

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RR. II Y CS. DE LA COMUNICACIÓN**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**"INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LA INICIACIÓN SEXUAL DE ALUMNOS DE
SECUNDARIA DE UN COLEGIO RURAL Y URBANO DE AREQUIPA - 2016"**

Tesis presentada por las bachilleres:

CALIZAYA CHIVIGORRE DEYSI

FAUSTINA

GONZALES PACHAO MAYLETH

FOIRELLA

Para optar el título profesional de psicólogas

AREQUIPA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mi esposo y a mis hermosos hijos, que estuvieron en todo momento, con su apoyo incondicional en esta lucha por conseguir mis sueños, a mis padres por encaminarme y motivarme desde mi niñez a lograr mis objetivos, y a mi hermana Gaby que siempre me brindó su apoyo durante los últimos años.

DEYSI

A mis padres por estar siempre a mi lado apoyándome en cada paso que doy y a mi amiga Deysi por su empuje y apoyo incondicional.

MAYLETH

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias por su gran apoyo en todo momento, a nuestros catedráticos de la Universidad Nacional San Agustín por compartir sus conocimientos científicos y experiencias y en especial a los alumnos y profesores de las Instituciones Educativas 40205 Manuel Benito Linares Arenas de la provincia de Arequipa y Corazón de María de Chuquibamba – Arequipa, por su gran colaboración para que esta investigación se lleve a cabo.

PRESENTACIÓN

Señor Rector de la Universidad Nacional San Agustín

Señor Decano de la Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación

Señor Director de la Escuela Profesional de Psicología

Señor Presidente del Jurado Dictaminador

Señores Catedráticos Miembros del Jurado Dictaminador

Presentamos a vuestra consideración el presente trabajo de tesis, cuyo título es:

“INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LA INICIACIÓN SEXUAL DE ALUMNOS DE SECUNDARIA DE UN COLEGIO RURAL Y URBANO DE AREQUIPA - 2016”.

Cumpliendo con los requerimientos del reglamento vigente y el esfuerzo e interés puesto en el presente trabajo, ponemos a vuestra justa apreciación y evaluación la presente investigación.

Arequipa, Junio 2018

Las bachilleres:

DEYSI

MAYLETH

RESUMEN

La iniciación sexual es un comportamiento funcional que forma parte de la evolución del individuo, sin embargo el iniciarse sexualmente de forma precoz sin las medidas adecuadas, es una conducta de riesgo que genera un gran impacto en la salud física, psicológica y social del adolescente. Nuestro objetivo general es determinar la influencia de la familia en la iniciación sexual de alumnos de secundaria de un colegio rural y urbano de Arequipa, a través del diseño metodológico no experimental transversal correlacional. Esta investigación se desarrolló en una etapa, donde se evaluaron a 217 estudiantes del área urbano y 159 del rural. Se les aplicó una batería de pruebas que miden dimensiones de la vida familiar (cohesión, adaptabilidad) y comunicación familiar (padres); un cuestionario sociodemográfico y sobre el inicio sexual; la prueba estadística utilizada fue la prueba *chi* cuadrado y la técnica estadística de regresión logística binaria. Los resultados indican que existe relación entre el inicio sexual y las variables de edad (a mayor edad mayor probabilidad de inicio sexual), sexo (ser varón), lugar de residencia (urbano), problemas de comunicación con los padres y el nivel de instrucción de los padres. La edad promedio de inicio sexual es de 12 a 13 años en ambas áreas de residencia. Concluimos que no existe influencia estadísticamente significativa de la estructura y funcionalidad familiar en la iniciación sexual.

Palabras claves: Adolescencia, estructura familiar, familia, funcionamiento familiar, iniciación sexual.

ABSTRACT

Sexual initiation is a functional behavior that is part of the evolution of the individual, however early sexual initiation without adequate measures is a risky behavior that generates a great impact on the physical, psychological and social health of the adolescent. Our general objective is to determine the influence of the family on the sexual initiation of secondary school students from a rural and urban school in Arequipa, through the cross-sectional non-experimental methodological design. This research was developed in a stage, where 217 students from the urban area and 159 from the rural area were evaluated. They were given a battery of tests that measure dimensions of family life (cohesion, adaptability) and family communication (parents); a sociodemographic questionnaire and on sexual initiation; The statistical test used was the chi square test and the statistical technique of binary logistic regression. The results indicate that there is a relationship between sexual initiation and the variables of age (the older the greater the probability of sexual initiation), sex (being male), place of residence (urban), problems of communication with parents and the level of education parental. The average age of sexual initiation is 12 to 13 years in both areas of residence. We conclude that there is no statistically significant influence of family structure and functionality on sexual initiation.

