tasa de mortalidad por accidentes, tasa de mortalidad por suicidio, proporción de adolescentes satisfechos con los servicios de salud, porcentaje de adolescentes que a los 18 años conservan todos sus dientes, tasa de incidencias de las infecciones de transmisión sexual (Rosabal, Romero, Gaquín y Hernández, 2015).

En el Perú se han realizado pocos estudios sobre las conductas de riesgos; en un estudio longitudinal realizado por (Alcázar y otros, 2011) tomaron cuatro conductas de riesgo que son: el consumo de cigarrillo, alcohol y drogas, y sexo sin protección. Donde se vio una alta incidencia en estas conductas, la iniciación temprana en las relaciones sexuales y sin protección, el consumo de alcohol y drogas que están determinadas por muchos factores tales como las características de cada joven, el tipo de hogar, la relación con sus padres y amigos. Por lo que la familia juega un rol importante de apoyo o facilitador en la adquisición de estas conductas de riesgo, así mismo si en la familia hay un descuido, poca atención, el distanciamiento emocional de los padres, así como también la herencia o genética

(familiares alcohólicos o con enfermedades mentales), estos factores aumentan la probabilidad en la adquisición de las mismas.

Es importante por ello hacer prevención para evitar daño y el deterioro en los jóvenes de hoy en día, estas conductas repercuten en su día a día en actividades familiares, laborales y sociales que pueden persistir como problemas iniciales o de permanecer siendo crónica.

En el Perú el MINSA elaboró un Documento Técnico: *Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú en el 2017*, cuyo objetivo era contribuir a direccionar las intervenciones relacionadas con la salud de los adolescentes y jóvenes desde el sector Salud; el cual nos informa que el Perú se encuentra en un proceso de transición demográfica, con una reducción de sus tasas de natalidad y un incremento de la esperanza de vida al nacer. Según el INEI, en 2015, la población de 10 a 19 años constitúa el 18.6% de la población peruana, y será 17.4% en 2021.

La prevalencia de vida de consumo de alcohol y tabaco, entre los escolares de secundaria, de las ciudades de 30 mil y más habitantes, en el 2012 era de 37.2% y 22.3%, con un promedio de inicio de consumo de 13.3 años. La prevalencia de consumo es mayor en hombres que en mujeres. En cuanto al estado nutricional en el 2010, los adolescentes se reportó que el 19.8% de escolares de secundaria (20.9% de hombres y 18.6% de mujeres) tenían sobrepeso y 3.0% (3.3% de hombres y 2.6% de mujeres) obesidad.

Salud mental en los adolescentes, de acuerdo a los estudios del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) realizados en el período del 2003 al 2012, la prevalencia

de tendencias psicopáticas (venta de objetos robados, mentiras frecuentes, actos delictivos y abandono de la escuela) es elevada entre los adolescentes del país, 37.0% en promedio en el país, así mismo según la encuesta de Salud Escolar de 2010, el planeamiento suicida, en la población escolar de secundaria, llegaba al 15.3%. En 2015, y el porcentaje de adolescentes víctimas de violencia física o psicológica, era de 73.8%.

En cuanto a la sexualidad, los adolescentes en el 2010, el 19.7% de los estudiantes de secundaria refirieron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida y el 46.7% tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años, varones (28.3%) y mujeres (11.1%), así mismo el embarazo adolescente es el doble en el área rural en relación al área urbana, y en cuanto a los casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) registrada en la consulta externa del MINSA en 2015 a adolescentes de 12 a 18 años de edad fue del 0.9%, el 90.2% de ellas están con diagnóstico de “Infecciones de transmisión sexual no especificada”.

Cabe destacar los importantes cambios físicos, psicológicos y sociales que pasa el adolescente siendo este un periodo crucial en la que se presentan particularmente las conductas de riesgos; que son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas.

Como se explicó las conductas de riesgo han sido abordadas por diferentes investigadores, estos comportamientos son numerosos entre los que podemos destacar son el consumo de sustancias adictivas (alcohol, tabaco, y drogas ilegales), las relaciones sexuales precoces sin protección, depresión que puede

conllevar a intentos de suicidio, trastornos de la alimentación, violencia, violencia escolar, conductas de inseguridad vial y de tránsito, comportamientos violentos y antisociales.

Abordaremos como conductas de riesgo la conducta sexual, el consumo de alcohol o drogas y la depresión porque son prácticas y comportamientos que presentan una alta morbilidad crítica, enfermedades, discapacidades y defunciones inmediatas en algunos casos; o como se presenta el caso de tabaquismo y el alcoholismo, conforman a largo plazo un estilo de vida que trae como consecuencia enfermedades y muerte temprana en adultos.

Para el presente estudio consideraremos: las conductas sexuales, consumo de alcohol o drogas, conductas depresivas, porque son las más prevalentes en nuestro país como se explicó en el informe del MINSA.

A continuación, explicaremos cada una de ellas.

A. Conductas depresivas

Según la OMS (2012) la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Esto puede afectar en sus diferentes actividades de su vida cotidiana, en su forma más grave, puede conducir al suicidio.

En los últimos años se evidencia un alto incremento de personas que presentan problemas en el ámbito de la salud mental registrándose una alta prevalencia de la depresión y ansiedad.

La Organización Mundial de la Salud ha categorizado la depresión entre los diagnósticos clínicos más discapacitantes, y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo.

En los adolescentes la depresión es la tercera causa principal de morbilidad y discapacidad y el suicidio es la tercera causa de defunción entre los adolescentes entre 15 y 19 años. La violencia, la pobreza, la humillación y el sentimiento de desvalorización pueden aumentar el riesgo de padecer problemas de salud mental. (OMS, 2018)

Durante el análisis situacional del suicidio a nivel mundial, se dieron a conocer cifras preocupantes como que la tasa de suicidio por 100,000 habitantes es de 15,1 (basado en datos de 53 países del mundo). Hay un millón de víctimas al año y se estima que para el 2020 llegarán a 1,5 millones de víctimas. (OMS, 2012)

Mientras que, en el Perú, el 19.5% de estudiantes consideró suicidarse los últimos 12 meses, de acuerdo a la Encuesta Global de Salud Escolar (MINSA, 2010).

La depresión es una enfermedad que no solo se presenta en personas adultas, esta también se manifiesta en niños con un menor porcentaje al igual que en adolescentes que manifiestan sentimientos tristeza, aislamiento, perdida de interés, falta de concentración esto repercute en su diario vivir tanto en la familia, como en la escuela. Si estos síntomas perduran a lo largo de tiempo puede desencadenar en un suicidio o desviar la conducta del adolescente al consumo del alcohol, drogas que de un modo u otro lo hagan sentir bien por

un momento, pero a largo plazo presente hospitalizaciones psiquiátricas y clínicas.

El padecimiento de trastornos de salud mental en los adolescentes puede tener efectos significativos en la salud general y el desarrollo del adolescente, tiende a ir asociado a diversos problemas de salud y sociales, como el consumo más elevado de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas, el embarazo adolescente, el abandono escolar y la iniciación de conductas delictivas. Es por ello que la etapa de la niñez y la adolescencia son primordiales para el óptimo desarrollo de una buena salud mental en la adultez. Son en estas etapas claves brindarles la formación adecuada para afrontar diversos problemas, tener las habilidades sociales adecuadas y brindarle la autoconfianza por parte de los padres esto ayuda a prevenir las diferentes conductas de riesgo.

Es por ello que en esta etapa crucial la familia sea fuente de apoyo y protección actúe en el momento adecuado y evitar que el adolescente se oriente a conductas depresivas que pueden conllevar a otras conductas de riesgo como es el consumo de alcohol, drogas, iniciación sexual promiscuidad, trastornos alimenticios entre otros.

B. Conductas de consumo de alcohol o drogas

OMS (2018) el alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencias, se ha usado grandemente en muchas culturas durante varios siglos, el consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales,

incluido el alcoholismo, enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, así mismo algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito.

Se define la droga como toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración produce una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central y es susceptible de generar dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

El consumo de alcohol en los adolescentes es motivo de constantes preocupaciones en la sociedad actual, pues es precisamente en este momento de la vida en la que las continuas presiones del medio, junto con las crisis "psicológicas" propias de la edad, hacen del adolescente un ser expuesto y vulnerable. Esta preocupación se incrementa al constatar que el alcohol es la puerta de entrada para iniciar el consumo de otras Psicoactivas. (Flores L., 2014)

Lázaro (2011) revisó varias investigaciones acerca de las causas que les lleva a consumirlo y los motivos de no consumo de alcohol en adolescentes, llegando a las siguientes conclusiones como lo muestra en la tabla.

Tabla 1: Motivos de consumo de alcohol en adolescentes

AUTOR	AÑO	CAUSAS CONSUMO	CAUSAS NO CONSUMO
<i>Salcedo y cols</i>	1995	Curiosidad 55.1%	No les gusta 66.8% No les dejan sus padres 18% Les da miedo 15.1%
<i>Alonso y Sanz</i>	1996	Desinhibición 23.3% Por placer 10.4%	
<i>Campins y Cols</i>	1996	Una sensación nueva 33% Para pasar el rato 30.1% Por ser novedoso 20,1%	

<i>Lora y Cols</i>	1996	Por diversión 39.9% Por imitación 8.8%	
<i>Jiménez y Cols</i>	1997	Les gusta 38.8% Olvidar problemas 5.1% Por amistad 2.8% Por aprender 1.2%	Porque no les gusta 23% Perjudica la salud 18.9% Es una tontería 16.2%
<i>Valero y Sáenz</i>	1998	Porque les gusta 49.2% Lo consideran normal 38.1%	
<i>Espada y Cols</i>	2000	Pasárselo bien 44.3% Para desinhibirse 5.7% Para ligar 3.5%	Es malo para la salud 39.1% No les gusta 25.3% No perder el control 24.2 % No les dejan sus padres 8.7%
<i>López y Cols</i>	2001	Para celebrar algo 64.2% Por curiosidad 26.3%	
<i>Meseguer Liza</i>	2008	Por diversión 43.6% Estar más feliz 31% Beben los amigos 14%	Malo para la salud 74.7 % Perjudica condición física 49% Prohibición padres 19.9%

Nota. Fuente: Lázaro, C. (2011). Hábito de consumo de alcohol y su relación con la condición física saludable en adolescencia de la región Universidad de Murcia, Murcia.

Se puede concluir que según las investigaciones mencionadas los motivos o causas generales por lo que los adolescentes consumen alcohol es por curiosidad, experimentar una sensación nueva, por diversión, porque le gusta, para pasarlo bien con sus amigos, y divertirse.

El documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú - MINSA elaborado por (Gonzales, 2017), en la que se encuentra tasas de prevalencia de consumo de alcohol, entre 2010 y 2015, en el área urbana, la prevalencia de vida de consumo de alcohol, en población de 12 a 18 años, ha disminuido de 62.7% a 59.7%, y en población de 19 a 24 años de 92.7 a 87.3%. La prevalencia de vida es mayor entre adolescentes de las áreas urbanas (62.2% en promedio) que entre los de las áreas rurales (51.3% en promedio). Es también mayor en hombres (60.9%) que en mujeres (50.2%). La edad promedio de inicio de consumo de alcohol era de 12.6 años.

A si mismo según los datos del MINSA los estudiantes de secundaria, la prevalencia de vida de consumo de alcohol es mayor entre los hombres que entre las mujeres (91.4% y 83.0%, respectivamente).

El uso de las drogas y el alcohol está asociado con una variedad de consecuencias negativas, que incluyen el aumento en el riesgo del uso serio de drogas en la vida adulta, el fracaso escolar, el mal juicio que puede exponer a los adolescentes al riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas y arriesgadas y el suicidio.

La familia constituye el principal entorno para el inicio del consumo de alcohol, para los escolares de secundaria, mientras que los amigos del barrio lo son para el tabaco y la marihuana, y los compañeros de estudio para el consumo de otras drogas ilegales.

C. Conductas sexuales de riesgo

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2006, la sexualidad se define como un aspecto central del ser humano que se presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, actitudes, valores, conductas y relaciones interpersonales.

Según la OMS (2018) 16 millones de muchachas de edades que oscilan entre 15 y 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a la luz cada año una gran mayoría en países de bajos ingresos económicos.

Durante la adolescencia los jóvenes experimentan conductas novedosas que pueden poner en peligro la salud, porque en esta etapa según Musitu y Cava (2003) citado en Carratalá (2013) el adolescente se enfrenta a la búsqueda de su identidad, a la consolidación del pensamiento abstracto, al desarrollo de un sistema de valores propio, a la vez que busca la independencia del contexto familiar y da más importancia al grupo de iguales. Y en este grupo de iguales según Jessor (1993), las conductas sexuales de riesgo vienen determinadas por la percepción que tiene el joven sobre lo que hace su grupo de iguales, o lo que cree que se espera que haga.

Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes pueden estar relacionadas con variables de tipo cognitivo, variables culturales, variables sociales, así como otras variables de tipo conductual (DiClemente Crosby, y Wingood, 2002). Entre las variables más relacionadas con las prácticas sexuales de riesgo destaca el nivel de información sobre las conductas de riesgo y sobre los métodos de protección (Macchi, Benítez, Corvalán, Núñez, y Ortigoza, 2008). El consumo de sustancias y la actividad sexual también es un indicador claro de realizar conductas sexuales de riesgo. Rodríguez et al., (2007) diversos estudios afirman que cuando los adolescentes consumen moderadamente alcohol facilitan los encuentros sexuales. Sin embargo, el consumo elevado de drogas se relaciona con la despreocupación por los riesgos sexuales, y concretamente con la pérdida de sensibilidad sexual principalmente en el sexo masculino, lo que justifica el no uso de preservativo (Citado en Carratalá, 2013).

En un estudio realizado en cuatro países Bolivia, Ecuador, Nicaragua y Perú en relación al inicio de las relaciones sexuales que se produce de manera precoz. Se llegaron a los siguientes resultados en Bolivia se da el inicio entre los 13 y 15 años, en Nicaragua se inicia a una edad más temprana los 12 y 15 años, Ecuador es el país donde se inician a una edad más tardía que es entre los 15 y 20 años y en el Perú la iniciación es más temprana las edades oscilan entre los 12 y 16 años. (Organización Panamericana de la Salud, 2010)

En la población peruana se evidencia que las adolescentes han tenido su primera relación sexual antes de cumplir los 18 años de edad, creciendo esta tasa cada año. (ENDES, 2009)

4. ADOLESCENCIA

A. Definiciones

El término latín adolescere, del que se deriva el de adolescencia, señala este carácter de cambio: adolescere significa “crecer”, “madurar”. Existen muchas definiciones de adolescencia por lo que tomaremos solo algunos autores.

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano única y decisiva, caracterizada por un desarrollo cerebral y un crecimiento físico rápidos, un aumento de la capacidad cognitiva, el inicio de la pubertad y de la conciencia sexual, y la aparición de nuevas habilidades, capacidades y aptitudes.

UNICEF (2017)

Según Papalia, Duskin y Martorell (2012) “La adolescencia es una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y

sociales, y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos” (p. 354).

“La adolescencia es un periodo vital de cada persona en el que, durante el tránsito de la infancia a la edad adulta, se producen cambios importantes en el crecimiento, maduración y desarrollo en el contexto socio familiar de cada individuo” (Redondo, Galdo y García, 2008, p.3).

Según Organización Panamericana de la Salud (1992), La adolescencia es un período de transición especialmente crítico e intenso en el ciclo vital familiar, 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 (p.14).

B. Etapas de la adolescencia

Según Micucci (2005) define las etapas de la adolescencia en las siguientes etapas:

Primera adolescencia temprana (entre los 11 y 13 años)

- Adaptación a los cambios de la pubertad
- Aprendizaje de nuevas capacidades cognitivas
- Consolidación de un lugar propio dentro del grupo de pares
- Manejo de las expectativas relacionadas con el género

Adolescencia media (entre los 14 y 16 años)

- Manejo de la sexualidad
- Toma de decisiones morales
- Desarrollo de nuevas relaciones con los pares

- Equilibrio entre la autonomía y la responsabilidad ante los demás

Última adolescencia (entre los 17 y 19 años)

- Consolidación de la identidad
- Experimentación de la identidad
- Partida de la casa paterna

A continuación, se detallará sobre los estadios de la adolescencia

Primera adolescencia

En esta primera etapa se presentan los cambios físicos relacionados con la pubertad como se da el crecimiento de los pechos en las mujeres y el vello facial en los hombres. En relación al humor que presenta los adolescentes en esta primera etapa se da una manera más intensa y cambia con mayor frecuencia a diferencia de un adulto. El contexto social en que se desarrolla es más importante que los cambios físicos que presenta.

Al comienzo de la pubertad, es común que los adolescentes y sus padres experimenten un distanciamiento cada vez mayor en su relación se da un alejamiento mutuo. El adolescente prefiere tener más privacidad y los padres dan un paso atrás porque creen necesario darle “espacio”.

Además de presentar estos cambios se desarrolla un tipo de pensamiento más sofisticado que le da la capacidad de imaginar posibilidades positivas, se presenta un razonamiento abstracto.

Otra característica de esta etapa es la identificación con sus pares, los adolescentes inician su proceso de autodefinición y diferenciación con

respecto a sus padres, que favorece el proceso de individuación respecto a la familia de origen.

Adolescencia media

En esta etapa los adolescentes cobran una mayor autonomía, enfrentan el desafío de distinguir entre lo que está bien y lo que está mal esto les permite desarrollar una conciencia moral, siendo un factor importante en la toma de sus decisiones en temas como su sexualidad, conformación de sus pares entre otras. Así mismo se presenta cambios internos, mientras que en la primera etapa se evidencia cambios externos. En relación a su comportamiento se presenta actos de rebeldía con sus padres, aislamiento. Estos factores hacen que los adolescentes afronten y a través de ello puedan superar estos nuevos retos para poder ser adultos. Se percibe ya un sentimiento de individualidad que se irá desarrollando posteriormente.

Adolescencia tardía

En esta etapa se presenta la consolidación de la identidad, es la última fase de maduración, el adolescente ya no reacciona de una manera impulsiva con su entorno quedan atrás los actos de rebeldía. Nuevamente establece una relación de armonía con la familia poco a poco recupera su estabilidad y equilibrio. En esta nueva etapa evalúa lo que hará en su futuro seguir una carrera, trabajar y planeará su futuro.

En la etapa adolescente el sujeto se enfrenta a la búsqueda de su identidad, a la consolidación del pensamiento abstracto, al desarrollo de un sistema de

valores propio, a la vez que busca la independencia del contexto familiar y da más importancia al grupo de iguales. Aunque esta etapa ha sido considerada como una fase problemática y tensa en el desarrollo, en los últimos años se ha cambiado esta visión negativa para dar paso a otra más positiva que muestra a la adolescencia como una etapa con muchas oportunidades (Musitu y Cava, 2003). Pese a esto, sigue siendo una etapa difícil ya que hay un aumento en el número de conflictos con los padres, existen alteraciones en el estado de ánimo y aumentan las conductas de riesgo (Arnett, 1999).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de diseño de investigación será no experimental porque no se puede manipular las variables y transversal porque se recolectará los datos en un sólo momento, en un tiempo y espacio determinado (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

La presente investigación corresponde al tipo descriptivo - correlacional. Descriptivo porque nos permite describir y medir las variables de estudio y correlacional porque tiene como propósito medir el grado de la relación que existe entre las variables funcionamiento familiar y las conductas de riesgo en adolescentes (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

A. POBLACIÓN

La población de la presente investigación estuvo constituida por 640 estudiantes de secundaria de la Institución Educativa N° 40035 Víctor Andrés Belaunde del distrito de Cerro Colorado en la Ciudad de Arequipa.

B. MUESTRA

Para nuestra investigación contamos con la participación de 210 estudiantes mujeres y varones entre los 14 y 19 años aproximadamente, que cursan cuarto y quinto grado de secundaria de la Institución Educativa N° 40035 Víctor Andrés Belaunde del distrito de Cerro Colorado en la Ciudad de Arequipa.

El tipo de muestreo fue no probabilístico porque no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser elegidos, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Es por ello que el tipo de muestreo fue no probabilístico intencional ya que la selección de la muestra fue deliberada de acuerdo a un criterio específico; que son las etapas de la adolescencia media que comprenden las edades 14 a 16 y tardía 17 a 19 años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<p>Adolescentes de ambos sexos que estén matriculados y cursando cuarto y quinto grado de secundaria que sus edades oscilen entre 14 y 19 años.</p> <p>Adolescentes asistentes el día de la aplicación.</p>	<p>Adolescentes que cursen y estén matriculados en años inferiores.</p> <p>Adolescentes que durante aplicación de los instrumentos no hayan participado en alguno de ellos.</p> <p>Adolescentes menores de 14 años.</p>

3. INSTRUMENTOS

Para la recolección de los datos se empleó como instrumentos, el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL, elaborado por De la Cuesta, Pérez y Louro 1994, para evaluar la percepción que tienen los estudiantes acerca del funcionamiento familiar, así mismo se utilizara tres cuestionarios para poder conocer las conductas de riesgo:

Cuestionario de conductas sexuales de riesgo en Adolescentes, Cuestionario de consumo de alcohol y drogas CRAFFT y el cuestionario de depresión de Zung.

A. CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL, DE LA CUESTA, PÉREZ Y LOURO 1994)

NOMBRE: Cuestionario de Funcionamiento Familiar

AUTORES: Dolores de la Cuesta, Esther Pérez González, Isabel Louro Bernal

AÑO: 1994

FORMA DE APLICACIÓN: Individual o colectiva

DURACIÓN DE LA PRUEBA: 10 a 20 minutos aproximadamente

EDAD DE APLICACIÓN: Puede ser aplicado a cualquier miembro de la familia que conviva la mayor parte del tiempo con los demás miembros de la familia.

OBJETIVO DE LA APLICACIÓN: Evalúa cuantitativamente y cualitativamente el funcionamiento familiar.

NUMERO DE ITEMS Está conformado por 4 escalas y 14 ítems, correspondiendo 2 ítems a cada una de estas 7 dimensiones:

Cohesión (1 y 8): Esta caracterizada por la unión física y emocional que tiene la familia para enfrentar en diferentes situaciones, así mismo en la toma de decisiones.

Armonía (2 y 13): Se presenta cuando hay correspondencia entre los intereses y necesidades individuales de los miembros presentándose un equilibrio emocional positivo.

Comunicación (5 y 11): Los miembros de la familia tienen la capacidad de trasmitir lo que piensan, sienten de forma clara, coherente y directa.

Permeabilidad (7 y 12): Esta se representa cuando la familia tiene la capacidad para brindar y recibir experiencias o ayuda de otras instituciones.

Afectividad (4 y 14): Los miembros de familia son capaces de demostrar y vivenciar sentimientos y emociones positivas entre todos sus miembros.

Roles (3 y 9): Cada miembro de la familia tiene responsabilidades y funciones dentro del núcleo familiar.

Adaptabilidad (6 y 10): Habilidad de la familia para modificar de estructura de poder, presentándose una relación de roles y reglas ante una situación determinada

INSTRUCCIONES PARA LA CALIFICACIÓN

Se calificó a través de una escala de Likert cuyos valores son: Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4). Cada ítem será respondido marcando una cruz (X), según su percepción como miembro familiar. Al final se sumó los ítems la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

Familia funcional (70 a 57 puntos): Es aquella cuyas interrelaciones como grupo humano favorece el desarrollo sano y el crecimiento personal de cada uno de sus miembros, en la medida que existe un equilibrio en el cumplimiento de sus funciones y a su vez disponga de recursos adaptativos para enfrentar los cambios.

Familia moderadamente funcional (56 a 43 puntos): Se comprende como una expresión intermedia entre la familia funcional y la familia disfuncional, de las categorías de que define el funcionamiento familiar.

Familia disfuncional (42 a 28 puntos): Es la expresión negativa de las categorías que definen el funcionamiento familiar.

Familia severamente disfuncional (27 a 14 puntos): Es una expresión negativa de extremo de las categorías que define el funcionamiento familiar.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Fue validado en Cuba por Pérez, De la Cuesta, Louro y Bayarre (1997) el estudio de confiabilidad con relación al tiempo se realizó a través del cálculo de confiabilidad r_n del que se obtuvo (0.94) lo que demuestra que el test es confiable a través del tiempo. En el análisis de consistencia interna se obtuvo r_n igual a 0.88, y presenta una correlación entre los ítems y finalmente al analizar la consistencia interna a partir del coeficiente de determinación R^2 , se obtuvo una alta correlación entre las variables y homogeneidad.

Respecto a la validez se estimó tres aspectos la de contenido, criterio y construcción; los expertos señalaron que el 90% de los casos de los ítems si correspondía a la categoría que pretendía medir, se utilizó la prueba Kappa de concordancia.

B. ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG

(EAA)

NOMBRE: Escala de Autoevaluación de la depresión de Zung (EAA)

AUTOR: William W. Zung

AÑO: 1965

FORMA DE APLICACIÓN: Individual y grupal

DURACIÓN DE LA PRUEBA: 6 min

EDAD DE APLICACIÓN: Adolescentes, Adultos y Adultos Mayores.

OBJETIVO DE LA APLICACIÓN: Identificar el nivel de Depresión

NÚMERO DE ÍTEMS: La Escala consta de 20 preguntas que exploran síntomas depresivos en el transcurso de las 2 últimas semanas (estado de

ánimo, síntomas cognoscitivos y somáticos). Cada pregunta tiene 4 opciones de respuesta que van de 1 (muy pocas veces) a 4 (la mayoría de las veces); la suma de las 20 preguntas produce una puntuación que posteriormente permite identificar el nivel de depresión

CALIFICACIÓN:

El rango de calificación es de 20-80.

< 50 : Se considera normal

50-59 : Depresión leve

60-69 : Depresión Moderada

> 70 : Depresión grave

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Con respecto a la correlación con otras pruebas, en el Perú Novara, Sotillo y Wharton (1985) realizaron un estudio en una muestra de 178 pacientes con diagnóstico de depresión, utilizando las escalas de Zung, & Hamilton y el inventario de Beck; utilizaron un grupo control de 49 pacientes correlacionaron entre sí a las tres pruebas, la correlación entre Beck y la escala de Hamilton fue de 0.72 y la de Beck con la escala de Zung fue de 0.76; coeficientes altamente significativos. Los resultados de los estudios citados permiten decir que el inventario de depresión de Zung tiene una validez satisfactoria y es útil para los propósitos para lo que fue elaborada.