Keywords: Adolescence, family structure, family, family functioning, sexual initiation.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
PRESENTACIÓN	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	x

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
2 HIPÓTESIS	7
3 OBJETIVOS	7
A. Objetivo general	7
4 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	7
5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	11
6 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	12
7 VARIABLES E INDICADORES	14

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	15
A. Antecedentes internacionales	15
B. Antecedentes Nacionales.....	19

2. LA FAMILIA	25
A. Definiciones.....	25
B. Estructura familiar	28
C. Tipos de familia.....	29
D. Funciones de la familia.....	30
E. Dinámica familiar.....	32
F. Funcionalidad familiar.....	33
G. El modelo circumplejo de Olson	35
H. La familia peruana.....	40
3. LA ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD.....	42
A. Adolescencia.....	42
B. La familia y la adolescencia	44
C. Sexualidad	46
D. Relaciones sexuales (coito) en los adolescentes.....	55
E. Factores que determinan la conducta sexual de riesgo adolescente	56
F. Conducta sexual de riesgo en el adolescente.....	58
G. Consecuencias de la conducta sexual de riesgo del adolescente	58

CAPÍTULO III MARCO OPERATIVO

1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	62
2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	62
3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	63
4 MATERIALES E INSTRUMENTOS	64
A. FACES III escala de cohesión y adaptabilidad familiar.....	64
B. Escala de comunicación padres e hijos (PACS).....	66

C.	Cuestionario sobre inicio sexual (CISEX)	68
D.	Cuestionario sociodemográfico	70
5.	PROCEDIMIENTO.....	71

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

1.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	72
	DISCUSIÓN.....	88
	CONCLUSIONES.....	96
	RECOMENDACIONES	97
	REFERENCIAS	98
	ANEXOS	112

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estructura familiar de los adolescentes no iniciados e iniciados sexualmente según el área de residencia.....	73
Tabla 2: Nivel de cohesión de los iniciados y no iniciados sexualmente según área de residencia	74
Tabla 3: Nivel de adaptabilidad según área de residencia	75
Tabla 4: Tipo del sistema familiar según área de residencia	76
Tabla 5: Nivel de comunicación abierta con los padres según área de residencia	77
Tabla 6: Nivel de los problemas de comunicación con los padres según el área de residencia	78
Tabla 7: Inicio sexual según el grado de instrucción de los padres por área de residencia....	79
Tabla 8: Inicio sexual según sexo por área de residencia	80
Tabla 9: Edad promedio de inicio de cambios y conductas sexuales (incluido el coito) en los adolescentes evaluados según área de residencia	81
Tabla 10: Consumo de alcohol en la familia de los adolescentes que se iniciaron o no sexualmente según área de residencia.	83
Tabla 11: Inicio sexual según área de residencia.....	84
Tabla 12: Influencia de la estructura familiar en el inicio sexual	85
Tabla 13: Influencia de la funcionalidad familiar, sexo, área de residencia, edad, grado de instrucción y consumo de alcohol sobre la iniciación sexual.	86

INTRODUCCIÓN

Actualmente, a pesar de que la familia sufre cambios tanto en su estructura como en su funcionalidad, sigue siendo una institución importante dentro de la sociedad. Es de amplio consenso, considerar a la familia como el eje de la sociedad y como la institución donde se desarrollan los principales aprendizajes del ser humano (Gallego, 2006). Es así, que la familia se constituye como un grupo primario donde sus miembros están unidos por lazos sanguíneos, jurídicos o por alianzas establecidas y siendo el primer espacio de socialización del individuo, el desarrollo del afecto y la satisfacción de necesidades sexuales, sociales, emocionales y económicas; y el primer agente trasmisor de normas, valores y símbolos” (Quintero, 2007). En este sentido, la familia es considerada como el primer eslabón de apoyo social y psicológico que posee el sujeto durante toda su vida, ejerciendo una función protectora ante las diversas tensiones de la cotidianidad, adaptándose a los cambios producidos por su propio ciclo vital, sin dejar de lado el contexto sociocultural y económico. Por lo tanto, los desequilibrios dentro del sistema familiar, se tornan hacia la disfuncionalidad familiar expresada en coaliciones, triangulaciones y escasa comunicación ocasionando posibles desajustes en los planos: físico, psicológico y social de sus miembros (Sigüenza, 2015).

Dentro de la funcionalidad familiar se estudian los niveles de cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar, pero esta última, se constituye como modulador de las dos primeras. La comunicación familiar es considerada como un proceso dinámico y bidireccional en el sentido en que padres e hijos se influyen mutuamente; y, a través de ella se producen las más tempranas socializaciones del ser humano (Rivadeneira & López, 2017). Por otro lado, Tesson & Youniss (1995), reconocen que es un instrumento que padres e hijos utilizan para renegociar sus roles, desarrollar sus relaciones cambiar hacia una mayor mutualidad y reciprocidad. Precisamente, es a través del proceso de socialización llevado a cabo al interior de la familia que los hijos adquieren los componentes culturales y parámetros sociales que facilitan su integración social (Musitu & Cava, 2001). Por lo tanto, la comunicación familiar es un elemento importante que forma parte del ambiente familiar que permite el desarrollo infantil a

través de las prácticas formativas que se dan dentro de su estructura y dinámica; además, de que facilitan las experiencias de aprendizaje para el desempeño social (Isaza & Henao, 2011), y los aprendizajes más significativos para el ser humano (Bronfenbrenner, 2005); así mismo, es un elemento que ayuda explicar algunos fenómenos sociales complejos como la violencia familiar y el maltrato infantil, ya que dichos problemas son entendidos, en parte, por crisis del ciclo vital familiar, situacional y por patrones de interacción disfuncionales; sobre este marco, sin dejar lado otros factores, existen dos variables sobre las cuales se organiza el funcionamiento familiar: el poder y el género, lo cual culturalmente, llevan a una particular organización jerárquica de la familia, siendo muchas veces un riesgo para que la familia se convierta en un entorno propicio para las interacciones violentas (Corsi, 1999; Barcelata & Álvarez, 2005).

En este sentido, la evaluación de la comunicación familiar permite comprender distintos factores asociados no solo al funcionamiento de la familia, sino a elementos del clima familiar que pueden contribuir a explicar las trayectorias evolutivas emocionales de sus miembros, lo que implica que se trata de una herramienta vital en los procesos biopsicosociales de intervención (Rivadeneira & López, 2017).

Por otro lado, la adolescencia es una etapa de muchos cambios profundos, a nivel físico, cognoscitivo, emocional y social. La misma, que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos. Un cambio importante a nivel físico, es el inicio de la pubertad donde se da la madurez sexual y la capacidad de reproducirse; además, de tener mayor oportunidad de crecer a nivel cognoscitivo y social; en autonomía, autoestima e intimidad (Papalia, Feldman & Martorell, 2012). Como parte de este desarrollo, los adolescentes, también, entran a una etapa de exploración y experimentación mediante una serie de comportamientos relacionados con su sexualidad que incluyen besos, caricias, masturbación, relaciones coitales e información acerca de la sexualidad (Sánchez, 2010).

La iniciación sexual en los adolescentes es una fuente de preocupación para muchos ya que este hecho tiende a darse a muy temprana edad, es decir, durante la adolescencia temprana

e intermedia, a pesar de que el adolescente biológicamente está listo para reproducirse y esta culturalmente condicionada; sin embargo, aún no tiene una identidad emocional lograda, mayor estabilidad, ubicación del objeto amoroso único, capacidad para dar y recibir afecto, capacidad de decisión utilizando criterios a largo plazo por lo que se expone a riesgos de aborto, embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual (ITS), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (Zárate, 2003).