C. TEST DE CRAFFT

NOMBRE: Test CRAFFT (prueba de pesquisa para consumo problemático, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias)

AUTORES: Knight et al.

AÑO: 2002

FORMA DE APLICACIÓN: Individual y grupal

DURACIÓN DE LA PRUEBA: 5 minutos

EDAD DE APLICACIÓN: Adolescentes

OBJETIVO DE LA APLICACIÓN: Evaluar el riesgo de consumo problemático, abuso o dependencia de alcohol y otras drogas en adolescentes.

NÚMERO DE ÍTEMS: 6

CALIFICACIÓN: Está compuesto por seis ítems (sección B: B1, B2, B3, B4, B5 y B6), aunque hay otros tres adicionados al principio a efectos de realizar una rápida tamización (sección A: A1, A2, A3). El formato de respuesta es dicotómico (Si o No). Si se responde que no a los primeros tres ítems de tamizado (A1, A2, A3) se debe responder solamente el primero de los seis ítems de diagnóstico (B1). Si se responde que sí a cualquiera de los tres ítems de tamizado se deben responder los seis ítems de diagnóstico (B1 a B6). En caso de responder de forma negativa (no) se le asigna un puntaje de cero, mientras que a una respuesta afirmativa (sí) se le asigna un puntaje de uno. Para evaluar el instrumento se suman los puntajes de los seis ítems de diagnóstico (del B1 al B6). Una puntuación mínima de 0 o 1 respuestas afirmativas se considera como punto de corte (indicativa de ausencia de riesgo de consumo problemático de sustancias). Puntajes iguales o mayores a 2 sugieren la presencia de consumo abusivo.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para obtener la consistencia interna de la escala se utilizó el cálculo del coeficiente de Cronbach obteniendo un coeficiente de confiabilidad de 0.89, que indica, teniendo en cuenta el reducido número de reactivos, que la consistencia interna de la escala es aceptable; con un número de ítems de 6 y un promedio de covarianza inter ítem de 0.143.

Para la validez de criterio fue utilizado el modelo de pruebas diagnósticas, por medio del cual se obtuvieron los siguientes datos. A partir de estos se calculó la sensibilidad 0.95, la especificidad 0.83, los valores predictivos y las razones de verosimilitud; el punto de corte para considerar la escala positiva se mantuvo en 2 o más, ya que este demostró mayor sensibilidad y especificidad en los estudios de validación anteriores realizada en Colombia por (Uribe, 2012).

D. CUESTIONARIO DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES

NOMBRE: Cuestionario de Conductas sexuales de riesgo en adolescentes

AUTOR: Elena Carratalá Hurtado

AÑO: 2010

FORMA DE APLICACIÓN: Individual y grupal

DURACIÓN DE LA PRUEBA: 5 minutos

EDAD DE APLICACIÓN: Adolescentes y jóvenes.

OBJETIVO DE LA APLICACIÓN: Conocer la conducta sexual de los adolescentes; contiene preguntas sobre la actividad sexual, además recaba

información sobre el método de prevención utilizado al tener relaciones sexuales con penetración, la facilidad percibida por los adolescentes para la obtención del preservativo. Así mismo se pregunta sobre el mantenimiento de relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas.

NÚMERO DE ÍTEMES:

El cuestionario incluye 11 ítems con el objetivo de conocer la conducta sexual de los adolescentes; contiene preguntas sobre la actividad sexual, la edad de la primera relación sexual, el tipo de relaciones sexuales, la orientación sexual, el número de parejas en los últimos seis meses y la frecuencia de las relaciones sexuales.

CALIFICACIÓN:

Los ítems serán clasificados en tres factores: actividad sexual, métodos de prevención, sexo bajo la influencia de drogas.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La confiabilidad del cuestionario se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach utilizando el programa estadístico SPSS versión 12.0; se obtuvo el resultado de 0,72, siendo confiable para ser utilizado. El cuestionario además recaba información sobre el método de prevención utilizado al tener relaciones sexuales con penetración, la facilidad percibida por los adolescentes para la obtención del preservativo. Así mismo se pregunta sobre el mantenimiento de relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas. Este instrumento aborda las siguientes dimensiones: - Inicio precoz de las relaciones sexuales. - No uso de preservativo - Sexo bajo la influencia de las drogas realizada en España por Carratalá (2013).

4. PROCEDIMIENTO

Para la presente investigación denominada funcionamiento familiar y conductas de riesgo en adolescentes se empezó con:

Primera fase: Recabar información de distintas fuentes sobre el funcionamiento familiar y las principales conductas de riesgo que se está viviendo en la actualidad en los adolescentes basados en datos estadísticos e investigaciones.

Segunda fase: Seguidamente se realizó la identificación de variables, planteamiento del problema de investigación, importancia del estudio y se formularon los objetivos y la hipótesis.

Tercera fase: Se planificó como se iba a llevar a cabo la investigación, es decir; se diseñó la metodología del trabajo con el fin de cumplir con los objetivos y comprobación de la hipótesis, en esta fase se definió el método, tipo y diseño de la investigación, población, muestra y los instrumentos de recolección de datos.

Cuarta fase: Una vez aprobado el proyecto, se procedió a pedir autorización y se coordinó con el Director de la Institución educativa N° 40035 Víctor Andrés Belaúnde del distrito de Cerro Colorado, dando autorización para la aplicación de los instrumentos en coordinación con los tutores de los respectivos salones, con los cuales se programó las fechas de aplicación.

Quinta fase: Seguidamente se procedió a la aplicación de los cuestionarios que se realizó en forma colectiva en los grados de cuarto y quinto año de secundaria. Esta aplicación tuvo una duración de 30 minutos aproximadamente.

Sexta fase: Finalizada la aplicación se hizo el análisis estadístico, para encontrar los niveles de relación entre las variables estudiadas y se aplicara la prueba de

significancia mediante el Chi-cuadrado para la comprobación de hipótesis. Posterior a ello se realizó la verificación de la hipótesis y se concluirá con la discusión de los resultados y finalmente se redactará las conclusiones y recomendaciones del estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo se describen los resultados obtenidos en nuestra investigación.

A si mismo se ha dividido la presentación del análisis de datos que son presentados en cuadros donde se muestran detalladamente y en orden los resultados de acuerdo a los objetivos planteados para lograr una mejor comprensión.

Para la calificación e interpretación de los datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS versión 25.0, para obtener la correlación de nuestra variable se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrada.

Tabla 2: Distribución de la muestra por grado y sexo

		Frecuencia	Porcentaje
EDAD	14 a 16	166	79.0%
	17-18	44	21.0%
GRADO	Cuarto	104	49.5%
	Quinto	106	50.5%
SEXO	Femenino	111	53%
	Masculino	99	47%

En la tabla N° 2 se observa la distribución de la frecuencia según edad, grado y sexo, respecto a la edad los estudiantes de 14 a 16 años representan un 79.0%, y de 17 a 18 años un 21.0%. En lo que respecta al sexo masculino con 47% y femenino con 53% del total de la muestra; en lo que concierne al grado en el cuarto año está conformada en un 49.5% al igual proporción que en quinto año de secundaria (50.5%).

Tabla 3: Funcionamiento familiar en los adolescentes de 4to y 5to grado de secundaria

		Niveles de funcionamiento familiar				Total			
		Sexo	Severamente disfuncional	Disfuncional	Moderadamente funcional	Funcional			
Grado	Cuarto	Femenino	Nº	0	12	32	10	54	
		%		0.0%	22.2%	59.3%	18.5%	100.0%	
Quinto	Cuarto	Masculino	Nº	3	11	23	13	50	
		%		6.0%	22.0%	46.0%	26.0%	100.0%	
Quinto	Quinto	Femenino	Nº	2	11	37	7	57	
		%		3.5%	19.3%	64.9%	12.3%	100.0%	
Total	Quinto	Masculino	Nº	3	12	28	6	49	
		%		6.1%	24.5%	57.1%	12.2%	100.0%	
Total	Total	Femenino	Nº	2	23	69	17	111	
		%		1.8%	20.7%	62.2%	15.3%	100.0%	
Total	Total	Masculino	Nº	6	23	51	19	99	
		%		6.1%	23.2%	51.5%	19.2%	100.0%	
Total		Nº	8	46	120	36	210		
		%	3.8%	21.9%	57.1%	17.1%	100.0%		

En la tabla se observa que la mayoría de alumnas (59.3%) y alumnos (46%) de cuarto grado de secundaria perciben que su familia se encuentra en un nivel moderadamente funcional, seguida de un nivel funcional en los alumnos (26.0%) a diferencia de las alumnas que perciben más disfuncional (22.2%).

De la misma forma, la mayoría de alumnas (64.9%) y alumnos (57.1%) de quinto grado de secundaria perciben a sus familias moderadamente funcionales, seguida de un nivel disfuncional, pero la percepción de los alumnos es mayor (24.5%) a diferencia de las alumnas (19.3%), esto se podría deber a la transición de una nueva etapa, por lo que

surgen nuevos intereses que tienden algunas veces a distanciarlos del entorno familiar principalmente en los varones. Se muestra que el nivel de funcionamiento familiar que predomina es moderadamente funcional (57.1%), seguida de un nivel disfuncional (21.9%), y en menor porcentaje se presenta el nivel severamente disfuncional (3.8%).

Tabla 4: Conductas de riesgo – depresión

		Grado	Niveles de depresión				Total
Cuarto	Sexo		Sin depresión	Leve moderada	Moderada intensa	Intensa	
Q	Mujer	Nº	21	16	14	3	54
	Mujer	%	38.9%	29.6%	25.9%	5.6%	100.0%
Quinto	Varón	Nº	26	16	7	1	50
	Varón	%	52.0%	32.0%	14.0%	2.0%	100.0%
Total	Mujer	Nº	30	15	12	0	57
	Mujer	%	52.6%	26.3%	21.1%	0.%	100.0%
Total	Varón	Nº	25	18	6	0	49
	Varón	%	51.0%	36.7%	12.2%	0.%	100.0%
Total	Mujer	Nº	51	31	26	3	111
	Mujer	%	45.9%	27.9%	23.4%	2.7%	100.0%
Total	Varón	Nº	51	34	13	1	99
	Varón	%	51.5%	34.3%	13.1%	1.0%	100.0%
		Total	Nº	102	65	39	4
			%	48.6%	31.0%	18.6%	1.9%
							100.0%

Se observa en la tabla que las alumnas de cuarto grado (38.9%) y alumnos (52.0%) y quinto grado que las alumnas (52.6%) y alumnos (51.0%) no presentan depresión.

En las alumnas en ambos grados se presenta una depresión leve moderada (27.9%) seguida de una depresión moderada intensa (23.4%) en comparación con los varones (34.3%,13.1%) respectivamente, debido a que las adolescentes presentan cambios hormonales, presiones culturales, factores ambientales, así mismo frente a factores estresantes las adolescentes son más proclives a deprimirse, porque ambos tienen diferentes mecanismos de afrontamiento, los adolescentes tienden a externalizar lo que sienten, mientras que ellas internalizan estos sentimientos, presentándose una mejor estabilidad emocional en los varones. Se evidencia un mayor porcentaje de los alumnos de ambos sexos que se encuentran en los niveles de depresión (51.4%) y un 48.6% no presentan depresión.

Tabla 5: Conductas de riesgo - consumo de alcohol o drogas

		Consumo de alcohol o drogas				
		Grado	Ausencia de riesgo de consumo	Presencia de riesgo de consumo	Total	
Cuarto	Sexo	Femenino	Nº 49	5	54	
		% 90.7%		9.3%	100.0%	
	Sexo	Masculino	Nº 37	13	50	
		% 74.0%		26.0%	100.0%	
Quinto	Sexo	Femenino	Nº 44	13	57	
		% 77.2%		22.8%	100.0%	
	Sexo	Masculino	Nº 35	14	49	
		% 71.4%		28.6%	100.0%	
Total	Sexo	Femenino	Nº 93	18	111	
		% 83.8%		16.2%	100.0%	
	Sexo	Masculino	Nº 72	27	99	
		% 72.7%		27.3%	100.0%	
		Total	Nº 165	45	210	
			% 78.6%	21.4%	100.0%	

En la tabla se observa, en cuarto grado son los varones quienes tienen un mayor consumo de alcohol o drogas (26.0%) que sus pares mujeres (9.3%); de forma similar en quinto grado son los varones quienes tienen mayor consumo de alcohol o drogas (28.6%) que sus pares mujeres (22.8%). Se ve un incremento significativo en relación al consumo en las alumnas de quinto grado, esto se puede deber por la influencia de sus pares, problemas sentimentales, pertenencia a un grupo o por imitación.

Así mismo se presenta un alto porcentaje de ausencia de riesgo de consumo (78.6%) y con menor porcentaje la presencia de riesgo (21.4%) siendo significativo por presentarse a una temprana edad trayendo consecuencias nocivas a corto y largo plazo.

Tabla 6: Conductas de riesgo - conductas sexuales

A. Actividad Sexual

		Nº	%		
<i>Iniciación sexual</i>	No	166	79.0%		
	Sí	44	21.0%		
	Total	210	100.0%		
<i>Sexo en los últimos 6 meses</i>	No	12	27.3%		
	Sí	32	72.7%		
	Total	44	100.0%		
<i>Frecuencia sexual</i>	Una vez al mes	22	68.8%		
	2 a 3 veces al mes	5	15.6%		
	1 o 2 veces por semana	3	9.4%		
	3 o más veces por semana	2	6.3%		
	Total	32	100.0%		
<i>Tipo de relaciones sexuales</i>		N	%		
	Coito vaginal	32	84.2%		
	Coito anal	2	5.3%		
	Sexo oral	2	5.3%		
	Masturbación mutua	2	5.3%		
Total		38	100.0%		
		N	Mínimo	Máximo	Media
<i>Edad de inicio sexual</i>	44		12	17	15.14
<i>Número de parejas sexuales</i>	44		1	4	1.23

Se observa en la tabla, los alumnos de ambos sexos se han iniciado sexualmente (21.0%), de esta muestra el 72.7% ha tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses. En cuanto a la frecuencia sexual, observamos que el 68.8% lo ha hecho una vez al mes. Así mismo el tipo de relaciones sexuales de mayor frecuencia es de coito vaginal (84.2%); la edad de iniciación sexual promedio es de 15 años y el promedio que tuvieron es una pareja.

B. Métodos de prevención

		Nº	%
<i>Preservativo la primera vez</i>	No	21	47.7%
	Sí	23	52.3%
	Total	44	100.0%
		Nº	%
<i>Tipo de método</i>	Ninguno	14	43.8%
	Preservativo	13	40.6%
	Otros	5	15.6%
	Total	32	100.0%

Se observa en la tabla, los alumnos de ambos sexos en su primera relación sexual han usado preservativo (52.3%), mientras que el 47.7% no hicieron uso; así mismo los alumnos que han mantenido relaciones sexuales en los últimos seis meses y no utilizaron ningún tipo de método de prevención (43.8%), mientras que un 40.6% utilizaron el preservativo como método y un 15.6% utilizaron otros tipos de métodos.

C. Sexo bajo efectos de alcohol o drogas

		Nº	%
<i>Sexo bajo efectos de alcohol y drogas</i>	No	26	81.3%
	Sí	6	18.8%
	Total	32	100.0%

Se observa en la tabla que el 18.8% de alumnos de ambos sexos tuvieron relaciones sexuales en los últimos seis meses bajo los efectos del alcohol o alguna droga y un 81.3% no han mantenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y drogas, lo que evidencia un menor riesgo en los adolescentes.

Tabla 7: Conductas de riesgos predominantes en los adolescentes

Sexo		CONDUCTAS DE RIESGO							
		NIVELES DE DEPRESIÓN				CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS		CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO	
		Sin depresión	Leve moderada	Moderada intensa	Intensa	Ausencia de riesgo de consumo	Presencia de riesgo de consumo	No hay iniciación sexual	Iniciación sexual
Mujer	Nº	51	31	26	3	93	18	102	9
	%	45.9%	27.9%	23.4%	2.7%	83.8%	16.2%	91.9%	8.1%
Varón	Nº	51	34	13	1	72	27	64	35
	%	51.5%	34.3%	13.1%	1.0%	72.7%	27.3%	64.6%	35.4%
Total	Nº	102	65	39	4	165	45	166	44
	%	48.6%	31.0%	18.6%	1.9%	78.6%	21.4%	79.0%	21.0%

En la presente tabla se observa que la conducta que más predomina en los adolescentes es la depresión (51.4%) que se encuentran en los diferentes niveles, leve (31.0%), moderada (18.6%) e intensa (1.9%). En segundo lugar, se encuentra el consumo de alcohol o droga (21.4%) y finalmente la conducta sexual de riesgo (21.0%). Se muestra mayor prevalencia de depresión en los adolescentes porque presentan cambios a nivel físico, psicológico y social, estos cambios hacen más vulnerables en los problemas que afrontan en su diario vivir como la violencia dentro del hogar, la deserción escolar, baja autoestima, pocas habilidades sociales conllevando a presentar depresión. En cuanto al consumo de alcohol o drogas a una edad temprana, mayor es la probabilidad a desarrollar un desorden (consumo problemático, abuso o dependencia) que repercuten en su desarrollo normal del adolescente a corto y largo plazo. Finalmente se presentan las conductas sexuales de riesgo que han ido incrementándose conllevando a presentar infecciones de transmisión sexual, abortos y embarazos precoces.

Tabla 8: Funcionamiento familiar y depresión

		Niveles de depresión				Total
		Sin depresión	Leve moderada	Moderada intensa	Intensa	
Niveles de funcionamiento familiar	Severamente disfuncional	Nº	1	5	2	0 8
		%	12.5%	62.5%	25.0%	0.0% 100.0%
	Disfuncional	Nº	10	19	14	3 46
		%	21.7%	41.3%	30.4%	6.5% 100.0%
	Moderadamente funcional	Nº	62	36	21	1 120
		%	51.7%	30.0%	17.5%	0.8% 100.0%
	Funcional	Nº	29	5	2	0 36
		%	80.6%	13.9%	5.6%	0.0% 100.0%
Total		Nº	102	65	39	4 210
		%	48.6%	31.0%	18.6%	1.9% 100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Significación		
	Valor	Df	asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38.098	9	.000
N de casos válidos		210	

En la presente tabla encontramos una relación estadísticamente significativa entre los niveles de funcionamiento familiar y los niveles de depresión en los alumnos ($\chi^2=38.098$; $p< .001$), siendo así que los estudiantes que provienen de familias severamente disfuncionales mayormente presentan un nivel de depresión leve moderada (62.5%), al igual los que se encuentran en un nivel disfuncional (41.3%); en cambio aquellos que provienen de familias funcionales no presentan depresión (80.6%), debido a que tienen un buen funcionamiento familiar y este le brinda un soporte emocional adecuado y perciben que la interrelación entre los miembros es positiva, además que se da el cumplimiento de sus funciones .

Tabla 9: Funcionamiento familiar y consumo de alcohol o drogas

Niveles de funcionamiento familiar	Consumo de alcohol o drogas				Total
		Ausencia de riesgo de consumo	Presencia de riesgo de consumo		
	Nº	3	8	%	
Severamente disfuncional	Nº	5	3		8
	%	62.5%	37.5%		100.0%
	Nº	30	16		46
	%	65.2%	34.8%		100.0%
Disfuncional	Nº	99	21		120
	%	82.5%	17.5%		100.0%
	Nº	31	5		36
	%	86.1%	13.9%		100.0%
Total	Nº	165	45		210
	%	78.6%	21.4%		100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.415	3	.038
N de casos válidos		210	

En la presente tabla encontramos una relación estadísticamente significativa entre el nivel de funcionamiento familiar y el consumo de alcohol o drogas ($\chi^2=8.415$; $p= .038$), siendo así que aquellos estudiantes que provienen de familias severamente disfuncionales (37.5%) o disfuncionales (34.8%) presentan riesgo de consumo; debido a que el funcionamiento familiar no es el adecuado, influyendo muchas veces el entorno familiar y social en la adopción de estas conductas a diferencia de aquellos que provienen de familias moderadamente funcionales (17.5%) o funcionales (13.9%), donde se observa un menor consumo de sustancias.

Tabla 10: Funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo

A. Actividad sexual

		Iniciación sexual		Total
		No	Sí	
Nivel de funcionamiento familiar	Severamente disfuncional	Nº %	4 50.0%	4 50.0% 8 100.0%
	Disfuncional	Nº %	27 58.7%	19 41.3% 46 100.0%
	Moderadamente funcional	Nº %	103 85.8%	17 14.2% 120 100.0%
	Funcional	Nº %	32 88.9%	4 11.1% 36 100.0%
	Total	Nº %	166 79.0%	44 21.0% 210 100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

			Significación
	Valor	df	asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21.021	3	.000
N de casos válidos		210	

En la presente tabla encontramos una relación estadísticamente significativa entre el nivel de funcionamiento familiar y la iniciación sexual ($\chi^2=21.021$; $p< .001$), siendo así que aquellos estudiantes que provienen de familias severamente disfuncionales (50.0%) o disfuncionales (41.3%) son quienes mayormente se han iniciado sexualmente; esto se ve reflejada por la poca educación sexual brindada en el hogar a diferencia de aquellos que provienen de familias moderadamente funcionales (14.2%) o funcionales (11.1 %) en las cuales se presenta una mayor comunicación y educación sexual.

B. Uso de método de prevención

Niveles de funcionamiento familiar		Uso métodos de prevención		Total
		No	Sí	
		Nº	%	
Severamente disfuncional	Disfuncional	Nº	3	4
		%	75.0%	25.0%
	Moderadamente funcional	Nº	10	19
		%	52.6%	47.4%
Funcional	Disfuncional	Nº	8	17
		%	47.1%	52.9%
	Moderadamente funcional	Nº	0	4
		%	0.0%	100.0%
Total		Nº	21	44
		%	47.7%	52.3%
				100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación
			asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.031	3	.170
N de casos válidos		44	

En la presente tabla no hallamos una relación estadísticamente significativa entre el nivel de funcionamiento familiar y el uso de métodos anticonceptivos ($\chi^2=5.031$; $p=.170$). Esto se puede evidenciar que la mayoría de adolescentes tienen conocimientos sobre los métodos de prevención, pero muchas veces no toman conciencia de las consecuencias a corto y largo plazo. Así mismo el funcionamiento familiar no es un factor influyente en el uso o no de los métodos anticonceptivos ya que esta es una decisión personal.

C. Sexo bajo los efectos de alcohol o droga

Niveles de funcionamiento familia	Sexo bajo los efectos de alcohol o drogas			Total
		No	Sí	
	Nº	1	0	
Severamente disfuncional	%	100.0%	0.0%	100.0%
	Nº	10	4	14
	%	71.4%	28.6%	100.0%
Disfuncional	Nº	13	0	13
	%	100.0%	0.0%	100.0%
	Nº	2	2	4
	%	50.0%	50.0%	100.0%
Total	Nº	26	6	32
	%	81.3%	18.8%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación
			asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.681	3	.083
N de casos válidos		32	

En la presente tabla no hallamos una relación estadísticamente significativa entre el nivel de funcionamiento familiar y tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o drogas ($\chi^2=6.681$; $p= .083$). Pero en el nivel disfuncional se encuentra un porcentaje significativo de los alumnos el 28.6% si han mantenido relaciones bajo los efectos del alcohol o drogas a comparación quienes no han presentado esta conducta con 71.4%. Esto evidencia que en las familias disfuncionales no hay una apropiada comunicación y educación sexual; exponiéndose a presentar daños contra su salud o la de otros, además de traer consecuencias perjudiciales que repercuten en su desarrollo normal.

DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó para determinar si hay relación significativa entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo en adolescentes de la Institución educativa N°40035 Víctor Andrés Belaunde en el distrito de Cerro Colorado de Arequipa, en un total de 210 alumnos. A continuación, especificaremos detalladamente los resultados hallados siguiendo la secuencia de nuestro proceso investigativo.

En los resultados obtenidos respecto a los niveles de funcionamiento familiar encontramos que la mayoría de alumnas (59.3%) y alumnos (46%) de cuarto grado de secundaria provienen de familias moderadamente funcionales. Del mismo modo la mayoría de alumnas (64.9%) y alumnos (57.1%) del quinto grado de secundaria provienen de familias moderadamente funcionales. Estos resultados reflejan que el funcionamiento familiar que predomina con un 57.1% es moderadamente funcional, seguida de un nivel disfuncional 21.9%, y solo un 17.1% presentan una familia funcional, en menor porcentaje se encuentra el nivel severamente disfuncional (3.8%). Estos resultados concuerdan con en el orden de los resultados del nivel funcionamiento la investigación realizada por Flores (2014) en Tacna donde los adolescentes pertenecen a una familia moderadamente funcional con un 37.2%, familias disfuncionales con un 30.0%, familias funcionales con un 26.8% y con menor porcentaje se encontraban las familias severamente disfuncionales con un 6.0%, siendo mayor el porcentaje de moderadamente funcional en nuestra investigación y menor porcentaje en disfuncionalidad.

Sin embargo, los resultados difieren con la investigación Apolo (2017) en Ecuador donde las familias de los adolescentes en su mayoría son funcionales con 56.9%, presentando disfuncionalidad moderada y grave el 31,3% y 11,8%.

La mayoría de los adolescentes perciben a su familia moderadamente funcional esto se comprende como una expresión intermedia entre la familia funcional y la disfuncional, es decir que dentro de su entorno familiar cumple con algunas dimensiones de funcionamiento familiar pero no lo desarrollan de manera óptima lo que estaría influyendo en el desarrollo individual de las familias y las interrelaciones entre los miembros algunas veces no son adecuadas y el cumplimiento de roles en los integrantes no es clara; en segundo lugar predomina la disfuncional es decir que sus interrelaciones son deficientes por lo cual no cuentan con los recursos necesarios para afrontar los cambios que se les presentan.

Como expone Pillcorema (2013) funcionalidad y la disfuncionalidad son dos extremos que una familia puede presentar: primero, la funcionalidad hace referencia a aquellas familias que tienen los límites claros; éstos se manifiestan cuando cada integrante cumple con las normas y reglas establecidas; segundo, en las familias disfuncionales ocurre todo lo contrario: dificultad para resolver conflictos, un resquebrajamiento de normas, límites y se suspende la organización jerárquica.

En cuanto a los resultados sobre las conductas de riesgo que engloba la depresión, el consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo. En los niveles de depresión hay un alto porcentaje de alumnas (29.6%) y alumnos (32.0%), de cuarto de secundaria presentan un nivel de depresión leve moderada. Al igual que en quinto

grado de secundaria la mayoría de las alumnas (26.3%) y alumnos (36.7%) presentan una depresión leve moderada. Estos resultados reflejan a nivel global, un alto porcentaje de los alumnos de ambos sexos presentan depresión (51.4%) que se encuentran dentro de los niveles de depresión leve moderada (31.0%), seguida de una depresión moderada intensa (18.6%) y finalmente se encuentra la depresión intensa (1.9%) y un 48.6% no presentan depresión.

Estos resultados encontrados son similares en la investigación de Solano (2015) en Huánuco difiere con nuestros resultados en la cual se halla que la mayoría de adolescentes se encuentran en un nivel de depresión moderada (56.5%), seguida de una depresión leve (22.4%) y por último se encuentra el nivel de depresión severa (21.1%).

Sin embargo, con la investigación de Málaga (2013) en Puno, difieren con nuestros resultados donde el 72.4% no presentan conductas depresivas, el 25.2% presentan depresión leve, el 2.4% depresión moderada y ninguno presentó depresión severa, siendo mayor el porcentaje que no presentan depresión a diferencia de nuestra investigación.

Sin embargo, en su investigación de Solano (2015) en Huánuco difiere con nuestros resultados en la cual se halla que la mayoría de adolescentes se encuentran en un nivel de depresión moderada (56.5%), seguida de una depresión leve (22.4%) y por último se encuentra el nivel de depresión severa (21.1%).

Esto evidencia que la mayoría de los adolescentes no presentan una adecuada estabilidad emocional en ambos sexos, debido a que experimentan cambios hormonales, presiones culturales, factores ambientales, así mismo frente a factores

estresantes las adolescentes son más proclives a deprimirse, debido a que ambos tienen diferentes mecanismos de afrontamiento, los adolescentes tienden a externalizar lo que sienten, mientras que ellas internalizan estos sentimientos, presentándose una mejor estabilidad emocional en los varones, sin embargo se muestra un porcentaje significativo que no presenta depresión.

Sin embargo, la depresión puede estar influenciada por factores como la baja autoestima, ideas pesimistas sobre el entorno, pérdidas de seres queridos, problemas en las relaciones sociales, violencia familiar, problemas económicos y enfermedades, que muchas veces conlleva a la depresión. Además, se presenta con mayor frecuencia en la mujer, siendo casi el doble que el hombre; debido a que factores hormonales podrían contribuir a ella; en particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto. Mientras que el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresión según las estadísticas, pero muchas veces no admite que se encuentra en un estado depresivo, y la depresión permanece oculta y los riesgos autodestructivos aumentan manifestándose en la irritabilidad, ira y desaliento, orientándose al consumo de alcohol y drogas (MINSA, 2005).

Respecto a las conductas de riesgo del consumo de alcohol o drogas, en cuarto grado se ha encontrado que los varones son quienes tienen mayor prevalencia de consumo de alcohol o drogas (26.0%) que sus pares mujeres (9.3%); y en quinto grado los varones (28.6%) en relación que sus pares (22.8%); mientras suben de grado académico aumentan su consumo, CEDRO (2017), refieren que el consumo de alcohol se incrementa a base del nivel educativo, y la prevalencia de vida de

consumo de alcohol es mayor en los hombres, que las mujeres, pero que existe una tendencia progresiva en las mujeres a alcanzar el valor de los varones.

A si mismo se encontró un alto porcentaje de ausencia de riesgo de consumo del alcohol o drogas (78.6%) y un 21.4% presenta presencia de riesgo; pero este porcentaje de consumo es significativo por las consecuencias en los adolescentes. Estos resultados concuerdan con las de Molina y Quispe (2014) en Puno, en cuanto al consumo de alcohol el 34.0% si consume, mientras que el 66.0% no consume alcohol; el porcentaje de consumo es mayor en comparación de nuestros resultados, debido a los factores culturales, sociodemográficos.

El consumo de alcohol es una de las drogas mas consumidas, debido a la accesibilidad siendo esta perjudicial y como refiere Bertini et al. (2015), provoca daños en la salud psicofísica, aun antes de que se desarrolle una adicción. Además, es una etapa de neurodesarrollo y las drogas pueden producir un impacto en el sistema de recompensa cerebral. A menor edad de inicio, mayor es la probabilidad de que se desarrolle un desorden (consumo problemático, abuso o dependencia) en el consumo de sustancias.

Respecto a las conductas sexuales de riesgo que abarca la actividad sexual el 21.0% tuvo iniciación sexual, de esta muestra el 15.24% ha tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses y en cuanto a la edad de inicio sexual promedio es 15 años. En el indicador de métodos de prevención, un 52.3% han hecho uso del preservativo, mientras que el 47.7% no hizo uso en su primera relación sexual; en los últimos seis meses (43.8%) no utilizaron ningún tipo de método de prevención. En el último indicador de sexo bajo los efectos de alcohol o droga se

encontró que el 18.8% mantuvo relaciones bajo estos efectos. Se presenta un porcentaje significativo en la iniciación sexual en los adolescentes, al presentar esta conducta se expone a infecciones de transmisión sexual, embarazos precoces y aborto.

En la actualidad la edad de inicio sexual se ha reducido gradualmente, la ausencia de conocimientos sobre los aspectos biológicos, éticos y culturales sobre la sexualidad constituye uno de los riesgos más significativos en términos de embarazo no deseado y como consecuencia la deserción académica, además del contagio de infecciones de transmisión sexual (Ospina y Manrique, 2007).

Estos resultados encontrados se asemejan en la investigación realizada por Apolo (2017) en Ecuador donde los adolescentes han tenido una iniciación sexual (24.6%) así mismo la edad de inicio promedio es de 14 a 15 años (52.1%), en cuanto al uso de preservativo (35.4%) lo hacen siempre, (25.0%) a veces, (22.9%) raras veces y (16.7%) no han hecho uso. Y así mismo en una investigación realizada por Quispe y Tturo (2016) en Arequipa donde el 20.5% de adolescentes tuvieron un inicio precoz de relaciones sexuales, y solo el 4.6% nunca uso preservativo, y el 6.2% siempre utiliza preservativo en sus relaciones sexuales. Pero en investigaciones realizadas en Puno por Málaga (2013) se encontró un menor porcentaje en comparación de nuestra investigación, donde el 18.8% iniciaron su vida sexual a una edad precoz (12 a 16 años) y la mayoría de ellos tuvieron relaciones sexuales de riesgo sin protección así mismo en otro estudio realizado por Molina y Quispe (2014) un 13.0% presento relaciones coitales precoces, esta última debido a que la población evaluada es adventista.

La iniciación precoz de las relaciones sexuales se debe a varios factores que favorecen en la adquisición de esta conducta de riesgo, siendo la familia fundamental, ya que a través de la comunicación familiar se trasmite valores, concepciones, acciones y comportamientos sobre sexualidad y la educación sexual, así mismo se da debido adelanto en la maduración sexual, presión de pares, imitación, carencia afectiva.

En nuestra hipótesis planteada se afirma que, si existe una relación significativa entre el funcionamiento familiar y conductas de riesgo, y se halló una relación significativa con la depresión, consumo de alcohol o drogas, mientras que con las conductas sexuales de riesgo se encontró una relación significativa con el indicador iniciación sexual, pero no se encontró una relación significativa con los indicadores, uso de métodos de prevención y sexo bajo los efectos de alcohol y drogas.

En cuanto a la relación de nuestras variables se hallaron los siguientes resultados; si existe una relación significativa entre los niveles de funcionamiento familiar y los niveles de depresión ($p<.001$), estos resultados son similares con la investigación de Ríos (2015) en Chiclayo, hallándose una relación muy significativa entre el funcionamiento familiar y las manifestaciones de depresión infantil. Sin embargo no coinciden con la investigación de Málaga (2015) en la cual no encontró una relación entre el funcionamiento familiar y las conductas depresivas como valor de ($p= 0.539$).

En cuanto a las conductas de riesgo de consumo de alcohol o drogas se encontró una relación significativa con los niveles de funcionamiento familiar ($p=0.038$) y

respecto a las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes se halló una relación significativa entre el nivel de funcionamiento familiar y la iniciación sexual ($p<0.001$); respecto a los métodos de prevención no se encontró una relación significativa entre el nivel de funcionamiento familiar y el uso de los métodos de prevención ($p=0.170$) al igual que indicador sexo bajo los efectos del alcohol o drogas ($p=0.083$). Estos resultados coinciden con la investigación de Apolo (2017) donde encontró relación entre el funcionamiento familiar con la iniciación sexual y los trastornos de la conducta alimentaria, mientras que con el consumo de alcohol y drogas no guardan relación alguna.

En otro estudio realizado en Tacna por Flores (2014), coinciden con nuestros resultados al encontrar una relación significativa entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, drogas ilegales e inicio de relaciones sexuales.

En otra investigación realizada por Flores Y. (2017) en Huánuco se halló una relación significativa entre el funcionamiento familiar y el desarrollo de conductas de riesgo en salud en adolescentes, con $p\leq0,033$.

Es por ello que nuestra investigación servirá de base para futuros estudios y ampliará nuevas líneas de investigación en temas de funcionamiento familiar y conductas de riesgo en adolescentes y a partir de este estudio se pueden abordar con nuevas variables interviniéntes que puedan explicar y generar nuevos conocimientos.

CONCLUSIONES

PRIMERA : Se ha comprobado que si existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Víctor Andrés Belaunde.

SEGUNDA : El funcionamiento familiar que presentan los adolescentes es moderadamente funcional, es decir que dentro de su entorno familiar los miembros cumplen con algunas de las dimensiones de funcionamiento familiar pero no lo desarrollan de manera óptima lo que estaría influyendo en el desarrollo individual de las familias.

TERCERA : El nivel funcionamiento familiar que presentan las adolescentes es moderadamente funcional, siendo un porcentaje mayor a comparación de los varones, lo que muestra que las mujeres perciben un mejor funcionamiento familiar dentro del hogar, así mismo los varones tienen una mayor percepción de disfuncionalidad y severamente disfuncional de la familia, debido a los roles que desempeñan dentro del hogar y las relaciones que mantienen con los integrantes dentro de la familia.

CUARTA : Respecto a las conductas de riesgo la mayoría de los adolescentes se encuentran en un nivel de depresión (leve, moderada e intensa); en el consumo de alcohol o drogas se encontró un porcentaje menor de consumo y en cuanto a las conductas sexuales de riesgo hay un porcentaje menor de iniciación sexual y de ellos la mayoría no han usado preservativo; pero son significativos los porcentajes debido que ambas conductas se inician a temprana edad.

- QUINTA** : La conducta de riesgo que más predominó en los estudiantes fue la depresión, seguida del consumo del alcohol o drogas y finalmente las conductas de riesgo sexuales.
- SEXTA** : Existe relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar, la depresión y consumo de alcohol o drogas en adolescentes; se puede concluir que mientras más disfuncional sea el nivel de funcionamiento familiar mayor será el grado de depresión y el riesgo de consumir algunas sustancias.
- SÉPTIMA** : Existe una relación significativa con las conductas sexuales de riesgo con el indicador iniciación sexual, pero no se encontró una relación significativa con los indicadores, uso de métodos de prevención y sexo bajo los efectos de alcohol o drogas; debido a que la funcionalidad familiar no determina el uso de métodos de prevención, existiendo otros factores que lo puedan explicar.

RECOMENDACIONES

1. Los resultados obtenidos de la investigación contribuirán con el quehacer profesional de los psicólogos, docentes y enfermeras que trabajan en el área educativa, salud y social; de este modo fomentar programas dirigidos a los adolescentes y padres de familia para trabajar de manera conjunta y mejorar las relaciones entre los miembros de la familia
2. Coordinar talleres para los padres de familia, que le ayuden a comprender la influencia negativa que ejerce la disfuncionalidad familiar en los hijos, y dar a conocer la importancia de mantener buenas interrelaciones, construir vínculos afectivos seguros, mantener una comunicación adecuada, determinar roles claros y que se dé un equilibrado cumplimiento de sus funciones, para luego poner en práctica todos estos conocimientos con la participación de los hijos.
3. Realizar charlas de sensibilización en la Institución educativa sobre la importancia de la salud mental en temas como la depresión e implementar talleres en el área de tutoría sobre resiliencia, mecanismo de afrontamiento, toma de decisiones adecuados para que los adolescentes puedan afrontar los problemas que se les presentan de una manera apropiada.
4. A los profesionales de la salud, para que puedan realizar estudios complementarios que permitan identificar otros factores asociados a las conductas de riesgo en los adolescentes, como por ejemplo el tipo de familia, estado civil de los padres, religión, nivel socioeconómico que puedan brindar mayor información y generar nuevos conocimientos.

5. Realizar concienciación sobre las repercusiones de las conductas de riesgo (depresión, consumo de alcohol o drogas, iniciación sexual precoz, ausencia de uso de métodos de prevención) en su vida actual y futura en los adolescentes, por medio de talleres en coordinación con tutoría.
6. En el MINSA se debe implementar programas con la participación de los adolescentes en el adecuado uso de los métodos anticonceptivos, informar y concientizar sobre las Infecciones de Trasmisión Sexual y embarazos precoces.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcázar, L., Marini, A., Ian, W., Valdivia, M., Santiago , C., Saldarriaga, V., & Muñoz, I. (2011). *Salud, interculturalidad y comportamientos de riesgo*. Lima: GRADE.
- Alvarez, S., & Maldonado, K. (2017). Funcionamiento familiar y dependencia emocional en estudiantes universitarios. (*Tesis pregrado*). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa. Recuperado el 11 de mayo de 2018, de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4785/PSaldesk.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Apolo, G. (2017). Funcionamiento Familiar y su relacion con conductas de riesgo en los estudiantes del colegio Ciudad de Portovelo. (*Tesis pregrado*). Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador. Recuperado el 16 de septiembre de 2018
- Arenas, S. (2009). Relación entre el funcionamiento familiar y la depresión. (*Tesis de pregrado*). Universidad Nacional de San Marcos, Lima. Recuperado el 10 de mayo de 2018, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2562/Arenas_as.pdf;jsessionid=4021E7657CC0202F4490214537DBAE35?sequence=1
- Bertini, M., Busaniche, J., Baquero, F., E. A., Krauss, M., Paz, M., & Catsicaris, C. (2015). Adaptación transcultural y validación del test CRAFFT como prueba de pesquisa para consumo problemático, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias en un grupo de adolescentes argentinos. *Archivos Argentinos de pediatría*, 2(113), 114-118. Recuperado el 30 de septiembre de 2018, de <https://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.114>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Buenos Aires: Paidós, SAICF.
- Cari, E., & Zevallos, N. (2017). Funcionamiento familiar y habilidades sociales en adolescentes de 3ro a 5to grado de secundaria de la Institucion educativa Jose Antonio Encias Juliaca. (*Tesis de pregrado*). Universidad Nacional de San Agustin, Arequipa.
- Carratalá, E. (2013). Relación entre el divorcio de los padres y la conducta sexual en los adolescentes españoles: análisis y propuesta de intervencion. (*Tesis doctoral*). Universidad Miguel Hernández de Elche, Elche. Recuperado el 20 de septiembre de 2018, de <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/1475/7/TD%20Elena%20Carratal%C3%A1%20Hurtado.pdf>

- Cervera, Z. (2014). *Vivir en familia*. Recuperado el 01 de septiembre de 2018, de <http://www.vivirenfamilia.net/articulo/la-familia-funcional/>
- Flores, L. (2014). Funcionamiento familiar y su relación con las conductas de riesgo en adolescentes del nivel secundario, Institución Educativa Enrique Paillardelle Tacna. (*Tesis de pregrado*). Universidad Nacional Jorge Basadre, Tacna. Recuperado el 08 de septiembre de 2018, de <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/328/TG0178.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Flores, Y. (2017). Funcionamiento familiar y su relación en el desarrollo de conductas de riesgo en salud en adolescentes de la Institución Educativa Juana Moreno-Huánuco. (*Tesis de pregrado*). Universidad de Huánuco, Huánuco. Recuperado el 27 de septiembre de 2018, de http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/806/T047_47850262_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Garcia, X., & Estremero, J. (2003). *Ciclo vital crisis evolutivas*. Obtenido de <https://www.fundacionmf.org.ar/files/Ciclo%20Vital.pdf>
- Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico: Una introducción a la psicoterapia familiar* (2 ed.). Mexico: Editorial El Manual Moderno.
- Gomez de Giraudo, M. (s.f). *Adolescencia y prevención: Conducta de riesgo y resiliencia*. Obtenido de <http://racimo.usal.edu.ar/4541/1/1205-4284-1-PB.pdf>
- Gonzales Ramírez, F. (2017). *Documento Técnico situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú*. Ministerio de Salud (MINSA), Lima. Recuperado el 21 de junio de 2018, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- Hernández, L. (2016). Conducta sexual de riesgo en estudiantes adolescentes. (*tesis de pregrado*). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Nicaragua. Recuperado el 13 de julio de 2018, de <http://repositorio.unan.edu.ni/1457/1/76178.pdf>
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de Investigación* (5ta ed.). México D.F.: McGraw Hill Editorial.
- Huitrón, & al, e. (2011). Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: un estudio comparativo. *Papeles de Población*, 17(70), 33-47.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2010). *Perú: tipos y ciclos de vida de los hogares, 2007*.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2016*. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1432/libro.pdf

Lázaro, C. (2011). Hábito de consumo de alcohol y su relación con la condición física saludable en adolescentes de la región de Murcia. (*Tesis de grado*). Universidad de Murcia, Murcia. Recuperado el 04 de septiembre de 2018, de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/35699/TCJLM.pdf?sequen>

López, H. (2014). Disfuncion familiar y su influencia en la inteligencia emocional en los niños de quinto año de básica que asisten a la escuela Luis Felipe Borja en el año lectivo. (*Tesis de pregrado*). Universidad Técnica de Ambato, Ambato. Recuperado el 22 de julio de 2018, de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7994/1/L%C3%B3pez%20Bayas%2C%20Hipatia%20Marisela.pdf>

Losada, A. (2015). *Familia y Psicología* (Primera ed.). Buenos Aires: Dunken.

Málaga, F. (2013). Relación entre funcionamiento familiar y Conductas de riesgo en adolescentes de la Institución educativa secundaria comercio N° 45, Puno. (*Tesis de postgrado*). Universidad Católica Santa María, Arequipa.

Mendizábal, J., & Anzures, B. (1999). La familia y el adolescente. *Revista Medica del Hospital General de Mexico*, 62(3), 191-197. Recuperado el 27 de agosto de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-1999/hg993g.pdf>

Micucci, J. (2005). *El adolescente en la terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.

Ministerio de Salud. (2017). *Iniciar las relaciones sexuales a temprana edad aumenta el riesgo de contagio del VIH*. Recuperado el 24 de julio de 2018, de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=22354>

Ministerio de Salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Unidad de Salud Mental. (2005). *Módulo de Atencion Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atencion.Módulo 6:La depresión*. Lima.

Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la de la depresión en el adulto*. Recuperado el 06 de agosto de 2018, de http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/2014/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

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

Minuchin, S., & Fishman, C. (2004). *Técnicas de terapia familiar* (1 ed.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Molina, L., & Quispe, A. (2014). Realción entre funcionamiento familiar y conductas de riesgos en estudiante de tercer al quinto grado de la Intitución Eduvativa Secundaria Adventista - Puno 2013. (*Tesis de pregrado*). Univesidad Nacional del Altiplano, Puno. Recuperado el 28 de julio de 2018, de <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/2314>

Monroy, A. (2002). *Guía práctica para padres y educadores salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*. Mexico: Editorial Pax Mexico.

Navarro, J., Moscoso, M., & Calderón, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74. Recuperado el 24 de julio de 2018

Novara, J., Sotillo, C., Warthon, D., & Estanda, D. (1985). Estandarización de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para la depresión de Lima Metropolitana Instituto Nacional de Salud Mental Lima.

Ochoa, G. (2015). Relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming. (*Tesis de pregrado*). Universidad Nacional de San Agustin, Arequipa. Recuperado el 22 de julio de 2018, de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/311>

Orbegoso, B. (2013). *Conductas de riesgo convencionales*. CEDRO. Recuperado el 20 de mayo de 2018, de http://www.cedro.org.pe/cursoonline20134/descargas/Modulo_2.pdf

Organizacion Mundial de la Salud. (1999). *Promoción de la Salud Glosario*. Ginebra. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=D576423EE8359B2AD7BC6761D39999EA?sequence=1

Organizacion Mundial de la Salud OMS. (2012). *Avanzaan validación de documento sobre "Algoritmos de diagnóstico y tratamiento de depresión y suicidio"*. Recuperado el 13 de septiembre de 2018, de https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1891:avanzan-validacion-documento-sobre-algoritmos-diagnostico-tratamiento-depresion-suicidio&Itemid=900

Organizacion Mundial de la Salud OMS. (2018). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Recuperado el 13 de septiembre de 2018, de

<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Organizacion Mundial de Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid. Obtenido de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.

Organización Panamericana de la Salud. (1992). *Manual de Medicina de la adolescencia*. (T. Silber, M. Munist, M. Maddaleno, & E. Suárez, Edits.) Washington.

Ospina, J., & Manrique, F. (2007). Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. *Rev.Av enfermería*, 25(2), 101-111.

Paladines, M., & Quinde, M. (2010). *Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar*. (Tesis de pregrado), Universidad de Cuenca. Recuperado el 5 de agosto de 2018, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf>

Papalia, E., Duskin, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano* (12da ed.). Mexico: Mc Graw-Hill.

Pérez, E., De la Cuesta, D., Louro, I., & Bayarre, H. (1997). Funcionamiento familiar construcción y validación de un instrumento. *Ciencias de la salud humana*, 4(1).

Pillcorema, B. (2013). Tipos de familia estructural y relación con sus límites. (*Tesis de pregrado*). Universidad de Cuenca, Cuenca. Recuperado el 25 de agosto de 2018, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4302/1/Tesis.pdf>

Quispe, k., & Tturo, Y. (2016). Inteligencia emocional y conductas sexuales de riesgo en adolescentes de 12 a 17 años I.E. Juan Pablo Viscardo y Guzmán, Hunter. (*Tesis de pregrado*). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa. Recuperado el 22 de julio de 2018, de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5101>

Redondo, C., Galdo, G., & García, M. (2008). *Atención al adolescente*. España: Ediciones de la Universidad de Cantabria.

Rios, A. (2015). Funcionamiento familiar y manifestaciones de depresión infantil en estudiantes de una Institución Educativa - Chiclayo. (*Tesis de pregrado*). Universidad Señor de Sipán, Chiclayo. Recuperado el 28 de septiembre de 2018, de http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/3386/RIOS%20BERNARDI_SUAREZ%20BRENIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K., & Hernández, R. (2015). Conductas de riesgo en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 218-229.
- Sandoval, R., Vilela, M., & Galvez, J. (2017). Estrategias de prevención y soporte en adolescentes con depresión y conducta suicida: una necesidad urgente. *Revista Cubana de Medicina General*, 23(4). Recuperado el 24 de julio de 2018, de <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/457/166>
- Santander, S., Zubarew, T., Santelices, L., Argollo, P., Cerdá, J., & Bórquez, M. (2008). Influencia de la familia como factor. *Revista Médica de Chile*, 136(3), 317-324. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300006
- Solano, Y. (2015). Clima social familiar y depresión en los adolescentes de quinto grado de secundaria de la institución educativa Argentina. (*Tesis de maestría*). Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco. Obtenido de http://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/UNHEVAL/2209/TM_Solano_Guillen_Ynes.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- UNICEF. (2017). *Para cada adolescente una oportunidad*. Obtenido de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/GRUPOS%20DE%20TRABAJO/UNICEF%20para%20cada%20adolescente%20una%20oportunidad%20.pdf>
- Uribe, M. (2012). *Validación para Colombia de la escala CRAFFT para tamizaje de consumo de sustancias psicoactivas*. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Bogotá. Recuperado el 17 de noviembre de 2018, de <http://bdigital.unal.edu.co/6313/1/05598481.2012.pdf>
- Zaldivar, D. (2006). Funcionamiento familiar saludable. *Infomed*. Recuperado el 26 de mayo de 2018, de Infomed: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf

ANEXOS

- OFICIO ENVIADO A LA INSTITUCION EDUCATIVA VICTOR ANDRÉS BELAUNDE
- CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL
- CUESTIONARIO DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES
- PRUEBA DE PESQUISA PARA CONSUMO PROBLEMÁTICO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS - CRAFFT
- ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG (EAA)

ANEXO N° 1



Escuela Profesional de Psicología

"AÑO DEL DIÁLOGO Y RECONCILIACIÓN NACIONAL"

Arequipa, 2018 agosto 21

OFICIO N 431-2018-EP.PS.

SEÑOR:

Mg. VICENTE VALENCIA VALENCIA

DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 40035 "VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE" – NIVEL SECUNDARIA

PRESENTE

De mi especial consideración:

Por el presente le saludo cordialmente para manifestarle que nuestros egresados de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín que se detalla a continuación, se encuentran realizando el trabajo de tesis "FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES" para obtener el título profesional de Psicólogas, por lo que nos dirigimos a su despacho para solicitar su valioso apoyo en disponer a quien corresponda les brinde las facilidades necesarias, para la aplicación de cuestionarios. Los indicados estudiantes están asesoradas por el docente, Mg. Víctor Hugo Rosas Imán.