Por lo expuesto, revisaremos algunos estudios realizados respecto a la problemática antes descrita. Los datos mundiales indican que más de la mitad de los adolescentes inician sus relaciones sexuales antes de los 16 años; y en relación a esto, otro dato preocupante es que cada cinco minutos se produce un suicidio inherente a su salud sexual y reproductiva, y para completar el perfil se reportan altos índices de mortalidad materna y abortos que se producen durante esta etapa de vida, lo que indica indirectamente falencias en sus conocimientos sobre sexualidad y conductas sexuales (Chapel, 2001, citado en Mayorga et al., 2016). Así mismo, el inicio de la vida sexual a corta edad y sus consecuencias afecta a varios planos del ser humano: el físico, el académico, el laboral e incluso el psicológico, ya que la actividad sexual sin madurez cognoscitiva puede generar estrés emocional (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003).

León, Minassian, Borgoño & Bustamante (2008), afirman que a mayor precocidad del inicio de la actividad sexual mayor aumento de la incidencia del embarazo adolescente y cuyos factores de riesgo son los individuales asociados a resultados ginecobstétricas y psicosociales adversos. Dentro de los primeros están retraso en el crecimiento intrauterino anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto; y como consecuencias psicosociales encontraron la deserción social, familias disfuncionales y problemas económicos.

El inicio sexual a una temprana edad trae consigo diversas consecuencias. La conducta reproductiva de las adolescentes (15 a 19 años de edad) es un tema de reconocida importancia, no solo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con

las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común; o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la madre soltera. Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas sin la debida formación profesional y en condiciones sanitarias inadecuadas (Encuesta demográfica y de salud familiar [ENDES], 2015).

En el Perú, según la ENDES (2015), del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 13,6% ya estuvo alguna vez embarazada, los mayores porcentajes de embarazo adolescente se presentan en mujeres con primaria (37,9%) y entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (24,9%). Mientras que menores porcentajes se aprecian entre aquellas con educación superior (6,1%) y en las del quintil superior de riqueza (4,9%). El mayor porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (22,5%) y en la Selva (24,9%); y, los menores en el área urbana (10,8%) y en Lima Metropolitana (8,3%). Estos embarazos también varían de acuerdo al departamento, mientras que en Loreto es de 32,8%, Ucayali (26,2%); y, en Moquegua (6,4%), Arequipa (7,5%), Lima (9,0%) y Tacna (9,3%).

Según Freyre (2004) la edad promedio de la primera relación coital en Arequipa es de 14.8 años en los varones y de 15.7 en las mujeres, siendo el 80% voluntaria. Entre los problemas asociados a ésta, están los conflictos emocionales, las ITS, el abuso y el embarazo. La frecuencia de embarazos en Arequipa es: En menores de 18 años 14.6% y en menores de 16 años 7.6%, siendo el 75% de ellos no deseados y fuera de matrimonio. Y esta problemática causa repercusiones a nivel médico y psicosocial tanto en la madre como en el hijo, en algunos casos, el padre. Los factores condicionantes del embarazo adolescente son: fertilidad precoz, relación sexual precoz, desconocimiento de la prevención, estímulo sexual ambiental intenso, problemas personales y familiares, y aspectos socioculturales.

Figueroa & Figueroa (2017), realizaron una revisión bibliográfica de artículos científicos de los últimos años publicados en revistas, bases de datos (SciELO, LILACS) y otras fuentes bibliográficas (Dialnet y Google), con el objetivo de identificar los factores que influyen en las conductas sexuales de los adolescentes de Cuba, llegando a determinar que tanto factores internos como externos estarían relacionados con las conductas de riesgo adoptadas por los adolescentes. Dichos factores son: factores biológicos; desarrollo cognitivo, psicosocial y afectivo - motivacional; familia; grupo de iguales (amigos); consumo de alcohol y otras drogas; educación sexual recibida y los medios de comunicación. En tanto que, una conducta sexual de riesgo es la que favorece los riesgos que comprometen la salud sexual y reproductiva, además del desarrollo psicológico y social (Olivera, Bestard & Morales, 2016).

Ccopia & Pérez, (2012), llevaron a cabo un estudio de caso en el inicio precoz de las relaciones coitales en 25 adolescentes mujeres del nivel secundario de una institución educativa “Nuestra señora de candelaria” de Camaná-Arequipa, en la que analizaron los factores predisponentes al inicio de las relaciones coitales. Dentro de los factores familiares se encontró: La relación entre los padres, antecedentes de los padres, presencia de padres en el hogar, ambiente familiar y comunicación entre padres e hijos; en los factores sociales se incluyó: Los hábitos sociales, estereotipos sociales y medios de comunicación. Y en relación a los factores personales se encontró: el estado emocional, relaciones amicales, enamoramiento y decepción sentimental.