- **ROCIO ISABEL LLAZA AYTA**
- **FANNY NOEMI OCORURO BEDOYA**

Agradeciendo su gentil atención al presente, hago propicia la ocasión para expresar a usted las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente,

A circular blue ink stamp of the "Escuela Profesional de Psicología, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa". The stamp contains the name of the institution in Spanish and English, along with the date "21/08/18" handwritten below it.
A handwritten signature in blue ink, which appears to be "EPC", placed over the typed name and title.
Dr. Edwin Valdivia Carpio
Director
Escuela Profesional de Psicología

ANEXO N° 2
CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

EDAD: _____ **SEXO:** (M) (F) **GRADO:** _____

Instrucciones: A continuación, les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que marque con una X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Ítems	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
	1	2	3	4	5
1. Se toman decisiones entre todos los miembros de la familia para cosas importantes.					
2. En mi casa predomina la armonía familiar.					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos de forma clara y directa sin insinuaciones oscuras.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás miembros de la familia y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias positivas de otras familias ante situaciones problemáticas.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan a resolver en la familia.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas dentro de la familia sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil podemos buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada uno son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos entre los miembros de la familia.					

ANEXO N° 3

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES

Lea cada una de las siguientes preguntas y marca con una “X” en los recuadros correspondientes y responde con veracidad las interrogantes planteadas. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Tus respuestas son anónimas y confidenciales.

¿Has mantenido alguna vez relaciones sexuales? (masturbación mutua, coito o sexo oral)

SI() NO()

En caso de que sí hayas practicado coito vaginal o anal:

¿Cuántos años tenías la primera vez que lo practicaste? _____

¿Empleaste preservativo en esa primera relación? SI() NO()

¿Has mantenido relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?

Siempre() Bastantes veces() Pocas veces() Nunca()

Te consideras: Heterosexual() Bisexual() Homosexual()

¿Has mantenido relaciones sexuales (masturbación mutua, coito vaginal, coito anal o sexo oral) en los últimos 6 meses?

SI() NO()

**** Si has respondido NO a la anterior pregunta, pasa al siguiente cuestionario****

¿Con cuántas personas has mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? _____ ¿Con qué frecuencia has mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses?

A. 1 vez al mes() B. 2 ó 3 veces al mes() C. 1 ó 2 veces / semana() D. 3 ó más veces / semana()
Todos o casi todos los días()

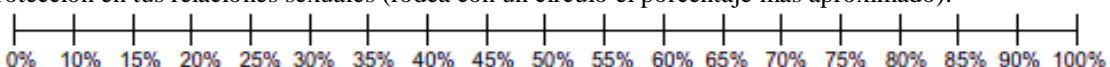
¿Qué tipo de relaciones sexuales mantienes?

A. Coito vaginal() B. Coito anal() C. Sexo oral() D. Masturbación mutua()

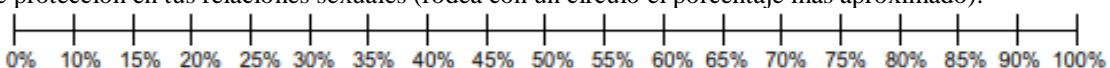
¿En tus relaciones sexuales con penetración utilizas alguno de los siguientes métodos de protección?

() Ningún método de prevención de enfermedades o embarazos

() Preservativo. Si has marcado esta casilla, indica qué porcentaje de veces utilizas este método de protección en tus relaciones sexuales (rodea con un círculo el porcentaje más aproximado):



() Píldora anticonceptiva. Si has marcado esta casilla, indica qué porcentaje de veces utilizas este método de protección en tus relaciones sexuales (rodea con un círculo el porcentaje más aproximado):



() Otros métodos (Indica cuáles):

¿Alguna vez has mantenido relaciones sexuales bajo los efectos de...?

Cannabis() Alcohol() Cocaína() Drogas de síntesis() Alucinógenos() Ninguna de las anteriores
(porros) (pastillas) (setas,tripis..)

ANEXO N° 4

CUESTIONARIO CRAFFT

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

N° PREGUNTA	SI	NO
PARTE A		
A1. ¿Has consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)?		
A2. ¿Has fumado marihuana?		
A3. ¿Has usado algún otro tipo de sustancias que alteren tu estado de ánimo o de conciencia?		
<i>(Si respondiste “Sí” a CUALQUIERA de las anteriores 3 preguntas, pasa a las preguntas B1-B6)</i>		
PARTE B		
B1. ¿Alguna vez viajaste en un vehículo conducido por ti u otra persona que hubiera consumido alcohol o drogas?		
B2. ¿Alguna vez usaste alcohol o drogas para relajarte, sentirte mejor contigo mismo o para integrarte a un grupo?		
B3. ¿Alguna vez consumiste alcohol o drogas mientras estabas solo/a?		
B4. ¿Alguna vez te olvidaste de cosas que hiciste por haber consumido alcohol o drogas?		
B5. ¿Alguna vez tu familia o amigos te dijeron que disminuyeras el consumo de alcohol o drogas?		
B6. ¿Alguna vez tuviste problemas por haber consumido alcohol o drogas?		

ANEXO N° 5

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me siento triste y decaído				
2. Por la mañana me siento mejor				
3. Siento ganas de llorar y a veces lloro				
4. Me gusta mucho dormir por las noches				
5. Como igual que antes				
6. Aún tengo deseos sexuales				
7. Noto que estoy adelgazando				
8. Estoy estreñido				
9. El corazón me late más rápido que antes				
10. Me canso sin motivo				
11. Mi mente esta tan despejada como antes				
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo confianza en el futuro				
15. Estoy más irritable que antes				
16. Encuentro fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Encuentro agradable vivir				
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto				
20. Me gustan las mismas cosas que antes				

CASOS CLÍNICOS

- CASO 1: LLAZA AYTA ROCIO ISABEL
- CASO 2: OCORURO BEDOYA FANNY NOEMI

CASO N° 1

LLAZA AYTA ROCIO ISABEL

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y apellidos** : J.H.M
- **Edad cronológica** : 6 años y ocho meses
- **Fecha de nacimiento** : 05/09/2010
- **Sexo** : Masculino
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Grado de escolaridad** : 1º de primaria “Mariano Melgar Valdivieso”
- **Lugar de Procedencia** : Arequipa
- **Fechas de evaluación** : 11 - 15 - 22 de mayo
- **Lugar de evaluación** : P.S. Ampliación Pampas del Cusco - Hunter
- **Informantes** : Madre y Padre del menor
- **Fecha de informe** : 26/05/2017
- **Examinador** : Llaza Ayta, Rocio Isabel

II. MOTIVO DE CONSULTA

Niño acude al Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco acompañada por la madre, refiriendo que no puede ejercer disciplina con su menor hijo en casa, “Josep no hace caso, no hace las tareas y la docente se queja contantemente, porque no presta atención, se distrae, es inquieto, no obedece, molesta, agrede a los compañeros y tiene dificultades en la escritura y lectura” por lo que en la escuela la docente pidió una evaluación psicológica debido a su comportamiento y dificultades escolares.

III. PROBLEMA ACTUAL

Tiempo: Lo síntomas empezaron a manifestarse desde los 3 años de edad.

Forma de inicio y Síntomas principales: La madre refiere que el niño hasta los tres años, era un niño tranquilo, obedecía, hacia sus berrinches pero cuando le levantaba la voz se controlaba. Cuando estaba en el jardín no obedecía a la profesora, quitaba objetos de los compañeros, en casa solo quería jugar, correr y mirar televisión y no le gustaba hacer las tareas por lo cual la madre se lo hacía, porque se ponía a llorar y hacia berrinches. Cuando ingreso a primaria la profesora le refería que el niño no presta atención, interrumpe las clases, se levanta del lugar, les quita sus cosas, molesta y agrede a sus compañeros, no obedece y tiene dificultades para la escritura y lectura. Y en casa madre refiere que no obedece, hace berrinches, pelea con los hermanos, no hace la tarea porque no puede escribir y leer, se frustra y la madre termina haciendo las actividades del niño. Esta situación es complicada en la casa y escuela por lo cual la madre pide ayuda para el menor.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

a. Etapa Pre-Natal

La madre refiere que tenía 36 años al momento del embarazo y el padre 34 años, fue un hijo deseado, pero no planificado, ambos padres deseaban que fuera varón, y el padre esperaba con entusiasmo porque era su primer hijo, durante el embarazo no hubo presencia de enfermedad en la madre, se desarrolló con normalidad asistiendo a sus respectivos controles, así mismo la madre menciona que tuvo náuseas los tres primeros meses y el estado de ánimo más frecuente era de preocupación y angustia por los constantes problemas con el esposo. El embarazo tuvo una duración de 9 meses.

b. Etapa Natal

El parto fue de forma natural, en el centro de Salud de Hunter las contracciones duró 2 horas aproximadamente, el parto fue rápido y no tuvo complicaciones, el niño nació vía pélvico, con un peso de 3,400 kg aproximadamente en cuanto al APGAR no hay referencia.

c. Etapa Post - Natal

En cuanto al desarrollo neuromuscular el niño irguió la cabeza a los cuatro meses, se sentó sólo a los nueve meses, empezó a gatear a los nueve meses, se paró al año aproximadamente, dio sus primeros pasos al año y diez meses y empezó a caminar sólo cuando tenía dos años.

En cuanto al desarrollo del lenguaje, empezó a balbucear a los nueve meses y a decir sus primeras palabras al año, y cuando tenía dos años aproximadamente designaba las palabras “teta y mama, papa”, en cuanto a la audición y visión no presenta dificultades.

En relación con su formación de hábitos alimenticios el tipo de lactancia recibida por el menor fue artificial desde que nació debido a que la madre no tenía leche y no succionaba bien hasta el año y medio; empezó a ingerir alimentos sólidos a los 3 años, actualmente su apetito es normal, pero muchas veces se levanta de la mesa o molesta a los hermanos. En cuanto a su control de esfínteres, menciona que el niño nunca se orina en la cama, dejando el pañal alrededor de los 2 años, controlando primero el esfínter vesical y después el anal. Y en cuanto a su vestimenta se demora en vestir por lo que mamá tiene

que ayudarlo. Tiene un sueño normal de ocho a nueve horas pero necesita compañía por lo que duerme en la misma habitación que la madre.

d. Etapa Escolar

La etapa preescolar inicio a los 3 años de edad en el jardín San Juan de Dios, hasta los cinco años, la mamá refiere que observaba dificultades porque no le agradaba hacer las tareas en casa, por lo que la madre casi siempre lo hacía, y la profesora constantemente manifestaba problemas en cuanto a su comportamiento del menor corría por todo el salón, empuja a los compañeros en los juegos así mismo tiene dificultades en la realización de actividades educativas, actualmente cursa el primer grado de primaria en la I.E Mariano Melgar Valdivieso y las conductas persisten, empeoraron, la madre refiere que la profesora comunica constantemente sobre el mal comportamiento del niño, pega, empuja a los compañeros, también interrumpe la clase, se para de su asiento, no presta atención y se distrae constantemente, la madre atribuye a que “la profesora es mala y siempre echa la culpa de todo a mi hijo, lo grita”, incluso llegó a hablar con el Director para cambiar de salón pero él no lo autorizó, así mismo la molestia y queja también es por parte de los padres de familia porque constantemente molesta, pega a los niños. La madre refiere que ante los problemas escolares el niño se molesta, frustra y se pone triste. Así mismo la madre se siente preocupada por los problemas que presenta y quiere ayudar a su hijo.

e. Historia de la recreación y de la vida

El niño refiere que le agrada mirar televisión, jugar fútbol, dibujar, jugar con la Barbie y el muñeco Ken, en la escuela fácilmente inicia juegos, en casa le gusta mirar televisión, jugar y molesta constantemente a las hermanas cogiendo sus pertenencias surgiendo discusiones con los hermanos y no obedece principalmente si tiene que hacer las tareas, muestra afecto a los padres, da abrazos y besos.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Composición Familiar:

Padre (40 años) maestro y operador.

Madre (42 años) ama de casa.

Hermanos: Tiene 3 medios hermanos, varón de 18 años, mujer 14 años, mujer 12 años, con los cuales pelean constantemente porque les molesta o los hermanos inician la discusión y el padre siempre lo defiende y consiente al menor.

b. Dinámica Familiar

La dinámica familiar durante la infancia del menor era regular, había pequeñas discusiones por problemas económicos en la familia, pero podían solucionarlo, el padre del menor refiere que hace más de un año empezaron las discusiones, debido a que las hijastras empezaron a cambiar su comportamiento, ya no había respeto hacia él, la madre consentía, mentía y sentía que perdía la autoridad.

Actualmente continúan los problemas, hace unos meses la hija de 14 años se perdió y fue encontrada ebria por los policías, por lo que está recibiendo tratamiento psicológico, así mismo refiere que la relación familiar está muy

deteriorada todos discuten, no hay comunicación. La madre refiere que la relación no es buena en la familia por los problemas con sus hijas y porque la pareja toma los fines de semana y cuando llega a casa se pone agresivo, grita, insulta y el niño se asusta.

Relación con el padre: El niño refiere que quiere mucho a su padre, y que lo consciente en sus caprichos, así mismo refiere que las personas más importantes para él es su padre y su abuela.

Relación con la madre: Existe una relación distante en ocasiones, debido a que constantemente lo obliga hacer la tarea u otras actividades que él no quiere, refiriéndose a la madre como “mala”.

Relación con sus hermanos: con el hermano mayor mantiene una relación cordial y con las medias hermanas la relación es complicada, constantemente pelean, la madre refiere que es porque miente y hace pelear a sus hermanos.

c. Condición Socioeconómica

Actualmente vive con los padres y medios hermanos, el padre se desempeña como operario de construcción civil, brindando sus servicios de forma independiente, la vivienda donde habitan es alquilada y de material noble, cuenta con los servicios básicos como luz, agua y desagüe.

d. Antecedentes Patológicos

La madre del paciente refiere que no hay enfermedades importantes dentro de su familia.

VI. RESUMEN

J.H.M es un niño de seis años y ocho meses, natural y procedente de Arequipa, actualmente vive con sus padres y 3 medios hermanos, cursa el primer grado de primaria. Durante la gestación no hubo complicaciones, duro nueve meses, no tuvo problemas con el oxígeno, lloró en seguida al nacer, tuvo un color normal. El desarrollo de la primera infancia se dio sin mayores dificultades a nivel de lenguaje, motricidad, control de esfínter, así mismo no presenta problemas de audición ni visión, desarrollo aparentemente normal. Sin embargo, desde los primeros años se observó que tenía tendencia a ser inquieto, movido, engreído y con dificultades para seguir órdenes.

La madre refiere que demuestra mayor apego con el padre porque es permisivo con el niño siempre lo engríe, y cumple sus caprichos y la madre lo describe como un niño engreído, caprichoso, mentiroso y desobediente.

La madre refiere que en cuanto a los antecedentes familiares, el padre tiene un carácter agresivo especialmente cuando está ebrio induciendo a las discusiones y peleas el niño presencia los altercados entre los padres llegando a asustarse, gritar y llorar. Actualmente no hay un buen clima familiar, frecuentemente hay discusiones por el menor y otros problemas por los otros hijos.

Inicia su escolaridad a los 3 años, donde la docente comunicaba frecuentemente a la madre sobre el comportamiento del niño describiéndole como; inquieto, desatento, molesto, y desobediente, siendo esas conductas persistentes en la actualidad.

Actualmente el niño cursa el primer grado de primaria y su comportamiento ha ido empeorando, llegando la queja por parte de los padres de familia por su comportamiento ya que molesta, empuja, agrede a sus compañeros, así mismo tiene dificultades para prestar atención, escribir y leer; por esta razón la madre ha tratado de corregir el comportamiento de su hijo con muchas dificultades, llegando incluso a desesperarse agrediéndolo verbal y físicamente, por lo cual el docente pidió una evaluación psicológica del menor.

Arequipa, 24 de julio de 2017

Rocio Isabel Llaza Ayta
Interna de Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y apellidos** : J.H.M
- **Edad cronológica** : 6 años y ocho meses
- **Fecha de nacimiento** : 05/09/2010
- **Sexo** : Masculino
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Grado de escolaridad** : 1º de primaria “Mariano Melgar Valdivieso”
- **Lugar de Procedencia** : Arequipa
- **Fechas de evaluación** : 11 - 15 – 22 de mayo
- **Lugar de evaluación** : P.S. Ampliación Pampas del Cusco Hunter
- **Informantes** : Madre y Padre del menor
- **Fecha de informe** : 04/06/2017
- **Examinador** : Llaza Ayta Rocio Isabel

II. ACTITUD PORTE Y COMPORTAMIENTO

APARIENCIA GENERAL

J.H.M. de 6 años aparenta la edad referida, con un aseo y cuidado personal adecuado y vestido adecuadamente, de contextura gruesa, estatura media, tez trigueña, cabello negro, y con aliño al vestir, su tono de voz fuerte, apariencia apropiada para su edad, con relación a sus movimientos gruesos puede caminar y correr sin ninguna dificultad y sus movimientos finos como encajar y atar se encuentran conservados. Presenta lateralidad surda y adecuada coordinación mano-ojo; durante la evaluación y entrevista muestra una actitud colaboradora. En cuanto a la atención y concentración es selectiva, transcurrido el tiempo tiende a aburrirse, pararse, cansarse y no continúa las actividades indicadas.

ACTITUD HACIA EL EXAMINADOR Y HACIA LA EVALUACIÓN

Se estableció un buen rapport desde el inicio, se desarrolló armonía y confianza pero al transcurrir la entrevista, no permanecía sentado en la silla, caminaba alrededor del consultorio subía y bajaba de la camilla. Frente al fracaso y la frustración, tiende a molestarte, y pide parar o cambiar la actividad.

III. CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

- **Atención:**

Posee una capacidad de concentración acorde a su edad, predominó la atención selectiva y voluntaria, pero en la atención sostenida tiene dificultades ya que se distrae y se aburre con facilidad pidiendo el cambio de la actividad.

- **Conciencia:**

Lúcido, conectado adecuadamente con su entorno y realidad, capaz de realizar las actividades solicitadas por la evaluadora y mantener una adecuada conversación.

- **Orientación:**

El paciente se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona, menciona correctamente el lugar en el que se encuentra, refiere datos generales, y reconoce al personal profesional.

- **Lenguaje:**

Su lenguaje es fluido y coherente, comprende apropiadamente lo que se le dice e indica, su tono de voz es perceptible. En cuanto a su lenguaje expresivo es entendible, no presenta problemas en la elaboración de palabras o frases. Su lenguaje comprensivo se encuentra conservado al igual que el semántico, y

pragmático. En el lenguaje sintáctico presenta dificultades, eso se manifiesta en la dificultad que tiene en la escritura y lectura.

- **Comunicación**

En cuanto a la comunicación predominan ambas, la verbal y no verbal, manteniendo el contacto visual, es comunicativo, muchas veces muestra oposición cuando la madre está hablando, interrumpe constantemente y cree tener la razón.

- **Pensamiento y percepción**

En cuanto el curso y contenido del pensamiento es coherente, construye y elabora facialmente asociando colores, formas en actividades manuales. No presenta distorsión de su imagen corporal, no presenta alucinaciones ni delirios.

- **Memoria**

El niño no presenta alteración de su memoria reciente e inmediata, en relación a la memoria episódica es adecuada, ya que recuerda datos personales y familiares de forma precisa y rápida; en cuanto a su memoria semántica y de trabajo se encuentran conservadas.

- **Estados de ánimo y afecto**

El niño manifiesta estar constantemente aburrido y cansado porque pasada lo minutos refiere que quiere irse a casa y se sube y echa en la camilla. Refiriendo que está cansado y que se aburrido, pero generalmente está alegre, conversador, y contento.

IV. RESUMEN

J.H.M de 6 años aparenta la edad referida, con un aseo y cuidado personal adecuado y vestido adecuadamente, de contextura gruesa y estatura media con un tono de voz fuerte, en cuanto a la atención y concentración es selectiva, tiende dificultades en la atención sostenida ya que se distrae fácilmente y se aburre de las actividades que está realizando; En cuanto a la atención y concentración es selectiva, transcurrido el tiempo tiende a aburrirse, pararse, cansarse y no continúa las actividades indicadas. Al transcurrir la entrevista, no permanecía sentado en la silla, caminaba alrededor del consultorio se subía y bajaba de la camilla. Frente al fracaso y la frustración, tiende a molestarse, y pide parar o cambiar la actividad.

Se encuentra orientada en persona, tiempo y espacio; el habla y lenguaje fluido, en cuanto a la comunicación desarrolla ambos tipos de comunicación la verbal y no verbal, el pensamiento es coherente y no presenta alucinaciones ni problemas en la percepción auditiva y visual. En cuanto su memoria se encuentra conservada y adecuada para su edad.

Arequipa, 24 de julio de 2017

Rocio Isabel Llaza Ayta
Interna de Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y apellidos** : J.H.M
- **Edad cronológica** : 6 años y ocho meses
- **Fecha de nacimiento** : 05/09/2010
- **Sexo** : Masculino
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Grado de escolaridad** : 1º de primaria “Mariano Melgar Valdivieso”
- **Lugar de Procedencia** : Arequipa
- **Fecha de evaluación** : 15 - 22 – 31 mayo y 02 de junio
- **Lugar de evaluación** : P.S. Ampliación Pampas del Cusco Hunter
- **Informantes** : Madre y Padre del menor
- **Fecha de informe** : 06/06/17
- **Examinadora** : Llaza Ayta Rocio Isabel

II. OBSERVACIONES GENERALES

Ante las distintas evaluaciones, J.H.M al inicio se presentó una actitud favorable y colaboradora ante la evaluadora y la realización de las tareas asignadas; comprendió las instrucciones pero a pocos minutos se aburrió, se paraba y pedía parar y cambiar la actividad, pero logró finalizar las pruebas.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Entrevista
- Observación
- Test Psicológicos:
 - ψ *Test de la familia*
 - ψ *Test de Matrices Progresivas (RAVEN)*
 - ψ *Diagnóstico de la madurez para el aprendizaje de lecto - escritura FHILO*
 - ψ *Test para el trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad ADHDT*

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Test de la familia

Análisis cualitativo

De acuerdo a la evaluación el niño proyecta fuertes pulsiones de impulsividad y agresividad, proyecta rasgos de extroversión, frente a frustraciones o presiones ambientales tiende a reaccionar con una actitud agresiva, en cuanto a la relación familiar el niño considera al más importante de su familia al padre, y que los más felices y buenos de su familia son el padre y él; se puede observar que el niño proyecta al padre como agresivo, debido a que él presencia las discusiones de los padres. Presenta desvalorización por la madre a quien aparentemente teme y no estaría llevando una buena relación.

Test de Matrices Progresivas (RAVEN)

Análisis cuantitativo

Edad cronológica	6 años y ocho meses
Puntaje A	8
Puntaje AB	6
Puntaje B	6
Puntaje total de aciertos	20
Percentil	50
Rango	III

Análisis cualitativo

En cuanto a su capacidad intelectual se encuentra en un término medio, es decir que no presenta dificultades para la resolución de problemas, comprender, relacionar y razonar, por ende desarrollará capacidades en el transcurso del año escolar.

**Test diagnóstico de la madurez para el aprendizaje de Lecto – escritura
FHILO**

Análisis cualitativo

RESULTADO	SUB TEST	I Coordinación Visomotor	II Menor Inmediata	III Memoria Motora	IV Memoria Auditiva	V Memoria lógica	VI Pronunciación	VII Coordinación motora	VIII Atención y fatigabilidad
		0							
PUNTAJE	1								
	2								
	3								

Análisis cualitativo

El niño ha logrado una madurez normal con un puntaje bruto de 12 puntos, encontrándose dentro de los parámetros normales. Durante el año aprenderá nuevas capacidades y habilidades en cuanto al aprendizaje. En cuanto a las áreas de memoria inmediata, coordinación motora, y atención presenta dificultades que deben de ser reforzadas y estimuladas para que en el transcurso del año pueda mejorar esas áreas.

Test para el trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad ADHDT

Análisis cuantitativo

Sub tests	Puntajes brutos	Puntaje estándar	Percentil	Probabilidad de ADHD (TDA/H)
Hiperactividad	20	10	50	Promedio
Impulsividad	17	12	63	Promedio
Inatención	23	12	63	Promedio
Total Puntaje estándar		34	77	Promedio
COciente TDAH	109			PROMEDIO

Análisis cualitativo

El niño presenta un cociente TDAH de 109, con una probabilidad *Promedio* de que el menor tenga un trastorno de déficit de atención con hiperactividad, así mismo se observa la tendencia a la impulsividad; que puede deberse a la falta de control inhibitorio en el comportamiento e inatención teniendo dificultades para sostener la atención.

Sub test Hiperactividad: Obtiene un PE de 10, con una probabilidad de TDAH *promedio*, lo cual indica que se encuentra constantemente en actividad, es inquieto, revoltoso, tiene dificultad para permanecer sentado por periodos prolongados de tiempo y se exalta con facilidad.

Sub test Impulsividad: Obtiene un PE de 12, con una probabilidad de TDAH *promedio*. Esto significa que cambia de actividad constantemente, no logra respetar su turno quiere ser el primero, interrumpe conversaciones, no espera que le den instrucciones y fracasa al seguir las reglas de juego.

Sub test Inatención: Obtiene un PE de 12, con una categoría de nivel *promedio*. Por lo que tiene poca concentración, no logrando terminar sus actividades a si mismo siendo desordenado, no sigue instrucciones, se distrae fácilmente ante cualquier estímulo atendiendo solo por cortos periodos de tiempo y suele tener dificultades para persistir y terminar tareas encomendadas.

V. RESUMEN

El niño proyecta fuertes pulsiones de impulsividad y agresividad, proyecta rasgos de extroversión, frente a frustraciones o presiones ambientales tiende a reaccionar con una actitud agresiva, en cuanto al nivel intelectual promedio para su edad, no presenta problemas en cuanto a la madurez para la lectoescritura, logrará una comprensión adecuada en el transcurso del año escolar, pero tiene dificultades en la escritura y lectura por falta de estimulación; presenta TDAH de 109, con una probabilidad promedio de que el niño presente trastorno de déficit de atención con hiperactividad, con tendencia a la impulsividad e inatención teniendo dificultades para sostener la atención, no sigue una instrucción, debido a que no presta atención y en ocasiones no entiende ya que se distrae fácilmente ante cualquier estímulo atendiendo solo por cortos períodos de tiempo y tiene dificultades para persistir y terminar tareas encomendadas.

La conducta que manifiesta el niño refleja problemas familiares, la falta de normas, reglas claras en casa y eso que está repercutiendo en su rendimiento académico y conducta.

Arequipa, 24 de julio de 2017

Rocio Isabel Llaza Ayta
Interna de Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y apellidos** : J.H.M
- **Edad cronológica** : 6 años y ocho meses
- **Sexo** : Masculino
- **Fecha de nacimiento** : 05/09/2010
- **Grado de instrucción** : 1º de primaria - Mariano Melgar Valdivieso
- **Lugar de Procedencia** : Arequipa
- **Fechas de evaluación** : 11 de mayo a 2 de junio
- **Lugar de evaluación** : P.S. Ampliación Pampas del Cusco Hunter
- **Informantes** : Madre y Padre del menor
- **Fecha de informe** : 24/07/2017
- **Examinadora** : Llaza Ayta Rocio Isabel

II. MOTIVO DE CONSULTA

Niño acude al Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco acompañada por la madre, refiriendo que no puede ejercer disciplina con su menor hijo en casa, “Josep no hace caso, hace berrinches y no hace las tareas y la docente se queja constantemente, porque no presta atención, se distrae, es inquieto, no obedece, molesta, agrede a los compañeros y tiene dificultades en la escritura y lectura” por lo que en la escuela la docente pidió una evaluación psicológica debido a su comportamiento y dificultades escolares.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Entrevista
- Observación
- Test Psicológicos:
 ψ *Test de la familia*

- ψ *Test de Matrices Progresivas (RAVEN)*
- ψ *Diagnóstico de la madurez para el aprendizaje de lecto – escritura FHILO*
- ψ *Test para el trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad ADHDT*

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

J.H.M es un niño de seis años y ocho meses, actualmente vive con sus padres y 3 medios hermanos, cursa el primer grado de primaria. Durante la gestación no hubo complicaciones, duro nueve meses, no tuvo problemas con el oxígeno, lloró en seguida al nacer, tuvo un color normal. El desarrollo de la primera infancia no hubo dificultades a nivel de lenguaje, motricidad, control de esfínter, así mismo no presenta problemas de audición y visión, desarrollo aparentemente normal. Sin embargo, desde los primeros años se observó que tenía tendencia a ser inquieto, movido, engreído y con dificultades para seguir órdenes.

La madre refiere que demuestra mayor apego con el padre porque es permisivo, siempre lo engríe, y cumple sus caprichos y lo describe como un niño engreído, caprichoso, mentiroso y desobediente. La madre refiere que, en cuanto a los antecedentes familiares, el padre tiene un carácter agresivo especialmente cuando está ebrio induciendo a las discusiones y peleas siendo el niño quien presencia los altercados entre los padres llegando a asustarse, gritar y llorar. Actualmente no hay un buen clima familiar, frecuentemente hay discusiones por el menor y otros problemas relacionados a los otros hijos.

Inicia la escolaridad a los 3 años, donde era un niño alegre, sociable le gustaba jugar, era muy preguntón según refiere la madre; así mismo la docente le comunicaba frecuentemente sobre el comportamiento del niño describiéndole

como; inquieto, desatento, molesto, y desobediente, siendo esas conductas persistentes en la actualidad.

Actualmente el niño cursa el primer grado de primaria y su comportamiento ha ido empeorando, llegando la queja por parte de los padres de familia por su comportamiento ya que molesta, empuja, agrede a sus compañeros, llegando a que los niños no quieran jugar con él, así mismo tiene dificultades para prestar atención, escribir y leer; por esta razón la madre ha tratado de corregir el comportamiento de su hijo con muchas dificultades, llegando incluso a desesperarse agrediéndolo verbal y físicamente, por lo cual la docente pidió una evaluación psicológica debido a su comportamiento y dificultades escolares.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

J.H.M de seis años, aparenta la edad referida, con un aseo y cuidado personal adecuado y vestido adecuadamente, de contextura gruesa y estatura media, tez trigueña, cabello negro, y con aliño al vestir, su tono de voz es fuerte, apariencia apropiada para su edad, durante la evaluación y entrevista muestra una actitud colaboradora al inicio, luego se para, agarra objetos del escritorio y refiere que ya está cansado a si mismo interrumpe constantemente en la conversación con la madre. En cuanto a la atención y concentración es selectiva, transcurrido el tiempo tiende a aburrirse, cansarse y no continúa las actividades indicadas; se estableció un buen rapport desde el inicio, se desarrolló armonía y confianza, durante la entrevista tiende a no esperar las instrucciones. Frente al fracaso y la frustración, tiende a molestarse, y pide parar o cambiar la actividad.

VI. ÁNALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a la evaluación el niño proyecta fuertes pulsiones de impulsividad y agresividad, proyecta rasgos de extroversión, frente a frustraciones o presiones ambientales tiende a reaccionar con una actitud agresiva, en cuanto a la relación familiar el niño considera al más importante de su familia al padre, así mismo proyecta al padre como agresivo, debido a que él presencia las discusiones de los padres. Presenta desvalorización por la madre a quien aparentemente teme y no estaría llevando una buena relación.

En cuanto a su capacidad intelectual se encuentra en un término medio, es decir que no presenta dificultades para la resolución de problemas, comprender, relacionar y razonar, por ende desarrollará capacidades en el transcurso del año escolar.

El niño ha logrado una madurez normal, encontrándose dentro de los parámetros normales. Durante el año aprenderá nuevas capacidades y habilidades en cuanto al aprendizaje. En cuanto a las áreas de memoria inmediata, coordinación motora, y atención presenta dificultades que deben de ser reforzadas y estimuladas para que en el transcurso del año pueda mejorar esas áreas.

El niño presenta un cociente TDAH de 109, con una probabilidad *Promedio* de que el niño tenga un trastorno de déficit de atención con hiperactividad, así mismo se observa tendencia a la **impulsividad** porque no logra respetar su turno quiere ser el primero, interrumpe conversaciones, no espera instrucciones y fracasa al seguir las reglas de juego y puede deberse a la falta de control inhibitorio en el comportamiento; e **inatención** teniendo dificultades para sostener la atención y tiene poca concentración por lo que no logra terminar sus actividades así mismo no

sigue instrucciones, se distrae fácilmente ante cualquier estímulo atendiendo solo por cortos periodos de tiempo y suele tener dificultades para persistir y terminar tareas encomendadas.

VII. DIÁGNOSTICO

El niño posee una capacidad intelectual promedio para su edad, es extrovertido, travieso, inquieto, proyecta fuertes pulsiones de impulsividad y agresividad le cuesta regirse a las normas, siempre quiere tener la razón, no termina las tareas encomendadas, se distrae fácilmente no presta atención, así mismo no presenta problemas en cuanto a la madurez para la lectoescritura, logrará una comprensión adecuada en el transcurso del año escolar; así mismo presenta tendencia a la hiperactividad, impulsividad, inatención, sensibilidad y facilidad para la frustración. A nivel familiar estaría presentando una inadecuada dinámica y relación familiar repercutiendo en su rendimiento académico y comportamiento.

Por todo lo expuesto se presume el TRASTORNO HIPERACTIVO DISOCIAL (F.90.0) según el CIE 10.

VIII. PRONÓSTICO

Favorable debido a que los problemas de comportamiento y las dificultades que tiene en cuanto a la escritura y lectura pueden mejorarse en el transcurso del periodo académico, porque cuenta con la iniciativa, preocupación de los padres y tiene las aptitudes necesarias para desempeñarse en el ámbito académico y social.

IX. RECOMENDACIONES

- Mejorar la relación y clima familiar.
- Apoyo al menor en la realización de las tareas y estimular con diferentes actividades a que pueda escribir y leer.
- Poner normas y reglas claras en casa para que realice sus tareas y mejore en su comportamiento.
- Desarrollar las competencias básicas de autocontrol de la propia conducta.
- Trabajar para la mejoría de atención y concentración.
- Fomentar la capacidad de desarrollar habilidades de interacción social y desenvolverse en el medio social adecuadamente.
- Realizar una evaluación neuropediatra

Arequipa, 24 de julio de 2017

Rocio Isabel Llaza Ayta
Interna de Psicología

INFORME PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y apellidos** : J.H.M
- **Edad cronológica** : 6 años y ocho meses
- **Fecha de nacimiento** : 05/09/2010
- **Sexo** : Masculino
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Grado de escolaridad** : 1º de primaria “Mariano Melgar Valdivieso”
- **Lugar de Procedencia** : Arequipa
- **Fechas de evaluación** : 11 de mayo a 2 de junio
- **Lugar de evaluación** : P.S. Ampliación Pampas del Cusco Hunter
- **Informantes** : Madre y Padre del menor
- **Fecha de informe** : 06/07/17
- **Examinadora** : Llaza Ayta Rocio Isabel

II. DIAGNÓSTICO

El niño posee una capacidad intelectual promedio para su edad, es extrovertido, travieso, inquieto, proyecta fuertes pulsiones de impulsividad y agresividad le cuesta regirse a las normas, siempre quiere tener la razón, no termina las tareas encomendadas, se distrae fácilmente no presta atención, así mismo no presenta problemas en cuanto a la madurez para la lectoescritura, logrará una comprensión adecuada en el transcurso del año escolar; así mismo presenta tendencia a la hiperactividad, impulsividad, inatención, sensibilidad y facilidad para la frustración. A nivel familiar estaría presentando una inadecuada dinámica y relación familiar repercutiendo en su rendimiento académico y comportamiento.

Por todo lo expuesto se presume el TRASTORNO HIPERCINETICO DISOCIAL (F.90.0) según el CIE 10.

III. OBJETIVOS

Objetivo general

Reducir conductas impulsivas en ambientes familiares, escolares y sociales e incrementar y mantener la atención.

Objetivos específicos

- Mejorar las relaciones interpersonales entre los padres, con la tendencia a que aprendan a manejar el comportamiento del niño.
- Orientar a los padres sobre cómo establecer normas de disciplina en el hogar y las pautas de crianza para fortalecer la relación familiar y cooperar para que el niño regule su conducta.
- Conocer los intereses profundos del niño y modelar la conducta, organizar un horario para organizar sus actividades.
- Desarrollar actividades para estimular la atención y la lectoescritura.
- Enseñar a tener autocontrol de las emociones y de esa manera moldear la conducta.

IV. MODALIDAD TERAPÉUTICA

El presente plan consta de 8 sesiones

SESIÓN N°1 MEJORANDO LAS RELACIONES FAMILIARES	
OBJETIVO:	Mejorar las relaciones entre los padres
DESARROLLO:	<p>La sesión inicia estableciendo el rapport pertinente, informando a los padres acerca de lo que se realizará en la terapia.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se identifican aquellos factores que están generando los posibles conflictos internos en la pareja y que están generando conductas inadecuadas en el niño.• Se reconocen aquellas conductas o factores que perjudican la dinámica y relación familiar y aquello que debe ser modificado, estableciendo un compromiso• Posteriormente se le enseña a los padres habilidades específicas a realizar dentro del hogar (y en lo posible en la escuela) para aplicarlas con el niño, tales como: <p>La alabanza: debe incluir comentarios positivos y motivadores, se deben reconocer los comportamientos positivos, aunque parezcan poco importantes. Además la alabanza debe ser sincera.</p> <p>La atención: con una mirada, una sonrisa, un comentario rápido o pregunta, una conversación breve, la realización conjunta de alguna actividad deben ser potentes reforzadores.</p> <p>El contacto físico: es un reforzador poderoso, especialmente con niños de esta edad.</p>
Duración	30 minutos

SESIÓN N° 2 Orientación y consejería familiar	
OBJETIVO:	Orientar a los padres sobre las pautas de crianza para fortalecer la relación familiar
DESARROLLO:	<p>Se iniciará resaltando los valores positivos de su familia y la importancia de esta para la formación socioemocional del niño</p> <p>Se enfocó en temas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La comunicación familiar • Las normas y reglas en casa • La importancia de establecer disciplina
Duración	30 minutos

SESIÓN N° 3 Economía de fichas	
OBJETIVO:	Conocer los intereses profundos del niño y modelar la conducta e identificar las conductas – objetivo del sujeto, que van a ser reforzados.
DESARROLLO	<p>Principio de Premack</p> <p>Conocer las actividades preferidas del niño, de esta manera debe saberse cuál será la conducta de alta probabilidad y la conducta de baja probabilidad para poder crear una contingencia entre ellas.</p> <p>Economía de ficha</p> <p>Seleccionar los reforzadores que se canjeean por fichas obtenidas.</p> <p>Para lo cual se creó un horario de lunes a viernes y por cada actividad realizada satisfactoriamente se pondrá una carita feliz, si logra acumular cuatro caritas felices se le dará una pieza para armar rompecabezas del muñeco Ken cuando logre armar todas las piezas podrá ir jugar futbol el fin de semana y si no logra no podrá, y la siguiente semana seguirá armando la Barbie y si logra armar los dos muñecos los padres lo comprarán el muñeco Ken.</p>
Duración	30 minutos

SESIÓN N° 4 Autocontrol	
OBJETIVO:	Aumentar su capacidad de concentración en una misma tarea.
DESARROLLO	<p>Entrenamiento de auto instrucciones</p> <p>Ejercicio de la tortuga (inhibición en casos de impulsividad): Donde se le pidió al niño que imagine que fuera una tortuga que se esconde en su caparazón y reflexiona sobre lo que se tiene que hacer.</p> <p>Entrenamiento en solución de problemas</p> <p>El oso Arturo: láminas que muestran al oso Arturo enfrentándose a un problema siguiendo los cuatro grandes pasos: identificación del problema, búsqueda de soluciones, elección de la decisión más acertada y puesta a prueba de la elección elegida.</p>
Duración	40 minutos

SESIÓN N° 5 Mejorar la Atención sostenida	
OBJETIVO:	Aumentar su capacidad de concentración en una misma tarea.
DESARROLLO	<p>Se realizará diferentes actividades ejecutando los siguientes ejercicios:</p> <p>Cancelación: La actividad consiste en rodear con un círculo el estímulo que se propone, ya sea una imagen, una letra, un número o un símbolo. El elemento a buscar (la diana) se repite en múltiples ocasiones y está entremezclado con otra información que debe ser ignorada (los distractores)</p> <p>Repetición: En esta actividad, la persona ha de encontrar dentro de una misma fila, de una misma columna o de un recuadro aquella imagen que se repita. Se muestran varios estímulos, como letras, números o imágenes y la persona debe detectar aquellos que estén</p>

	<p>dos veces. Subprocesos implicados: atención selectiva, atención sostenida y control atencional (supervisión).</p> <p>Y se dejará la tarea para la casa, para lo cual se le dará tarjetas de imágenes a la mamá y le presentara por 1 minuto indicándole que solo tiene 1 minuto para observar la imagen ya que posteriormente reproducirá el elemento observado.</p>
Duración	30 minutos

SESIÓN N° 6 Mejorar y mantener la atención sostenida	
OBJETIVO:	Mejorar y mantener la capacidad de concentración y atención.
DESARROLLO	<p>Se realizará diferentes actividades ejecutando los siguientes ejercicios:</p> <p>Búsqueda en Fotos: En una fotografía de una escena compleja, la persona ha de encontrar determinados objetos y detalles. A un lado de la lámina se muestra la foto y al otro la lista de objetos que debe buscar y señalar. Subprocesos implicados: atención selectiva, atención sostenida, comprensión lectora, gnosis visual de discriminación figura – fondo y gnosis visual de cierre perceptivo.</p> <p>Plantilla: En esta tarea, mostramos dos tablas. Una está rellena con determinados símbolos y la otra está vacía. El niño debe copiar en la tabla vacía los símbolos respetando la posición exacta en la que aparecen. Subprocesos implicados: orientación espacial de la atención, atención selectiva, supervisión atencional.</p> <p>Recorridos: En la ficha aparece una secuencia de estímulos repartida sin orden aparente. La persona ha de trazar un camino pasando uno a uno, en orden, por todos los puntos de la secuencia procurando no levantar el lápiz del papel. Subprocesos implicados: orientación espacial de la atención, atención selectiva, supervisión atencional, secuenciación y control mental.</p>

	Se le dejara actividades para casa en la que se entregara objetos en la que pueda emparejar elementos iguales a otros que se han visto y se retienen en la memoria.
Duración	30 minutos

SESIÓN N° 7 Enseñanza multisensorial – Conociendo y Aprendiendo las vocales y consonantes

OBJETIVO:	Enseñar al niño a aprovechar sus fortalezas de aprendizaje para hacer conexiones y formar memorias. Y también pueden emplear conocer y reconoce las sílabas y consonantes para la creación de palabras y aprender la información más eficazmente.
DESARROLLO	<p>La enseñanza multisensorial toma en cuenta cuán diferente aprenden los niños. Ayuda a cubrir las diversas necesidades de todos los niños, no solo de los que tienen dificultades de aprendizaje y de atención.</p> <p>La enseñanza se basa en lo que la vista ve en un texto y las ilustraciones para leer la información. También se basa en lo que los oídos escuchan de lo es el maestro está diciendo.</p> <p>La enseñanza multisensorial no está solo limitada a leer y escuchar. En su lugar, intenta usar todos los sentidos. Las lecciones no utilizarán los cinco sentidos (gusto, olfato, tacto, vista, oído y movimiento).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escribir sobre arena <p>Se empezar con la enseñanza de las vocales y consonantes para lo cual se trabajara con gelatina, colocando un puñado de gelatina sobre una bandeja, después se formaran letras con los dedos las</p>

	<p>vocales y consonante, al ir escribiendo, luego repetirá el sonido de cada letra en voz alta. Luego combinará esos sonidos y leerá en voz alta la palabra completa en voz alta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Letras cortadas <p>Usar letras recortadas para que logre retener una memoria táctil (tacto) de las letras y sus sonidos. El niño trazara cada letra con sus dedos mientras dicen su sonido en voz alta.</p> <p>Luego colocará letras en papel de lija sobre una mesa para pronunciar palabras familiares a simple vista. Después colocara encima un pedazo largo de papel y calcan las letras frotando un crayón sobre ellas.</p> <p>Posteriormente se le indicara a la madre para que en casa practique.</p>
Duración	30 minutos

SESIÓN N° 8 Enseñanza multisensorial – Formando palabras	
OBJETIVO:	Hacer conexiones entre nueva información y lo que ya sabe, enseñar al niño a formar palabras y contar los números
DESARROLLO	<p>Continuando con la enseñanza multisensorial, una vez interiorizada las letras se procederán a la formación de palabras y el copeado de estas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formar palabras cortas y escritura - La formación de palabras puede hacerse con mosaicos o letras magnéticas. Para lo cual se utilizara letras magnéticas con vocales de un color y las consonantes de otro. Se formaran palabras comunes y usuales del niño,

	<p>una vez armado procederá a la trascipción. De la misma forma se hará con los números, se aprenderá a leer los números y transcribirla.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construir con cubos y fichas de colores <p>Al usar estos objetos para construir figuras, permite que los niños prueben fórmulas para medir cosas. Les da una idea concreta de las propiedades a través de las figuras que crean. Usar fichas o cubos para enseñar patrones numéricos y operaciones.</p>
Duración	40 minutos

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Dos meses de intervención psicológica, en casa y en la escuela. Las sesiones psicológicas se llevará 1 sesión por semana, las sesiones tendrán una duración de 30 a 40 minutos.

VI. AVANCES TERAPÉUTICOS

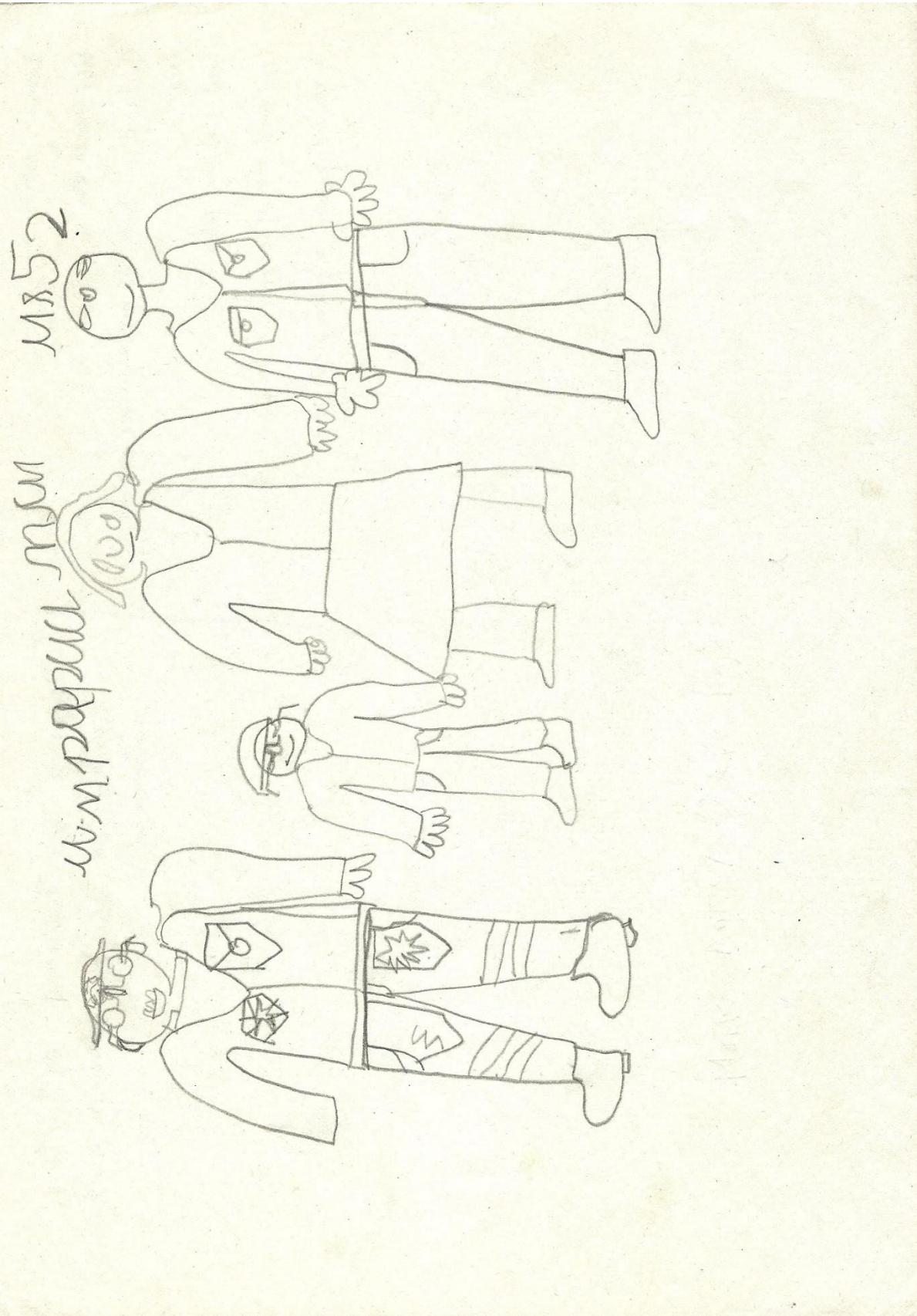
El niño ha mostrado avances en la regulación de la conducta en casa y en el aula, está cumpliendo con el horario establecido, la primera semana le costó regirse y seguir las reglas establecidas. No se ha podido realizar todas las sesiones con el niño, debido a que solo asistió a las cuatro primeras sesiones debido a mi culminación de prácticas.

Arequipa, 24 de julio de 2017

Rocio Isabel Llaza Ayta
Interna de Psicología

ANEXOS

CASO CLÍNICO N° 1



PROTOCOLO DE PRUEBA RAVEN

Escala Especial

NOMBRE:	José M.	SEXO:	M.
FECHA EXAMEN:	15/05/12 C.E.		
FECHA NACIMIENTO:	11/05/11	GRADO:	1º primaria
EDAD CRONOLÓGICA:		DIRECCIÓN:	
HORA INICIO:	03:10	HORA FINAL:	
PADE:	José	PROFESIÓN:	Maestro de construcción EDAD: 40
MADRE:	Rosa	PROFESIÓN:	Casa EDAD: 52
LUGAR DEL EXAMEN:	P.S. Ampliación		
REFERIDO:		EXAMINADOR:	Rocío Llado

ACTITUD DEL SUJETO									
Intuitiva	FORMA DE TRABAJO			Reflexiva	DISPOSICIÓN			Dispuesta Interesada Tranquila Segura	
					Fatigada	Desinteresada	Intranquila		
Lenta	X			Rápida					
Torpe		X		Inteligente					
Distraída		X		Concentrada					
PERSEVERANCIA									
	Irregular		X					Regular	

INDICADORES DE R.M.										
<input checked="" type="checkbox"/> Fallas en el acierto					Resuelve Serie Ab					
<input checked="" type="checkbox"/> Respuestas al azar					No resuelve serie Ab					
<input type="checkbox"/> Estereotipia					Resuelve problemas difíciles Serie B					
<input checked="" type="checkbox"/> No comprende la prueba por la forma de cuaderno										
DIAGNÓSTICO:										

A			AB			B		
Nº	Tanteos	R	Nº	Tanteos	R	Nº	Tanteos	R
1	4	✓	1	4		1	2	
2	5	✓	2	5		2	6	
3	1	✓	3	1		3	1	
4	2	✓	4	1	X	4	4	X
5	6	✓	5	2		5	1	
6	3	✓	6	1		6	6	X
7	6	✓	7	3		7	5	
8	1	X	8	2	X	8	3	X
9	1	✓	9	3	X	9	4	
10	5	X	10	3		10	5	X
11	5	X	11	5		11	5	X
12	6	X	12	4	X	12	6	X
ACIERTOS			ACIERTOS			ACIERTOS		
ERRORES			ERRORES			ERRORES		

Edad cronol.	6 años	Total Aciertos	20
Tiempo/min.	10 min	Percentil	50
Discrepancia		Rango	III

DIAGNÓSTICO DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL:			
Promedio			
.....			