De acuerdo a las investigaciones citadas como antecedentes del presente estudio, podemos señalar que son muchos los factores que influyen en que los adolescentes se inicien en las relaciones coitales que traen consigo una serie de consecuencias que afectan su desarrollo integral, si este es practicado a temprana edad; por ello, la necesidad de realizar la presente investigación a fin de analizar el contexto familiar respecto a su estructura y funcionalidad y su influencia en la iniciación sexual del adolescente.

Por ello, el propósito de esta investigación es determinar la influencia de la familia en la iniciación sexual de alumnos de secundaria de un colegio rural y urbano de Arequipa 2016.

En tal sentido, nuestra hipótesis es, que la familia si influye en la iniciación sexual de alumnos de secundaria de un colegio rural y urbano de Arequipa 2016.

La presente investigación pertenece al enfoque cuantitativo de diseño no experimental, de tipo transversal y alcance descriptivo correlacional, ya que en primera instancia se busca especificar propiedades y características de las variables estudiadas, y en segundo lugar, se busca asociar las variables a fin de conocer la relación existente entre las mismas en los diferentes escenarios tomados en cuenta, además de que las variables son medidas en un solo momento en el tiempo.

Para el desarrollo de este trabajo, en un primer capítulo se hizo la delimitación del estudio, haciendo hincapié en el planteamiento del problema, las hipótesis, los objetivos, la importancia y limitaciones del estudio, la definición de términos y las variables e indicadores; en el segundo capítulo se recoge el marco teórico de la investigación, con temas y teorías referidas a los antecedente de investigación, la familia, la adolescencia y sexualidad.

El tercer capítulo hace mención a la metodología usada en el estudio. En el cuarto capítulo se consignan los resultados de la investigación y por último se presenta la discusión, así como las conclusiones y sugerencias.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es importante destacar que durante la adolescencia el ser humano cursa una etapa muy trascendental en su vida, como parte de su desarrollo, marcada por cambios biológicos, psicológicos y sociales. Muchos de estos cambios están directamente relacionados con la sexualidad. El desarrollo sexual es la fibra central de toda la experiencia adolescente, y subyacente a él está la maduración biológica, que comienza al principio de la pubertad y continúa durante 3 o 4 años. Sin embargo, el desarrollo sexual no sólo implica cambio biológico, sino también, crecimiento y maduración en lo social y emocional (Coleman & Hendry, 2003). En esta etapa resaltaremos tres aspectos importantes relacionados con la sexualidad: La redefinición de la identidad sexual y de género, la aparición del deseo sexual en su versión adulta y la reorganización de los vínculos afectivos (Gómez, 2005). Dichos cambios se manifiestan en conductas, afectos y pensamientos lo que implica la curiosidad por temas sexuales, la interacción con el sexo opuesto, el mayor interés por el acercamiento físico y sobre todo el deseo sexual que propician, en la mayoría de las veces, la iniciación temprana de las relaciones sexuales coitales (Tarazona, 2005 & Delgado, 2009).

No obstante, los comportamientos funcionales dirigidos a metas propias del desarrollo psicosexual normal pueden convertirse en el adolescente en comportamientos

de riesgo; por ejemplo, la iniciación sexual temprana y, por ende, sus consecuencias como embarazos no deseados, abortos, VIH/SIDA e ITS. Estos problemas amenazan su salud física y mental y, por lo tanto, su desarrollo integral. En la actualidad, dos de los problemas más importantes que afectan a los adolescentes son: el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual, los cuales tienen repercusiones no solo en aspectos de la salud, sino también en lo social (Villanueva, 2007). La tasa de infección por el VIH se ha incrementado; 20% de ellos se sitúan en la segunda década y probablemente se contagian en la adolescencia. Es especialmente trágico que un número cada vez mayor de mujeres adolescentes se sometan a prácticas abortivas, o asuman un embarazo no deseado, que trae como resultado la probabilidad de tener complicaciones para su salud tanto biológicas, psicológicas y sociales (Whitaker et al. 2000).