A. B. C.

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre y Apellidos : J. H
 Fecha de Nacimiento : 05-09-10 Edad : 6 Sexo : M
 Grado de Estudios : 1ro Sección : _____ Centro Educativo : Maestro M.
 Departamento : Arequipa Distrito : Huánuco Fecha Examen : 22/05
 Asistencia previa a Centro de Educación Inicial : Sí
 (Indicar número de años)

RESULTADO PUNTAJE	TEST	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
	3	X							
	2			X	X	X			
	1		X				X	X	
	0		X						

Examinador : Rosa Clara Ayta
 Puntaje Total : 12 puntos
 Nivel de madurez : Madurez normal
 Pronóstico : Aprendió lectura y escritura en 1 año electivo, normalmente

TEST I
COORDINACIÓN VISOMOTORA

El niño logró reproducir las figuras, sin ninguna dificultad

Observaciones :

Puntaje : 3 puntos

TEST III
MEMORIA MOTORA

Durante la reproducción en el aire, el niño lo hizo al revés, no logrando la reproducción en el aire y en el papel

Observaciones :

Puntaje : 0 puntos

TEST II
MEMORIA INMEDIATA

- 1.- pantalon ✓
- 2.- Cornica
- 3.- mano ✓
- 4.- pastillo
- 5.- pico
- 6.- perro ✓
- 7.- _____

Observaciones : 3 objetos

Puntaje : 1 punto

TEST IV
MEMORIA AUDITIVA

- 1.- Arbol
- 2.- Silla
- 3.- Piedra ✓
- 4.- Flor ✓
- 5.- Casa ✓
- 6.- Mesa ✓
- 7.- Cartera ✓

Observaciones : 5 aciertos

Puntaje : 2 puntos

TEST V
MEMORIA LOGICA

Acciones capitales :

1. compró una muñeca
2. partió se partió
3. lloró María lloró

Detalles :

1. de loza
2. ojos negros ojos y cejas negras.
3. vestidos amarillo ✓

Observaciones : Aumentó

los detalles deluento

Puntaje : 2 puntos

TEST VI
PRONUNCIACION

1. con-tra-liem-po ✓
2. in-com-pren-di-do ✓
3. Na-bu-co-do-no-sor ✓
4. pin-la-ma-jea-do ✓
5. Sar-da-ná-pa-lo ✓
6. Cons-lan-li-no-pla X
7. in-gre-dien-te ✓
8. cos-mo-po-li-tis-mo ✓
9. fa-mi-lia-ri-da-des ✓
10. tran-si-be-ria-no ✓

Observaciones : 9 aciertos

Puntaje : 3 puntos

TEST VII
COORDINACION MOTORA

El niño si logró cortar pero lo hizo hasta la mitad, mientras el segundo diseño menos de la mitad

Observaciones :

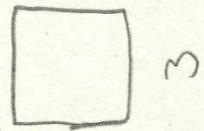
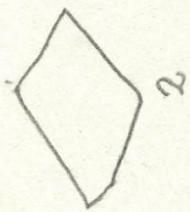
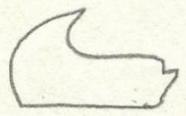
Puntaje : 1 punto

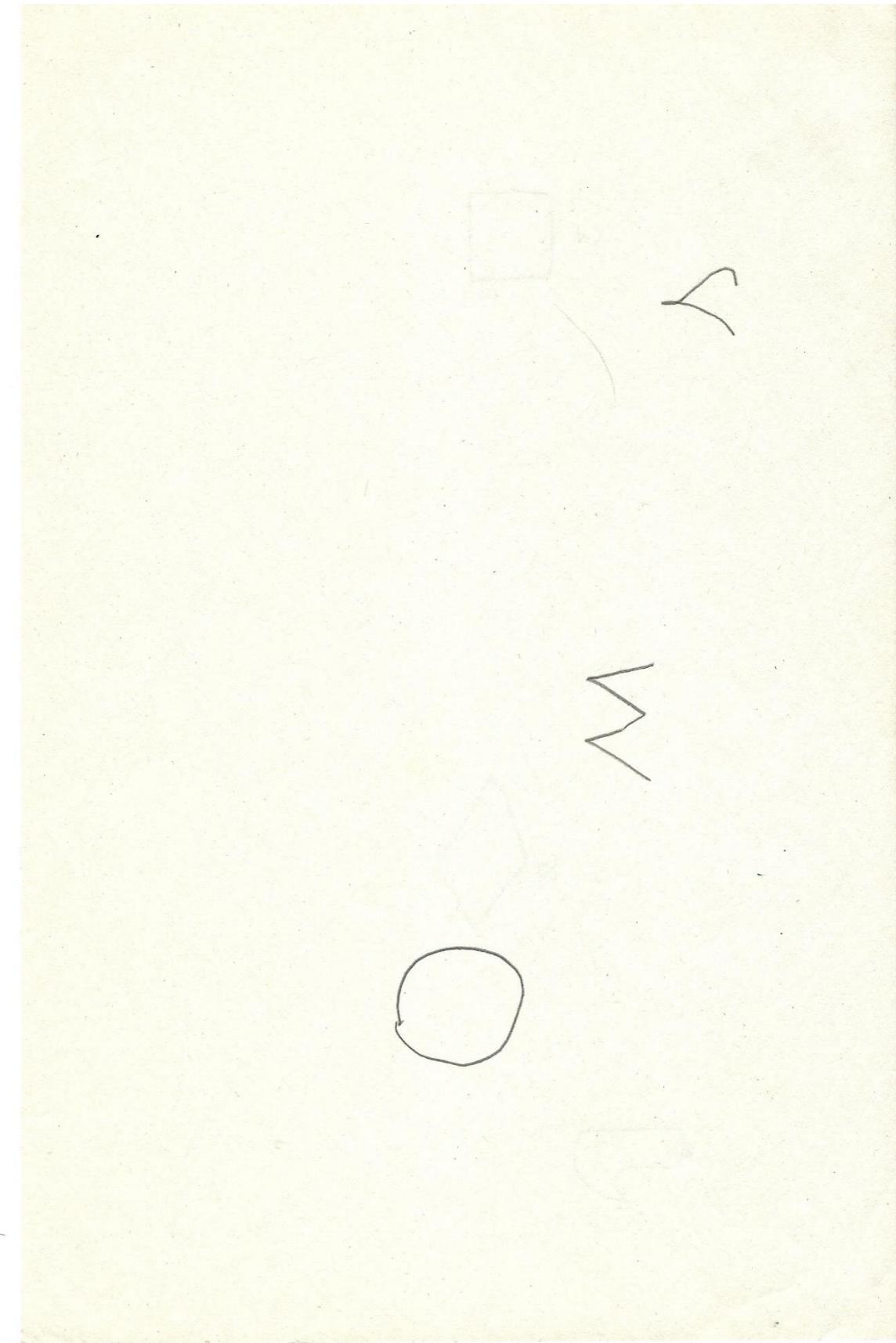
TEST VIII
ATENCION Y FATIGABILIDAD

Empezó hacer puntos regulares, luego más grandes repintando fuertemente, por más que se le indicó que solo debe hacer puntitos como se le enseñó. Siguió haciendo grande

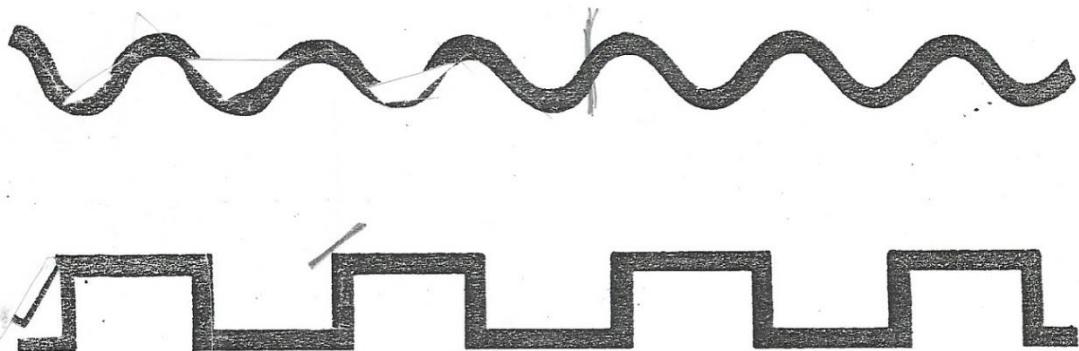
Observaciones :

Puntaje : 1 punto

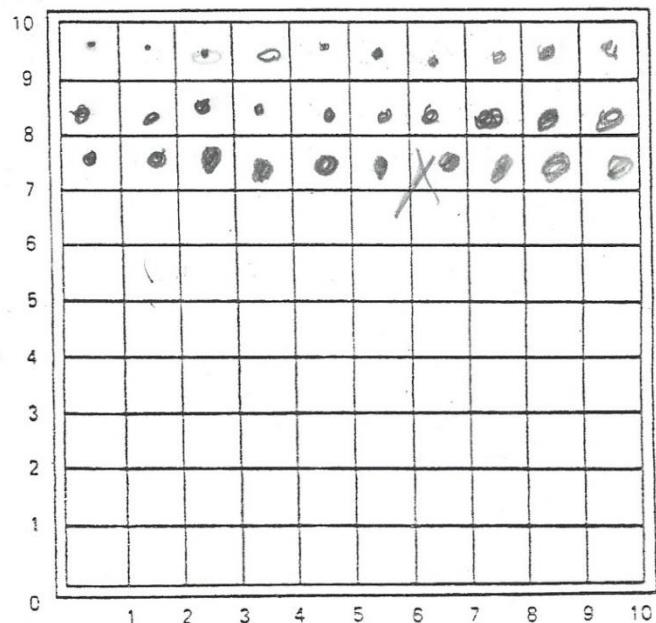




TEST VII



TEST VIII



23 puntos gruesos

1 punto

ADHDT

Test para el Transtorno por Déficit de Atención / Hiperactividad

Un método para Identificar
Individuos con ADHDT (TDA/H)

FORMULARIO DE RESPUESTAS

Sección I. Datos de Identificación		
Nombre del Examinado	J. M.	
Dirección		
Grado y Sección	1ro	
Nombre del Informante	Madre - Rosario	
Relación con el Examinado		
Nombre y Titulo del Examinador	Raúl Uzeta	
Fecha de Aplicación del Test	2017	06
	Año	Mes
Fecha de Nacimiento del Examinado	2010	09
	Año	Mes
Edad Cronológica del Examinado	6	09
	Año	Mes
		Día

Sección II. Sumario de Puntajes					Sección IV. Perfil de Puntuaciones						
Subtests	Puntaje Bruto	PE	%	EE M	ADHDT Subtests	ADHDT Totales	Otras Medidas de Inteligencia Logro ó Conducta				
Subtests	20	10	50	1	Hiperactividad	160	Test usado				
Impulsividad	17	12	63	1	Impulsividad	155	Test usado				
Desatención	23	12	63	1	Inatención	150	Test usado				
Suma de Puntajes Estandar	34				Cocientes Compuestos o Totales	145	Test usado				
Cociente ADHDT (TDA/H)	109	77	3		Cociente ADHDT (TDA/H)	140	Test usado				
Sección III. Guía de Interpretación											
Puntajes Estandar de Subtest	Cociente ADHD (TDA/H)	Grado de Severidad	Probabilidad de ADHD (TDA/H)								
17 - 19	131+	Alto	Muy Alto		14	120	Test usado				
15 - 16	121 - 130		Alto		13	115	Test usado				
13 - 14	111 - 120		Por encima del promedio		12	110	Test usado				
8 - 12	90 - 110		Promedio		11	105	Test usado				
6 - 7	80 - 89		Por debajo del promedio		10	100	Test usado				
4 - 5	70 - 79		Bajo		9	95	Test usado				
1 - 3	< 69		Muy Bajo		8	90	Test usado				
					7	85	Test usado				
					6	80	Test usado				
					5	75	Test usado				
					4	70	Test usado				
					3	65	Test usado				
					2	60	Test usado				
					1	55	Test usado				

Sección V. Formulario de Respuestas

Instrucciones: Por favor indique cuál de las siguientes conductas/características son un problema para esta persona. Marque o haga un círculo alrededor de cero si la conducta no es un problema o si usted no ha tenido oportunidad de observar dicha conducta. Marque o haga un círculo alrededor de uno si el ítem/punto se refiere a una conducta de un problema breve. Marque o haga un círculo alrededor de dos si el ítem/punto se refiere a una conducta de un problema severo para esa persona. No deje de marcar ninguno de los ítems.

Subtest de Hiperactividad	No es Problema	Problema Leve	Problema Severo
1. Habla gritando	0	①	2
2. Está constantemente en actividad (como "impulsado por un motor")	0	1	②
3. Corre, salta, trepa excesivamente	0	1	②
4. Se retuerce/menea en su asiento	0	1	②
5. Se exalta fácilmente	0	1	②
6. Arrebata/acapara objetos	0	①	2
7. Conversa excesivamente	0	①	2
8. Tiene dificultad para permanecer sentado	0	1	②
9. Toca/agarra objetos incorrectamente	0	①	2
10. Es incapaz de jugar con tranquilidad	0	①	2
11. Es molestoso (a), cargoso (a)	0	1	②
12. Es inquieto (a), revoltoso (a)	0	1	②
13. Se retuerce, contorsiona	0	①	2
Total Hiperactividad	10		

Subtest de Impulsividad

		No es Problema	Problema Leve	Problema Severo
14.	Actúa antes de pensar	0	1	2
15	Cambia de una actividad a otra constantemente	0	1	2
16	No logra respetar su turno	0	1	2
17.	Tiene dificultad al esperar su turno (quiere ser el primero)	0	1	2
18.	Responde con brusquedad	0	1	2
19	Es impulsivo(a)	0	1	2
20.	Interrumpe conversaciones	0	1	2
21.	Es entrometido(a)	0	1	2
22.	No espera a que se le den las instrucciones	0	1	2
23.	Fracasa al seguir reglas de juego	0	1	2

Total Impulsividad

17

Subtest de Inatención

		No es Problema	Problema Leve	Problema Severo
24.	Tiene pobre concentración	0	1	2
25	No logra terminar sus trabajos (asignaciones, trabajos prácticos, etc)	0	1	2
26.	Es desorganizado (a)	0	1	2
27.	Tiene poca habilidad para planificar actividades	0	1	2
28.	Sueña despierto (está como ausente)	0	1	2
29.	Es inatento (a) (no presta atención)	0	1	2
30.	Tiene dificultad para seguir instrucciones	0	1	2
31.	Atiende por períodos cortos	0	1	2
32.	Se distrae fácilmente ante cualquier estímulo	0	1	2
33.	Tiene dificultad en mantener su atención por períodos largos	0	1	2
34.	Tiene dificultad para persistir en una tarea	0	1	2
35.	Tiene dificultad para terminar las tareas	0	1	2
36.	Pierde cosas frecuentemente	0	1	2

Total Inatención

23

CASO N° 2

OCORURO BEDOYA FANNY NOEMI

HISTORIA CLÍNICO PSICOLÓGICA

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: F.M.C.A
Edad	: 25 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 05/07/1992
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Técnica superior- Gastronomía
Estado Civil	: Soltera
Procedencia	: Arequipa
Ocupación actual	: Vendedora
Religión	: Católica
Referente	: Paciente
Informantes	: Paciente
Lugar de evaluación	: Puesto de salud Upis paisajista
Fecha de entrevista	: 25/09/17
Examinadora	: Ocoruro Bedoya Fanny Noemí Interna de Psicología

II. MOTIVO DE CONSULTA

F.M.C.A acude al consultorio psicológico del puesto de salud Upis Paisajista refiriendo sentirse, decepcionada, triste y confundida debido a que tiene constantes problemas con su pareja, hace dos semanas tuvieron una fuerte discusión por que se enteró que su pareja tenía conversaciones con su ex enamorada y otras chicas además de que no había culminado la secundaria.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

Paciente a la edad de 17 años empezó a trabajar en el Avelino como vendedora, es ahí donde conoció a su primera pareja, manteniendo una relación que duro 5 años, F.M.C.A refiere que no llegaron a convivir y que su familia no sabía de la relación que mantenía.

Así mismo cuando la paciente empieza a salir de noche y a no llegar a casa, es que sus padres la cuestionan y la hermana gemela es quien cuenta a la familia que F.M.C.A mantenía una relación y tenía problemas con su pareja; la paciente refiere que la relación era conflictiva con su pareja, casi siempre discutían, ella sentía celos porque sus amigos le decían que andaba con otras chicas lo cual la hacía enfurecer, es por ello que siempre lo controlaba llegando incluso a encerrarlo en el cuarto del enamorado por celos. A partir de este incidente los padres le indicaron que tenía que estudiar, por tal motivo a la edad de 19 años empieza a estudiar Gastronomía, donde era una alumna regular, refiere que sus profesores muchas veces le hacían sentir mal, indicando lo siguiente “cuando estábamos en clases muchas veces el profesor me llamaba la atención, eso me frustraba y me daba cólera, llegando a insultar a mis compañeras y profesores”.

A pesar que sus padres le dijeron que terminara con su enamorado y estude, ella menciona que mantenía la relación lo que generaba problemas en casa porque salía constantemente, llegaba altas horas de la noche y mantenía discusiones principalmente con su madre y su hermana mayor, sentía que nadie la comprendía, es por ello que no le gustaba estar en casa. A la edad de 22 años ella dio fin a su relación porque consideraba que su enamorado no la valoraba, ya que él no respondía el teléfono cuando se encontraba en el trabajo y que no hacia las cosas que ella quería,

al terminar la relación su pareja la busco, pero ella refiere “ser orgullosa” por lo que no acepto retomar la relación. Después de finalizada la relación indica que se sentía triste, ya no hallaba con quien hablar.

Al culminar sus estudios empezó a trabajar en un restaurant, ella renunció porque la relación con sus compañeros de trabajo no era agradable debido a que no le gustaba que le griten, controlen y ordenen. A los 22 años después de un tiempo de terminar con su pareja empieza a estudiar inglés, pero no lo concluye, debido a que no tenía recursos económicos, y no tenía bien claro que es lo que quería hacer, si continuaba estudiando o trabajaba en algo relacionado a su carrera. Es así que decide regresar nuevamente a trabajar como vendedora en el Avelino porque no encontraba trabajo y fue ahí donde conoció a su actual pareja que es menor por dos años.

A inicios de este año empezó a tener constantes problemas con su pareja y familia, es por tal motivo que decide ir a trabajar a Espinar en una panadería por tres meses, pero renunció porque no se acostumbraba al frío, extrañaba a su familia, a su pareja y mantener una mala relación con sus compañeros y presentar una discusión con su jefe. Cuando regresa a Arequipa su pareja le pide que se quede y le presente a su familia, por lo que ella entra en conflicto consigo misma pues aún no se sentía preparada para mantener una relación formal y decide no presentarlo aún, por lo cual aumentan las discusiones con su pareja.

En las últimas semanas, la paciente encuentra conversaciones de su pareja con su ex enamorada y otras chicas además se entera que este no había culminado sus estudios lo cual ocasiona una fuerte discusión teniendo como consecuencia el fin de la relación.

Actualmente F.M.C.A presenta constantes dolores de cabeza, su apetito ha disminuido, su estado de sueño se ha visto alterado y no sabe qué hacer con su vida. No cuenta con el apoyo familiar ya que se le hace difícil expresar sus emociones aislando. Por lo que ella afronta sus problemas sola.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

A. PERÍODO DEL DESARROLLO

ETAPA PRE- NATAL

F.M.C.A refiere que su madre tenía 26 años cuando la concibió, indica que a los tres meses sufrió una caída; sin embargo no hubo mayores complicaciones durante el embarazo. Presento náuseas, mareos.

ETAPA NATAL

El parto fue eutóxico, de atención domiciliaria, es la cuarta de seis hermanos siendo la segunda de un parto gemelar, lloró al nacer, con un color normal, presentó bajo peso de 2.100 kg, por ello fue internada en una incubadora por un mes.

ETAPA POS-NATAL

Tuvo un desarrollo psicomotor adecuado, caminó y habló al año y medio de edad. Con respecto al control de esfínteres lo hizo a los dos años. No refiere encopresis, ni enuresis.

ETAPA ESCOLAR

Inicial

Refiere que no asistió al jardín, solo hizo curso de verano antes de ingresar a la primaria a la edad de 6 años, fue una niña traviesa, inquieta y hacia muchos berrinches.

Primaria

Estudió en la I.E Medalla Milagrosa, tuvo un rendimiento escolar promedio, no presento dificultades en el aprendizaje; teniendo algunas dificultades en el área matemática siendo superado posteriormente, era una niña hiperactiva, sociable y traviesa.

Secundaria

Los estudios secundarios los continuo en la I.E Medalla Milagrosa, siendo una alumna regular; los cursos que más le gustaban era inglés y religión. Era una adolescente seria, tranquila, poco expresiva, en el ámbito social menciona que tenía cuatro amigas, sin embargo con algunas de sus compañeras no se llevaba muy bien porque les daban mayor preferencia sus profesores. Su comportamiento era regular en el colegio, F.M.C.A refiere que algunos docentes no le daban importancia a sus opiniones, llegando a frustrarse y sentirse mal en casa también refiere que le hacían comparaciones con sus hermanos y generaba en ella sentimientos de odio hacia ellos.

Estudios Superiores

Estudio en el Instituto S&SBROS la carrera de Gastronomía, la relación que mantenía con sus compañeros en ocasiones se tornaba conflictiva, sentía que sus

profesores tenían preferencias y el trato que mantenían no era igual con los alumnos. En el 2014 estudio inglés en el Instituto ASDI cinco meses pero no lo llegó a culminar.

DESARROLLO Y FUNCIÓN SEXUAL

La paciente se identifica como mujer de preferencia heterosexual, presento su menarquía a los 12 años con un régimen catamenial de cada 28 a 30 días de una duración de cinco días. No presenta dismenorrea. Tuvo su primer enamorado a la edad de 17 años la relación duró cinco años. Inicio su segunda relación después de estar un tiempo sola con el cual mantuvo un año de relación.

HISTORIA DE LA RECREACIÓN Y DE LA VIDA

De niña era traviesa y muy sociable, le gustaba jugar con su hermana gemela. En la secundaria era más tranquila, seria, centrada, le gustaba ir al strong con sus amigas; actualmente se ha alejado de sus amigas y no le gusta compartir experiencias con su familia.

ACTIVIDAD LABORAL

Desde pequeña ayudaba a sus padres en casa. Empezó a trabajar a la edad de diecisiete años en el Avelino, ayudaba a vender frutas, a los diecinueve años empezó a estudiar y seguía trabajando los fines de semana, al culminar la carrera trabajó en un restaurant pero ella renunció porque la relación con sus compañeros de trabajo no era agradable debido a que no le gustaba que le griten, controlen y ordenen.

A los 22 años empieza a estudiar inglés, pero no lo concluye, debido a que no tenía recursos económicos y no tenía en claro que es lo que quería hacer, es así que

decide regresar a trabajar al Avelino donde asiste de manera muy irregular fue ahí donde conoció a su actual pareja. A inicios de este año empezó a tener problemas con su pareja y familia, es por tal motivo que decide ir a trabajar a Espinar en una panadería por tres meses, pero renunció porque no se acostumbraba al frío, extrañaba a su familia y a su pareja, mantenía mala relación con sus compañeros y presentó una discusión con su jefe. Actualmente trabaja en el Avelino asiste irregularmente cuando esta anímicamente bien, la paciente refiere que quisiera encontrar un trabajo en una empresa y trabajar en algo relacionado a su carrera.

SERVICIO MILITAR

No hizo servicio militar

RELIGIÓN

Refiere ser católica

HÁBITOS E INFLUENCIAS NOCIVAS O TÓXICAS

Alcohol: Refiere que consume esporádicamente en salidas, cumpleaños etc.

Drogas: Niega

B. ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES

- Infancia: Niega enfermedades eruptivas de la infancia
- Intervenciones Quirúrgicas: Niega
- Accidentes: Niega
- Alergias: Niega
- Transfusiones: Niega

PERSONALIDAD PREMÓRBIDA

Paciente refiere que en la infancia era “traviesa, hacia muchos berrinches y caprichosa”, manifiesta que en la adolescencia era “seria, tranquila, en ocasiones cerrada, poco expresiva e impulsiva” pues se enfurece rápidamente ante algunas situaciones llegando a reaccionar violetamente gritar a sus padres, hermanos sin medir las consecuencias. Refiere ser sensible cuando la critican, juzgan y la comparan. También se enoja y altera con mucha facilidad, peleando constantemente con el enamorado por celos y con la familia porque se siente incomprendida.

C. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Composición Familiar:

Padre (56 años): Chofer de maquinaria pesada, aparentemente sano

Madre (54 años): Ama de casa, aparentemente sana

Hermanos: Tiene cinco hermanos, mujer de 29 años, varón 27 años, mujer 25 años, mujer 20 años y mujer 18 años. Todos aparentemente sanos

b. Dinámica Familiar

La dinámica familiar durante la infancia era regular, había pequeñas discusiones y problemas económicos en la familia. La relación familiar siempre fue distante y fría, la paciente refiere que “cuando mi padre se fue a trabajar fuera de la ciudad lo extrañaba y siempre lo esperaba” era a quien le tenía más confianza. Actualmente vive en la casa de sus padres, ellos son casados, pero el padre trabaja fuera de la ciudad por lo que pasa más tiempo con sus hermanos y madre, es la cuarta de seis hermanos, F.M.C.A refiere que

tiene mejor relación con su padre y su hermana gemela, con quien tiene más confianza.

Relación con el padre: Refiere tener buena relación con él, sin embargo, afirma que debido a su trabajo la comunicación es poca y distante.

Relación con la madre: Existe una relación distante y tiene poca comunicación porque no le tiene mucha confianza y siente que siempre la juzga antes de escucharla, por ello no le cuenta los problemas que presenta.

Relación con sus hermanos: Con la que mantiene una buena relación es con su hermana gemela, a diferencia con su hermana mayor con quien mantiene una mala relación y discuten constantemente, F.M.C.A refiere “creo que me odia” “es difícil hablar con ella siempre peleamos” y cuando quiero arreglar las cosas con ella me dice “que quieras, vete” y eso la enfurece. La relación con los otros hermanos es regular ya que estudian y no se comunican mucho.

c. Condición Socioeconómica

La familia es de un nivel socioeconómico medio actualmente su casa es de material noble cuenta con los servicios básicos de agua, luz y desagüe. La paciente no tiene un ingreso mensual fijo ya que trabaja de manera irregular.

d. Antecedentes Patológicos

La paciente no refiere enfermedades importantes dentro de su familia.

V. RESUMEN

F.M.C.A de 25 años, de sexo femenino, se desarrolló sin mayores complicaciones durante la gestación, siendo un parto y crecimiento aparentemente normal de atención domiciliaria, nació con bajo peso y fue internada en una incubadora por un mes, es la cuarta de seis hermanos siendo la segunda de un parto gemelar, durante su infancia fue una niña traviesa, inquieta y hacia berrinches.

En la secundaria, era una alumna regular y los cursos que más le gustaban era inglés y religión. Fue una adolescente seria, tranquila, poco expresiva, en su ámbito social tenía cuatro amigas, sin embargo con algunas de sus compañeras y profesores no se llevaba muy bien. Tuvo un desarrollo psicosexual normal.

Su problema inicia cuando tiene su primer enamorado a la edad de diecisiete años al cual conoció cuando trabajaba en el Avelino, debido a las salidas constantes y llegar a altas horas de la noche, lo que ocasiona frecuentes discusiones principalmente con su madre y hermana mayor. A la edad de 19 años empieza a estudiar Gastronomía, donde era una alumna regular, refiere que sus profesores muchas veces le hacían sentir mal. Al culminar sus estudios empezó a trabajar en un restaurant, pero ella renunció porque la relación con sus compañeros de trabajo no era agradable debido a que no le gustaba que le griten, controlen y ordenen. A los 22 años después de terminar con su pareja por las constantes discusiones; empieza a estudiar inglés, pero no lo concluye, debido a bajos recursos económicos y no tenía bien claro que es lo que quería hacer; es por ello que regresa a trabajar al Avelino, siendo ahí donde conoció a su actual pareja que es menor por dos años.

A comienzos de este año empezó a tener constantes discrepancias con su pareja y familia, es por tal motivo que decide ir a trabajar a Espinar en una panadería por tres

meses, pero renunció porque no se acostumbraba al frio, extrañaba a su familia y pareja, mantenía mala relación con sus compañeros y presentó una discusión con su jefe. Ya en Arequipa su pareja le pide conocer a su familia lo que le causa problemas; la situación se torna más conflictiva cuando llega a encontrar conversaciones con su ex pareja y otras chicas y enterarse que este no culmino sus estudios secundarios. Es por todo ello que da por finalizada su relación.

Actualmente trabaja en el Avelino, pero se falta constantemente, la paciente refiere que quisiera encontrar un trabajo en una empresa y trabajar con su carrera; respecto a su relación aún se muestra indecisa con la decisión tomada.

Arequipa, 06 de Noviembre de 2017

Fanny Noemi Ocoruro Bedoya
Interna de Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: F.M.C.A
Edad	: 25 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 05/07/1992
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Técnica superior- Gastronomía
Estado Civil	: Soltera
Procedencia	: Arequipa
Ocupación actual	: Vendedora
Religión	: Católica
Referente	: Paciente
Informantes	: Paciente
Lugar de evaluación	: Puesto de salud Upis Paisajista
Fecha de entrevista	: 02/10/17
Examinadora	: Ocoruro Bedoya Fanny Noemí Interna de Psicología

II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

F.M.C.A de 25 años de edad aparenta la edad que refiere; de contextura delgada, de ojos cafés, cabello negro, con un peso aproximado de 55 kg y una talla de 1.56 m, se presentó aseada y con aliño al vestir, de postura ligeramente encorvada. En la entrevista manifiesta cierta molestia en relación a su enamorado con el cual constantemente tiene peleas.

La relación con la entrevistadora es adecuada, se mostró colaboradora durante las evaluaciones realizadas, siendo asequible. Al hablar su tono de voz es tranquila se muestra interesada frente a las actividades propuestas por la examinadora, siguiendo

las instrucciones; muestra confianza y colaboración. Su expresión facial denota cierta preocupación y tristeza.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

F.M.C.A muestra un nivel de atención voluntaria adecuada, atiende con facilidad y realiza sin dificultades tareas simples y de moderada complejidad.

Posee una capacidad de concentración acorde a su edad. No presenta problemas en su atención sostenida, selectiva y alternada. En cuanto a su conciencia se mostró despierta, lúcida y en estado de alerta capaz de realizar las actividades solicitadas por la examinadora y mantuvo una adecuada conversación. Paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona porque reconoce donde se encuentra, quien es y se reconoce a sí misma

IV. CURSO DEL LENGUAJE

Su lenguaje es fluido y coherente, comprende apropiadamente lo que se le dice e indica, su tono de voz es perceptible. En cuanto a su lenguaje expresivo es entendible, no presenta problemas en la elaboración de palabras o frases. Su lenguaje comprensivo se encuentra conservado al igual que el semántico, sintáctico y pragmático.

V. PENSAMIENTO

En el contenido del pensamiento presenta ideas de preocupación en relación a su pareja y el ámbito familiar, sentimientos de minusvalía.

VI. PERCEPCIÓN

No presenta distorsión de su imagen corporal, no presenta alucinaciones ni delirios.

VII. MEMORIA

La paciente no presenta alteración de su memoria reciente ni inmediata, en relación a la memoria episódica es adecuada, ya que recuerda datos personales y familiares de forma precisa y rápida; en cuanto a su memoria semántica y de trabajo se encuentran conservadas.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

La paciente refleja un nivel intelectual promedio normal, reflejado en su desarrollo educativo, en su capacidad para resolver problemas en su vida cotidiana.

IX. ESTADOS DE ÁNIMO Y AFECTO

F.M.C.A manifiesta estar constantemente preocupada e irritable por las discusiones que presenta con su enamorado y más sobre su futuro ya que no sabe qué hacer si regresar con él o estar sola. Su apetito y sueño se ha visto alterados.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA

La paciente comprende su problema; sabe que presenta conflictos en el ámbito familiar al igual que en el ámbito sentimental, actualmente se encuentra preocupada y estresada por no saber qué hacer con su vida y que decisión tomar, así mismo está dispuesta aceptar consejos en relación al mismo porque entiende que este problema ha interferido en su actividad social y familiar

XI. RESUMEN

Paciente de 25 años de edad aparenta la edad referida, de contextura delgada de peso de 55 kg y 1.56 m de estatura aproximadamente; presenta aliño en su vestimenta y cuidado personal; de postura ligeramente encorvada su actitud en la entrevista era colaboradora.

Ella muestra un adecuado nivel de atención voluntaria ya que atiende con facilidad, su capacidad para enfocarse y concentrarse es adecuada; en cuanto a su estado de conciencia se mostraba alerta. Su orientación en espacio, tiempo y persona son adecuadas. Su lenguaje es fluido, coherente y comprende lo que se le indica. Presenta un pensamiento en el cual predominan preocupaciones por la relación que mantiene con su enamorado y en el ámbito familiar, también presenta ideas de minusvalías. Sus funciones perceptuales están conservadas de acuerdo a su edad.

La memoria reciente se encuentra conservada, en relación a su memoria episódica es adecuada ya que cuenta con mucha facilidad los hechos de su vida. Refleja un nivel intelectual promedio, con una adecuada comprensión. Se muestra algo preocupada y estresada por los problemas que presenta con su pareja y no saber qué hacer con su vida, su apetito actualmente ha disminuido y sus estados de sueño se han visto alterados. La paciente es consciente de su enfermedad sabe que tiene problemas y presenta cierta motivación para superar los mismos.

Arequipa, 06 de Noviembre de 2017

Fanny Noemi Ocoruro Bedoya
Interna de Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: F.M.C.A
Edad	: 25 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 05/07/1992
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Técnica superior- Gastronomía
Estado Civil	: Soltera
Procedencia	: Arequipa
Ocupación actual	: Vendedora
Religión	: Católica
Referente	: Paciente
Informantes	: Paciente
Lugar de evaluación	: Puesto de salud Upis Paisajista
Fecha de evaluación	: 09/10/17 y 23/10/17
Examinadora	: Ocoruro Bedoya Fanny Noemi Interna de Psicología

II. OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA

F.M.C.A aparenta la edad cronológica, arreglo personal adecuado, su expresión facial es por momentos de preocupación y tristeza. Su actitud ante la entrevista y evaluaciones realizadas es favorable, cumplió las tareas asignadas sin dificultad, comprendió las instrucciones y las realizó correctamente.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Técnicas Psicológicas

- Entrevista
 - Observación

Test psicológicos

- Test de Inteligencia No –verbal, TONI, Forma A
- Inventario Multifásico de la Personalidad –Mini Mult
- La persona bajo la lluvia
- Inventario de inteligencia emocional de Baron (I-CE)

IV. INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

A. Test de Inteligencia No –verbal, TONI, Forma A

Análisis Cuantitativo:

Puntaje Directo	Cociente Intelectual	Categoría
32	98	Normal

Análisis cualitativo:

Paciente posee un nivel intelectual del término medio; lo que indica que es una persona capaz de resolver problemas que se le presenta en su vida cotidiana de una manera adecuada; haciendo frente a situaciones diversas con el uso del razonamiento.

B. Inventario Multifásico de la Personalidad –Mini Mult

Análisis Cuantitativo:

	L	F	K	HS	D	Hi	Dp	Pa	Pt	Es	Ma
P.D.	0	8	5	8	13	17	13	7	15	13	9
Puntuación MM	2	21	12	18	38	36	32	17	37	37	24
Añadir K				6			5		12	12	2
Puntaje corregido	2	21	12	24	38	36	37	17	49	49	26
Puntaje T	50	80	49	72	86	80	93	76	89	91	73

Combinación e interpretación de las escalas de validez

L: 50 +/-: Tiende a experimentar fuerte tensión interna ante un gran número de conflictos, el enfrentamiento a estos con sensación de impotencia, por la incapacidad para no encontrarles soluciones válidas.

F: 80+: Presenta fuerte tensión interna y la tendencia a la exageración de la propia problemática, frecuentemente ocasionada por la sensación de impotencia para manejarla por sí mismo.

K +/-: Reconoce la propia problemática y busca ayuda terapéutica para enfrentarla.

L +/- F+ K +/-: Tiene fuertes tensiones internas debido a la vivencia exagerada de sus problemas, queriendo resolver la mayoría de estos y siendo autocritica.

Interpretación de las escalas clínicas

Hs: Exageración en la preocupación por su salud física, tomando esto como defensa contra sus fallas.

D: Depresión clínicamente significativa, expresa sentimientos de pesimismo hacia las propias actividades, poca motivación, actitud derrotista y perdida de interés.

Hi: Busca aceptación y tolerancia de su grupo, presentando severas actitudes infantiles, manipulación y exagerada petición de afecto.

Dp: Manifiesta descargas impulsivas sin control y de manera abierta, tiene problemas para establecer relaciones interpersonales duraderas y profundas, con dificultades a someterse a la imposición de la autoridad abandonando con facilidad cualquier tarea que inicie, por causa de obstáculos a enfrentar.

Pa: Muestra actitudes de desconfianza, cautela excesiva y tendencia a interpretar estímulos de manera inadecuada; con descargas de agresividad.

Pt: Incapacidad para tomar decisiones rápidas, poca tolerancia a las propias fallas, se siente inconforme con sus características, asumiendo una actitud de competencia hacia los demás con la finalidad de alcanzar rasgos de un yo ideal.

Sc: Indica confusión entre la fantasía y la realidad, lo cual puede representar riesgo de desintegración para la estructura de la personalidad orientada hacia el aislamiento, problemas en su capacidad para establecer relaciones interpersonales.

Ma: Persona ambiciosa, probablemente enérgica y entusiasta

Combinación de escala clínica

4 7: La persona experimenta gran inconformidad y su manera de demostrarlo es descargando sus impulsos agresivos, destructivos y antisociales; esto conlleva a que posteriormente surja una fuerte sensación de angustia que le hace desechar un mejor control de sí mismo.

La persona oscila entre la manifestación de su impulsividad y la búsqueda de un mejor control.

Análisis cualitativo:

Paciente tiene fuertes tensiones internas debido a la asimilación exagerada de los problemas que actualmente está pasando, queriendo darle solución a todo, siente culpa y critica sus decisiones, llegando a aislar de su familia; muestra una actitud derrotista y perdida de interés en las cosas que realiza.

Se muestra poco motivada, presenta problemas para relacionarse con los demás tratando de buscar la aceptación.

Presenta dificultades para someterse a la autoridad, llegando a abandonar con facilidad cualquier tarea o trabajo que inicie, aduciendo problemas de salud a obstáculos que no puede enfrentar.

Manifiesta reacciones impulsivas, llegando en ocasiones a actuar de manera agresiva; se siente inconforme con sus características, compensado ello con actitud de competencia hacia los demás con la finalidad de alcanzar rasgos de un yo ideal.

C. La persona bajo la lluvia

Interpretación

F.M.C.A es una persona que proyecta rasgos de introversión ello se ve en la imagen del dibujo, por la posición del dibujo se puede ver que busca un equilibrio en su vida pero muchas veces no lo logra, por la forma se puede apreciar que manifiesta cierta tensión, ansiedad e inseguridad en sí misma; por los problemas que presenta en el ámbito sentimental con su pareja y en el ámbito familiar con su madre y hermana mayor.

Es una persona que tiene dificultad para empezar una tarea nueva y permanecer en ella, lo cual se ve reflejado en su inestabilidad laboral; muestra poca tolerancia a la frustración reaccionando impulsivamente en los diferentes ámbitos de su vida.

En relación al ámbito social, presenta dificultades para relacionarse con su entorno esto se refleja por la mala relación que mantiene con sus compañeros, familia y pareja. En el ámbito sentimental muestra dependencia de su pareja porque a pesar de las diferentes discusiones y problemas que tuvo permaneció con él durante 5 años.

D. Inventario de Inteligencia emocional de Baron (I-CE)

Análisis cuantitativo

COMPONENTES	PD	CE
CEIA (Intrapersonal)	120	75
CEIE (Interpersonal)	73	71
CEAD (Adaptabilidad)	75	76
CEME (Manejo de estrés)	39	66
CEAG (Estado de ánimo general)	51	74
CET (Total)	283	65

Análisis Cualitativo

F.M.C.A ha obtenido un puntaje general bajo, esto muestra que no tiene una buena capacidad emocional; no se siente bien consigo misma, no se relaciona con su entorno de manera adecuada. Ante situaciones estresantes pierde el control y reacciona de manera impulsiva.

Así mismo en la escala intrapersonal ha obtenido un puntaje bajo lo que evidencia una baja autoestima, muestra inseguridad en sí misma, tiene dificultad para expresar sus sentimientos y pensamientos en su entorno.

En el componente interpersonal, presenta pocas habilidades para comunicarse en su ambiente, esto dificulta la relación con su familia y compañeros de trabajo, además de ello no puede trabajar bajo presión.

Respecto a la escala de adaptabilidad presenta incapacidad para adecuarse y someterse a la autoridad, le cuesta dar soluciones ante los problemas.

En la escala manejo del estrés muestra poca tolerancia al estrés y no controla sus impulsos.

Su ánimo en general ahora no es optimista en lo que realiza, no sabe qué hacer.

V. RESUMEN

Paciente tuvo una actitud colaboradora, tanto a la examinadora como a las pruebas realizadas, presenta un nivel intelectual del término medio, con un CI de 98; tiene una buena capacidad para resolver problemas, a pesar de ello no consigue tomar buenas decisiones. En cuanto a sus rasgos de personalidad, presenta rasgos de introversión e impulsividad, con una actitud cambiante e inestable emocionalmente. Manifiesta sentimientos de pesimismo en las actividades que realiza, tiene problemas para establecer relaciones personales duraderas, dificultades para someterse a la autoridad e incapacidad para tomar decisiones apropiadas. Ante situaciones estresantes pierde el control y reacciona de manera impulsiva. Tiene dificultad para confiar en la gente aislando de su familia y amigos; además de presentar inseguridad en sí misma y cierta dependencia de su pareja.

Arequipa, 06 de Noviembre de 2017

Fanny Noemi Ocoruro Bedoya
Interna de Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: F.M.C.A
Edad	: 25 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 05/07/1992
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Técnica superior- Gastronomía
Estado Civil	: Soltera
Procedencia	: Arequipa
Ocupación actual	: Vendedora
Religión	: Católica
Referente	: Paciente
Informantes	: Paciente
Lugar de evaluación	: Puesto de salud Upis Paisajista
Fecha de informe	: 06/11/17
Examinadora	: Ocoruro Bedoya Fanny Noemi Interna de Psicología

II. MOTIVO DE CONSULTA

F.M.C.A acude al consultorio psicológico del puesto de salud Upis Paisajista refiriendo sentirse, decepcionada, triste y confundida debido a que tiene constantes problemas con su pareja, hace dos semanas tuvieron una fuerte discusión por que se enteró que su pareja tenía conversaciones con su ex enamorada y otras chicas además de que no había culminado la secundaria.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Técnicas Psicológicas

- Entrevista
- Observación

Test psicológicos

- Test de Inteligencia No –verbal, TONI, Forma A
- Inventario Multifásico de la Personalidad –Mini Mult
- La persona bajo la lluvia
- Inventario de inteligencia Emocional de Baron (I-CE)

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente de 25 años, de sexo femenino se desarrolló sin mayores complicaciones durante la gestación, siendo un parto y crecimiento aparentemente normal de atención domiciliaria, nació con bajo peso y fue internada en la incubadora por un mes, es la cuarta de seis hermanos siendo la segunda de un parto gemelar, durante su infancia fue una niña traviesa, inquieta y hacia berrinches.

En la secundaria, era una alumna regular, los cursos que más le gustaban era inglés y religión. Fue una adolescente seria, tranquila, poco expresiva; sin embargo la relación con algunas de sus compañeras y profesores no era buena indica que sus opiniones no la tomaban en cuenta, lo cual la hacía sentir mal, provocando desinterés en la parte académica. Tuvo un desarrollo psicosexual normal, y menciona que tuvo su primera pareja a la edad de 17 años al cual conoció cuando trabajaba en el Avelino, mantenía constantes discusiones con su pareja, ella sentía celos por la influencia de sus amigos, esto la hacía enfurecer bastante, por tal motivo lo controlaba, llegó incluso a encerrarlo en una oportunidad en el cuarto del enamorado por celos. A partir

de este incidente los padres le indicaron que tenía que estudiar, por tal motivo a la edad de 19 años empieza a estudiar Gastronomía, donde era una alumna regular, refiere que sus profesores muchas veces le hacían sentir mal, indicando lo siguiente “cuando estábamos en clases muchas veces el profesor me llamaba la atención, eso me frustraba y me daba cólera, llegando a insultar a mis compañeras y profesores”.

A pesar que sus padres le dijeron que terminara con su enamorado y estudie, ella menciona que mantenía la relación lo que generaba problemas en casa; porque salía constantemente, llegaba altas horas de la noche y mantenía discusiones principalmente con su madre y su hermana mayor, sentía que nadie la comprendía que su familia la juzgaba es por ello que no le gustaba estar en casa. A la edad de 22 años ella dio fin a su relación porque consideraba que su enamorado no la valoraba.

Al culminar sus estudios empezó a trabajar en un restaurant; sin embargo ella renunció porque la relación con sus compañeros de trabajo no era buena debido a que no le gustaba que le griten, controlen y ordenen. A los 22 años después de terminar con su pareja por las constantes discusiones; empieza a estudiar inglés, pero no lo concluye, debido a que no tenía recursos económicos y no tenía bien claro que es lo que quería hacer.

Es por ello que regresa a trabajar al Avelino, siendo ahí donde conoció a su actual pareja que es menor por dos años.

A comienzos de este año empezó a tener constantes discrepancias con su pareja y familia, es por tal motivo que decide ir a trabajar a Espinar en una panadería por tres meses, pero renunció porque no se acostumbraba al frío, extrañaba a su familia y pareja además de mantener una mala relación con sus compañeros y presentar una discusión con su jefe. Cuando llega a Arequipa su pareja le pide conocer a su familia

lo que le causa problemas; la situación se torna más conflictiva cuando llega a encontrarle conversaciones con su ex enamorada y otras chicas y enterarse que este no culmino sus estudios secundarios; es por todo ello que da por finalizada su relación.

Actualmente trabaja en el Avelino, pero se falta constantemente, la paciente refiere que quisiera encontrar un trabajo en una empresa y trabajar en algo relacionado a su carrera; respecto a su relación aún se muestra indecisa con la decisión tomada.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Paciente de 25 años de edad aparenta la edad referida, de contextura delgada de peso de 55 kg y 1.56 m de estatura aproximadamente; presenta alijo en su vestimenta y cuidado personal; de postura ligeramente encorvada su actitud en la entrevista era colaboradora.

F.M.C.A muestra un adecuado nivel de atención voluntaria ya que atiende con facilidad, su capacidad para enfocarse y concentrarse es adecuada; en cuanto a su estado de conciencia se mostraba alerta. Su orientación en espacio, tiempo y persona son adecuadas. Su lenguaje es fluido, coherente y comprende lo que se le indica.

La paciente presenta un pensamiento en el cual predominan preocupaciones, respecto a la relación que mantenía con su enamorado también presenta ideas de minusvalías y rencor en el ámbito familiar y social. Sus funciones perceptuales se encuentran conservadas de acuerdo a su edad.

La memoria reciente se encuentra conservada, en relación a su memoria episódica es adecuada ya que cuenta con mucha facilidad los hechos de su vida. Refleja un nivel intelectual promedio, con una adecuada comprensión. Se muestra algo preocupada y estresada por los problemas que presenta con su pareja y el hecho de no saber qué

hacer con su vida, su apetito actualmente ha disminuido y sus estados de sueño se han visto alterados. La paciente es consciente de su problema sabe que tiene dificultades y presenta cierta motivación para superar los mismos.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La paciente muestra un funcionamiento intelectual promedio; con una comprensión adecuada, lo cual indica que es una persona capaz de resolver problemas que se le presenta en su vida cotidiana, a pesar de ello no consigue tomar buenas decisiones porque va abandonando constantemente los trabajos a los que acude y faltando constantemente a su trabajo actual.

En cuanto a sus rasgos de personalidad, presenta rasgos de introversión e impulsividad, con una actitud cambiante e inestable emocionalmente.

Manifiesta sentimientos de pesimismo en las actividades que realiza, tiene problemas para establecer relaciones personales duraderas, dificultades para someterse a la autoridad e incapacidad para tomar decisiones apropiadas; llegando a abandonar constantemente y discutir con sus compañeros de trabajo. Ante situaciones estresantes pierde el control y reacciona de manera impulsiva en el ámbito personal, familiar y social. Tiene dificultad para expresar sus sentimientos y pensamientos a su familia y amigos, porque siente que no la comprenden; además de tener inseguridad en sí misma y cierta dependencia de su pareja.

Paciente muestra un deseo de superación

VII. DIAGNÓSTICO

Paciente de 25 años, con una inteligencia normal promedio es una persona reservada presenta rasgos de introversión e inadecuado control de impulsos, las cuales influyen en su capacidad de mantener relaciones interpersonales duraderas, presenta dificultad para someterse a la autoridad. Tiene sentimientos pesimistas hacia su futuro y perdida de interés en las actividades que realiza.

Muestra rasgos de inestabilidad emocional, inadecuado control de impulsos propios a la presencia de un **Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F 60.3) según el CIE-10.**

VIII. PRONÓSTICO

Favorable

Pronóstico favorable, ya que existe una predisposición por parte de la paciente a recibir ayuda, es joven y cuenta con el apoyo de algunos miembros de la familia.

IX. RECOMENDACIONES

- Terapia individual dirigida a modificar su autoconcepto, pensamientos distorsionados sobre su entorno, y mejorar su control de impulsos.
- Psicoeducación dirigida a los familiares cercanos y de este modo ellos puedan brindarle su apoyo y comprensión.

Arequipa, 06 de Noviembre de 2017

Fanny Noemi Ocoruro Bedoya
Interna de Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: F.M.C.A
Edad	: 25 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 05/07/1992
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Técnica superior- Gastronomía
Estado Civil	: Soltera
Procedencia	: Arequipa
Ocupación actual	: Vendedora
Religión	: Católica
Referente	: Paciente
Informantes	: Paciente
Lugar de evaluación	: Puesto de salud Upis Paisajista
Fecha de informe	: 13/11/17 hasta 04/12/17
Examinadora	: Ocoruro Bedoya Fanny Noemi Interna de Psicología

II. DIAGNOSTICO PSICOLOGICO

Paciente de 25 años, con una inteligencia normal promedio es una persona reservada presenta rasgos de introversión e inadecuado control de impulsos, las cuales influyen en su capacidad de mantener relaciones interpersonales duraderas, presenta dificultad para someterse a la autoridad. Tiene sentimientos pesimistas hacia su futuro y perdida de interés en las actividades que realiza.

Muestra rasgos de inestabilidad emocional, inadecuado control de impulsos propios a la presencia de un **Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad**

(F 60.3) según el CIE-10.

III. OBJETIVOS GENERALES

Enseñar a la paciente a controlar las reacciones impulsivas y los pensamientos distorsionados hacia sí misma, así como la expresión de sus sentimientos negativos, ayudándola a actuar de manera assertiva, mejorando la relación con su familia a través del desarrollo de habilidades que le permitan afrontar sus conflictos.

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Lograr un mayor control emocional
- Mejorar su autoconcepto
- Reducir pensamientos distorsionados.
- Desarrollar habilidades sociales relacionadas a la asertividad
- Mejorar sus relaciones interpersonales

V. MODALIDAD TERAPEUTICA

PRIMERA SESIÓN: RELAJACIÓN	
OBJETIVO:	Lograr que el paciente se relaje y tranquilice mental y físicamente, a través de la estimulación y relajación de los músculos.
DESRROLLO DE LA TÉCNICA	<p>Primero se buscó un ambiente tranquilo en que no existan estímulos que perturben la sesión.</p> <p>Siguiendo los siguientes parámetros, se le indicó a la paciente que busque la posición que le parezca más cómoda ya sea sentado o echado.</p> <p>Se le indicó que se realizara una relajación a través de la respiración ayudando a que controle su inhalación y exhalación haciendo ésta cada vez más lenta.</p> <p>Posteriormente se le dio la consigna de tensar y relajar los músculos de manera ordenada, empezando por los músculos de la cara, la frente, el entrecejo, ojo, nariz, boca, lengua, labios, mandíbula y sucesivamente con los músculos del cuello siguiendo dicho ejercicio de manera descendente hasta parte inferior de la cintura.</p> <p>Al finalizar se le motivó a que realice esta práctica continuamente, en especial en sus momentos de ocio.</p>

SEGUNDA SESIÓN: AUTOCONCEPTO	
OBJETIVO:	Reconocer y evaluar los aspectos positivos y limitaciones de la paciente para lograr su valoración y respeto a sí misma.

DESRROLLO DE LA TÉCNICA	<p>Se le pide que responda a las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cómo se considera?</p> <p>¿Cómo se encuentra en la familia?</p> <p>¿Cómo se encuentra en el trabajo?</p> <p>¿Cómo se relaciona con los demás?</p> <p>¿Cómo considera que la ven los demás?</p> <p>¿Qué es lo que más le molesta de sí misma?</p> <p>¿Qué es lo que más le gusta de sí misma?</p> <p>Luego se analiza las respuestas junto a ella, realzando sus características positivas y la importancia de reconocer sus defectos. Se le explicara que el primer paso es reconocer en realidad quien es.</p> <p>Para afianzar, se hace una lista donde escriba sus defectos y aspectos positivos. Con ello se concluye que es importante afirmar nuestra propia valía en nuestras posibilidades de forma realista y optimista.</p>
--------------------------------	--

TERCERA SESIÓN: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	
OBJETIVO:	Identificar los pensamientos distorsionados que la paciente tiene hacia sí misma y respecto a los demás.
DESRROLLO DE LA TÉCNICA	<p>Se conversará con la paciente sobre la influencia que los pensamientos tienen sobre las emociones y conductas.</p> <p>Se le pide que mencione situaciones conflictivas de su vida haciéndole las siguientes preguntas:</p> <p>¿Hace cuánto tiempo se produjo tal situación?</p> <p>¿Qué ocurrió exactamente?</p> <p>¿Qué personas estaban presentes?</p> <p>¿Cómo actuaron estas personas?</p> <p>¿Cómo actuaste tú?</p>

	Después de conocer los pensamientos que la hacen sentir mal, se le señala que los anote en primera persona, junto con la paciente se verá si lo ha escrito correctamente.
--	---

CUARTA SESIÓN: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	
OBJETIVO:	Evaluar los pensamientos erróneos que la paciente tiene según el grado de creencia
DESRROLLO DE LA TÉCNICA	<p>Según el listado de la sesión anterior, ahora se determinará cuáles son los pensamientos negativos. Por lo que se le pedirá a la paciente que los ordene de menor a mayor poniéndole un número de 0 a 9 según su grado de creencia.</p> <p>Ordenada la lista, se empezará a analizar cada uno de los pensamientos empezando siempre por el menor grado.</p> <p>Cuando se menciona uno de los pensamientos, se le hace preguntas para saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Hasta qué punto se le ajusta a la realidad? ¿De qué forma influye en sus estados emocionales y conductuales? ¿Qué pasaría si sería cierto lo que dice? <p>Es importante recordar que los pensamientos que se analizan son aquellos que se experimentan antes, durante y después de una situación de conflicto.</p>

QUINTA SESIÓN: ASERTIVIDAD PRIMERA PARTE.	
OBJETIVO:	Que la paciente adquiera habilidades cognitivas y conductuales, que le ayuden a ser respetuosa consigo misma y con los demás, regulando así sus emociones inestables (impulsos).

DESRROLLO DE LA TÉCNICA	<p>Se da un concepto de comportamiento de asertivo, pasivo y agresivo, explicándole en que consiste cada uno, haciendo énfasis que son estos dos últimos los que llevan a una situación conflictiva.</p> <p>A manera de reforzamiento, se le cuenta una historia en la cual se cometió agresión sobre unos personajes y otros fueron agraviados. Luego se le formularán preguntas para contestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué fue lo que sucedió? ¿Qué fue lo que hicieron y dijeron en esa situación? ¿Cómo se sintieron durante la situación? ¿Cómo se sintieron después? ¿Por qué razones consideras que se comportaron así? ¿Cuáles crees que son los derechos que no respetaron o agredieron? <p>El mismo ejercicio se realiza con una experiencia propia del paciente.</p>
--------------------------------	--

SEXTA SESIÓN: ASERTIVIDAD SEGUNDA PARTE	
OBJETIVO:	Retroalimentar y fortalecer las prácticas de las respuestas asertivas.
DESRROLLO DE LA TECNICA	<p>Se le enseñara a la paciente diferentes tipos de responder asertivamente:</p> <p>La respuesta asertiva elemental, buscando que el paciente se exprese de manera calmada sus sentimientos y pensamientos, aprendiendo a decir no o a hacer preguntas adecuadas.</p> <p>Posteriormente se le recrearan escenas en el que el paciente ha tenido dificultades recientemente, donde la terapeuta actuara de un personaje, ello para ver cómo responde hasta llegar a una actitud asertiva. Además se</p>

	observara sus expresiones para pasar a otro ejercicio sepa cómo tiene que proceder y que defectos a de corregir.
--	--

SÉPTIMA SESIÓN: MOTIVACIÓN	
OBJETIVO	Fomentar el autodescubrimiento de motivos personales.
DESRROLLO DE LA TÉCNICA	<p>Con la finalidad de fortalecer sus planes personales y retroalimentar la importancia de la psicoterapia se trabaja la motivación.</p> <p>Para ilustrarlo se le dice: “por favor levanta la mano derecha. Se espera un instante, se le da las gracias y se le pregunta a la paciente ¿Por qué hiciste eso? “La respuesta será: porque usted me lo dijo”, “porque dijo por favor” etc.</p> <p>Se le cuenta una historia sobre como un profesor no puede motivar a sus alumnos que lo escuchen, pero cuando les dice que les dará premios y salidas, y conforme va regalando lo dicho es que los alumnos le empiezan a obedecer.</p> <p>Se le aplica unas preguntas para su reflexión ¿Por qué necesito más esfuerzo para motivarlos? ¿Los motivo los premios y salidas? ¿Cuál es la forma real de motivar?</p> <p>Al final considerar que la única forma que una persona haga algo es hacer que lo desee. ¡No hay otro modo!</p>

	<p>Luego se le solicita que identifique cuales son los elementos o hechos que les proporciona seguridad en la familia, en el trabajo y en la sociedad (5 por lo menos en cada área), y que lo exprese por escrito en hojas. Posteriormente se propicia la reflexión y se trata de llegar a conclusiones según la importancia de los motivos.</p>
--	--

OCTAVA SESIÓN: ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA A LA FAMILIA.	
OBJETIVO:	Fortalecer la relación y apoyo familiar.
DESRROLLO DE LA TÉCNICA	<p>Primero se hablará con los familiares que irán a la consulta y se les dice claramente, que es necesario su apoyo para la mejora de la paciente, pues necesita respaldo familiar.</p> <p>Se les hablará sobre el estado de la paciente, que medidas ellos deberán tomar en casa y prioritariamente deberán mejorar la forma de comunicación entre ellos, para que se dé más confianza y mayor respeto entre los miembros de la familia.</p> <p>Además de debe considerar lo que digan los familiares y ver en qué aspectos tiene dificultades.</p>

NOVENA SESIÓN: ROL PLAYING	
OBJETIVO:	Favorecer la empatía, escucha activa y la comunicación de familia a través de simulaciones.
DESRROLLO DE LA TÉCNICA	<p>Después de haber conversado con los padres de la paciente, se le señala lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A veces puede parecer que dialogamos, pero la verdad es que no escuchamos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar es una manera, muchas veces la mejor, de demostrar cariño, de probar con obras que esa persona nos importa. • A veces las conversaciones se hacen incoherentes y hasta agresivas, porque no oímos bien lo que nos dicen y respondemos a lo que creemos que se nos dijo, no a lo que realmente dijo.
--	---

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

La psicoterapia fue programada para dos meses y medio, siendo efectuado una vez por semana, con una duración de 45 a 50 minutos por cada sesión.

VII. AVANCES PSICOTERAPEUTICOS

La paciente aprendió técnicas de relajación que le permitieron tener mayor control de sus impulsos y emociones además de estar más calmada en situaciones estresantes.

Mejoró su percepción sobre si misma mediante el autoconcepto.

No se ha podido realizar todas las sesiones con la paciente, debido a que solo asistió a las cuatro primeras sesiones.

Arequipa, 06 de Diciembre de 2017

Fanny Noemí Ocoruro Bedoya
Interna de Psicología

ANEXOS

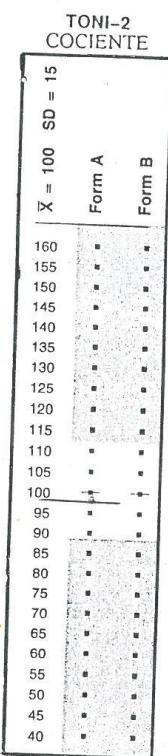
CASO CLINICO N° 2

TONI-2

Test of Nonverbal Intelligence

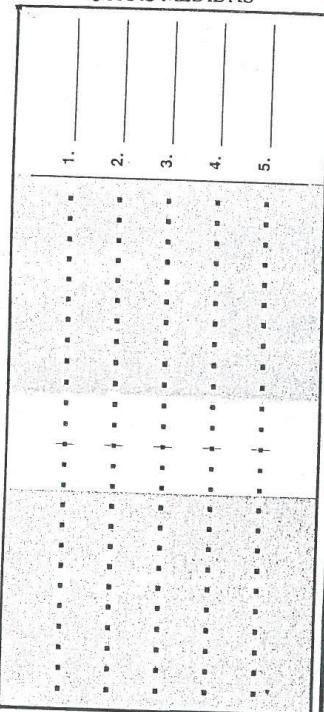
FORMA A HOJA DE RESPUESTAS Y FORMA DE REGISTRO

Sección II. Perfil de los resultados de la Prueba



48
TONI-2 Coiciente :
PD CI categoría
32 98 Normal

RESULTADOS DE OTRAS MEDIDAS



Sección III. Datos de Pruebas adicionales

Nombre	Fecha de aplicación	Cociente equiv.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Sección I. Datos de Identificación

Nombre del examinado: F. H. C. A.

Nombre del padre o tutor del examinado: Mercedes A. P.

Colegio: San Agustín de Hunter Grado: 9

Nombre del Examinador: Fanny Occurro Bedoya

Título del Examinador: Interna de Psicología

Año 2017 Mes 10

Fecha de Evaluación: 2017 10

Fecha de Nacimiento: 1992 05

Edad Actual: 25 05

Sección IV. Condiciones de Evaluación

¿Quién refirió al sujeto? consulta

¿Cuál fue el motivo de referencia? _____

¿Con quién se discutió la referencia del examinado? _____

Por favor describa las condiciones de evaluación para el TONI - 2 completando o revisando las categorías expuestas debajo.

Administración Grupal (G) ó Individual (I) I

Variables de Ubicación:

Interferente (I) ó No interferente (N)

Nivel de ruido

N

Interrupciones, distracciones

N

Luz, temperatura

N

Privacidad

N

Otros _____

N

Variables de Evaluación:

Interferente (I) ó No interferente (N)

Comprensión del contenido de la prueba

N

Comprensión del formato de la prueba

N

Nivel de Energía

N

Actitud frente a la prueba

N

Salud

N

Rapport

N

Otros _____

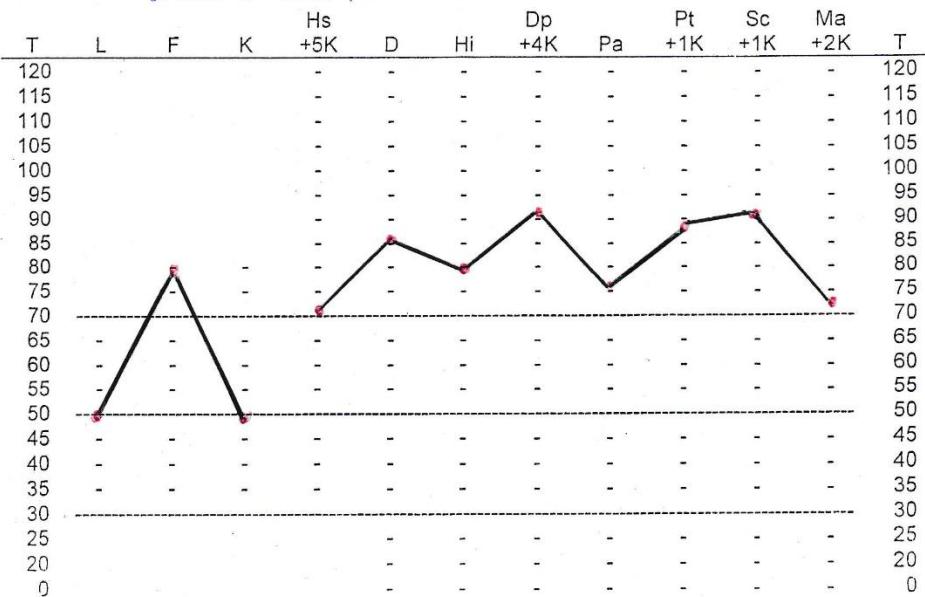
N

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)
MINI MULT
(Hoja de Respuesta)

Nombres y apellidos: F. H. C. A.	Edad: 25
Estado Civil: Soltera	Grado de Instrucción: Técnica - Superior
Ocupación: Vendedora	Fecha de examen
1. V F	13. V F
2. V F	14. V F
3. V F	15. V F
4. V F	16. V F
5. V F	17. V F
6. V F	18. V F
7. V F	19. V F
8. V F	20. V F
9. V F	21. V F
10. V F	22. V F
11. V F	23. V F
12. V F	24. V F
25. V F	37. V F
26. V F	38. V F
27. V F	39. V F
28. V F	40. V F
29. V F	41. V F
30. V F	42. V F
31. V F	43. V F
32. V F	44. V F
33. V F	45. V F
34. V F	46. V F
35. V F	47. V F
36. V F	48. V F
49. V F	61. V F
50. V F	62. V F
51. V F	63. V F
52. V F	64. V F
53. V F	65. V F
54. V F	66. V F
55. V F	67. V F
56. V F	68. V F
57. V F	69. V F
58. V F	70. V F
59. V F	71. V F
60. V F	

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	0	8	5	8	13	17	13	7	15	13	9
Puntaje Equivalente	2	21	12	18	38	36	32	17	37	37	24
Añadir K				6			5		12	12	8
Puntaje Directo Corregido	2	21	12	24	38	36	37	17	49	49	26
Puntaje T	50	80	49	72	86	80	93	76	89	91	73

DIAGNÓSTICO: Paciente muestra inmadurez, presenta ciertos dolores, presenta rasgos de rebeldía y perturbación en sus relaciones familiares. Culpa a los demás ante las dificultades que se le presentan. Se encuentra indecisa y pesimista.





HOJA DE RESPUESTAS DEL INVENTARIO EMOCIONAL BarOn

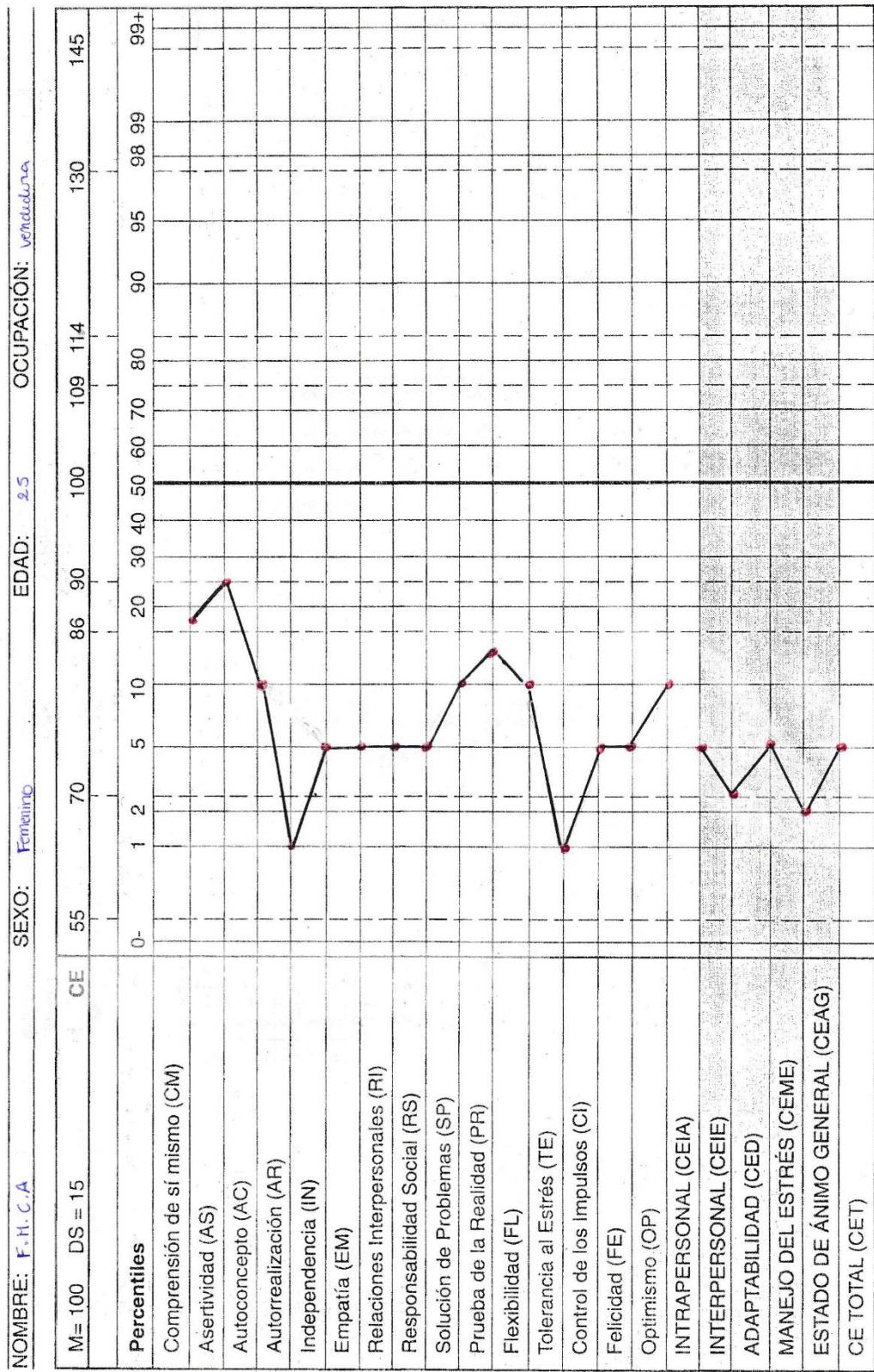
Nombre: F. M. C. A.
Ocupación: Vendedora

Edad: 25 Sexo: F Grado de Instrucción: Técnico - Superior
Especialidad: Fecha: 30-09-17

Escoge UNA de las 5 alternativas:
1 Rara vez o Nunca 2 Pocas veces es mi caso 3 A veces es mi caso 4 Muchas veces es mi caso 5 Con mucha frecuencia o siempre es mi caso

1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
19	1	2	3	4	5
20	1	2	3	4	5
21	1	2	3	4	5
22	1	2	3	4	5
23	1	2	3	4	5
24	1	2	3	4	5
25	1	2	3	4	5
26	1	2	3	4	5
27	1	2	3	4	5
28	1	2	3	4	5
29	1	2	3	4	5
30	1	2	3	4	5
31	1	2	3	4	5
32	1	2	3	4	5
33	1	2	3	4	5
34	1	2	3	4	5
35	1	2	3	4	5
36	1	2	3	4	5
37	1	2	3	4	5
38	1	2	3	4	5
39	1	2	3	4	5
40	1	2	3	4	5
41	1	2	3	4	5
42	1	2	3	4	5
43	1	2	3	4	5
44	1	2	3	4	5
45	1	2	3	4	5
46	1	2	3	4	5
47	1	2	3	4	5
48	1	2	3	4	5
49	1	2	3	4	5
50	1	2	3	4	5
51	1	2	3	4	5
52	1	2	3	4	5
53	1	2	3	4	5
54	1	2	3	4	5
55	1	2	3	4	5
56	1	2	3	4	5
57	1	2	3	4	5
58	1	2	3	4	5
59	1	2	3	4	5
60	1	2	3	4	5
61	1	2	3	4	5
62	1	2	3	4	5
63	1	2	3	4	5
64	1	2	3	4	5
65	1	2	3	4	5
66	1	2	3	4	5
67	1	2	3	4	5
68	1	2	3	4	5
69	1	2	3	4	5
70	1	2	3	4	5
71	1	2	3	4	5
72	1	2	3	4	5
73	1	2	3	4	5
74	1	2	3	4	5
75	1	2	3	4	5
76	1	2	3	4	5
77	1	2	3	4	5
78	1	2	3	4	5
79	1	2	3	4	5
80	1	2	3	4	5
81	1	2	3	4	5
82	1	2	3	4	5
83	1	2	3	4	5
84	1	2	3	4	5
85	1	2	3	4	5
86	1	2	3	4	5
87	1	2	3	4	5
88	1	2	3	4	5
89	1	2	3	4	5
90	1	2	3	4	5
91	1	2	3	4	5
92	1	2	3	4	5
93	1	2	3	4	5
94	1	2	3	4	5
95	1	2	3	4	5
96	1	2	3	4	5
97	1	2	3	4	5
98	1	2	3	4	5
99	1	2	3	4	5
100	1	2	3	4	5
101	1	2	3	4	5
102	1	2	3	4	5
103	1	2	3	4	5
104	1	2	3	4	5
105	1	2	3	4	5
106	1	2	3	4	5
107	1	2	3	4	5
108	1	2	3	4	5
109	1	2	3	4	5
110	1	2	3	4	5
111	1	2	3	4	5
112	1	2	3	4	5
113	1	2	3	4	5
114	1	2	3	4	5
115	1	2	3	4	5
116	1	2	3	4	5
117	1	2	3	4	5
118	1	2	3	4	5
119	1	2	3	4	5
120	1	2	3	4	5
121	1	2	3	4	5
122	1	2	3	4	5
123	1	2	3	4	5
124	1	2	3	4	5
125	1	2	3	4	5
126	1	2	3	4	5
127	1	2	3	4	5
128	1	2	3	4	5
129	1	2	3	4	5
130	1	2	3	4	5
131	1	2	3	4	5
132	1	2	3	4	5
133	1	2	3	4	5

HP B – 1: HOJA DE PERFIL DEL I-CE (B)



HC: HOJA DE CALIFICACIÓN PERFIL DEL I-CE (A)

Nombre: F. H. C. A
 Ocupación: Vendedora

Edad: 25 Sexo: F Grado de Instrucción: Técnico - Superior
 Especialidad: _____
 Fecha: 30-04-17

INDICADORES DE VALIDEZ

NÚMERO DE OMISIONES	En el CE Total 8 o más ítems omitidos. TOTAL = <u>0</u>										
AJUSTE DEL PUNTAJE	En las Escalas: AC AR RI RS PR TE CI FE Máx. 3 ítems pueden ser omitidos. TOTAL = <u>0</u>										
P.D. x N° total de ítems de la Escala	En las Escalas: CM EM FL SP OP Máximo 2 ítems pueden ser omitidos. TOTAL = <u>0</u>										
Nº de ítems respondidos	En la Escala: AS IN Sólo un ítem puede ser omitido. TOTAL = <u>0</u>										
ÍNDICE DE INCONSISTENCIA	023	0	032	0	041	0	047	0	056	0	
Más de 12 puntos, se invalida.	052	0	048	0	101	0	091	0	070	0	
IMPRESIÓN POSITIVA (P)	PD = <u>21</u>	CE IP = <u>91</u>	Es no válido cuando el CE se encuentra dos DS por encima del promedio (130 y más)								
IMPRESIÓN NEGATIVA (Q)	PD = <u>21</u>	CE IN = <u>138</u>	Es no válido cuando el CE se encuentra dos DS por encima del promedio (130 y más)								

INTRAPERSONAL (CEIA) 40 ítems	INTERPERSONAL (CEIE) 29 ítems			ADAPTABILIDAD (CEAD) 26 ítems			MANEJO DEL ESTRÉS (CEME) 18 ítems			ESTADO DE ÁNIMO GENERAL (CEAG) 17 ítems		
	Código	Escala	PD	CE	Código	Escala	PD	CE	Código	Escala	PD	CE
A	CM (8)	<u>24</u>	<u>84</u>	F	EM (8)	<u>24</u>	<u>75</u>	I	SP (8)	<u>23</u>	<u>80</u>	L
B	AS (7)	<u>23</u>	<u>90</u>	G	RI (11)	<u>33</u>	<u>75</u>	J	PR (10)	<u>30</u>	<u>85</u>	M
C	AC (9)	<u>24</u>	<u>80</u>	H	RS (10)	<u>31</u>	<u>75</u>	K	FL (8)	<u>22</u>	<u>80</u>	
D	AR (9)	<u>26</u>	<u>65</u>									
E	IN (7)	<u>20</u>	<u>75</u>									

OBSERVACIONES	COMPONENTES			PD	CE	P	Puntajes Estándar	Pautas de Interpretación
	CEIA	CEIE	CEAD					
Para calcular el CE Interpersonal restar los valores de los ítems: 55, 61, 72, 98, 119.	CEIE	PD	(<u>15</u>)	<u>73</u>	<u>71</u>	<u>3</u>	115 a 129	Capacidad emocional muy desarrollada: Alta.
	CEAD	PD	<u>75</u>	<u>76</u>	<u>6</u>	<u>6</u>	86 a 114	Capacidad emocional muy desarrollada: Alta.
	CEME	PD	<u>39</u>	<u>66</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	70 a 85	Buena capacidad emocional.
	CEAG	PD	<u>51</u>	<u>74</u>	<u>5</u>	<u>5</u>	69 y menos	Capacidad emocional adecuada: Promedio.
Para calcular el CE Total restar los valores de los ítems 11, 20, 23, 31, 35, 62, 88, 108.	CET	PD	<u>283</u>	<u>22</u>	<u>261</u>	<u>1</u>		Necesita mejorar: Baja. Capacidad emocional extremadamente por debajo del promedio.

HP A – 1: HOJA DE PERFIL DEL I-CE (A)

NOMBRE: F. N. C. A.
OCUPACIÓN: Alquiler de vivienda

SEXO: Femenino
EDAD: 25
FECHA: 30-09-17