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2011), más de la mitad de los adolescentes en el mundo tienen relaciones sexuales antes de los 16 años de edad. Las relaciones sexuales en la adolescencia temprana son frecuentes en América Latina. Entre 10 y 12% de las adolescentes de 15 a 19 años en Brasil, República Dominicana, Nicaragua y Colombia reportaron haberse iniciado sexualmente antes de los 15 años. En Argentina una encuesta a madres adolescentes reveló que 64.8% de las encuestadas se inició antes de los 16 años, y 12% antes de los 14 años (Gogna et al., 2005). En nuestro país, la primera relación sexual ocurre antes que la unión conyugal, lo que lleva a un aumento de las probabilidades de maternidad adolescente fuera de la unión. Según, la ENDES, en el año 2014, las mujeres que han tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años de edad se dio en un 6.3 % cifra que aumentó en el 2015 a 6.9 % (ENDES 2014, 2015 & INEI, 2013). Por otro lado, Rodríguez, Ruiz & Soplín (2014) en un estudio hecho en Iquitos con una muestra de 96 adolescentes embarazadas demuestra que la edad promedio de inicio de la actividad sexual fue a los 14 años.

Otro dato importante a tomar en cuenta, es la estrecha relación de embarazos con la iniciación sexual temprana, respecto a ello en el Perú el 15 % de adolescentes entre 15 y 19 años de edad han estado embarazadas, en el área urbano 12% y rural 22%. Los

mayores registros de madres menores de 15 años ocurren en la Selva y en los departamentos de la Costa norte del Perú (UNFPA, 2015 & ENDES, 2014). En Arequipa, según, la Gerencia Regional de Salud (GERESA) se registraron al menos 1020 embarazos en menores, cuyas edades oscilan entre los 12 y 17 años, también se reportaron 38 abortos en adolescentes, pudiendo incrementarse esta cifra, ya que se realizan de manera clandestina y solo llegan al hospital los casos que se complican, y los últimos tres años se presentaron 17 casos nuevos de Sida, en menores de 17 años, lo que significa que contrajeron la enfermedad cuando tenían entre 13 y 14 años de edad (Arenas, 2014). Este mismo autor, refiere que en el año 2015, se atendieron 1037 adolescentes gestantes (Arenas, 2015). Comparando las cifras dadas, vemos que subió el número de adolescentes embarazadas, a pesar de que, según el II barómetro de la familia de la Universidad Católica San Pablo (2015), solo el 19% de adolescentes se iniciaron sexualmente a una edad promedio de 15 años.

Por otro lado, la Enaho (2015), reportó que del total de embarazos que hubo en Arequipa el 8.2 % fueron adolescentes, cuyas edades oscilan entre los 12 y 19 años. En este sentido, la coordinadora regional de la etapa de vida del adolescente de la GERESA, Amparo Arenas, refiere que la causa principal de esta situación son las familias, ya que la mayoría son disfuncionales donde predominan los conflictos, la falta de afecto, la falta de confianza, la ausencia de padres, la falta de una adecuada comunicación, entre otros. Además, remarca que los adolescentes viven sin control y su tiempo libre lo dedican al uso del internet sin alguna restricción, por otro lado hizo hincapié a la falta de consultorios de salud para adolescentes y la necesidad de mayor orientación en los colegios (El Pueblo, 2016). Y, según el instituto Peruano de Paternidad Responsable [INPPARES], se le atribuye a la falta de información sobre salud sexual y reproductiva, y a las restricciones legales dadas por la ley general de salud (artículo 4) (La República, 2016).

Existen diversos factores y contextos que condicionan el inicio sexual en los adolescentes tales como la familia, el ambiente escolar, los amigos, los medios de

comunicación y por supuesto, la cultura en la que están inmersos, además de los factores individuales y sociales. Diversos estudios muestran las variables familiares que se asocian al inicio sexual del adolescentes, tales como mala relación y comunicación con los padres, antecedente de paternidad y/o maternidad adolescentes de los padres, supervisión parental limitada, padres con baja escolaridad (González, Molina, Montero & Martínez, 2013), estructura y función familiar (Gamarra & Iannacone, 2009); a nivel escolar, el rendimiento académico bajo, repetencia escolar y aspiraciones académicas básicas (González, Molina, Montero & Martínez, 2013); a nivel individual, la actitud hacia el inicio de la actividad sexual, autoestima (Gamarra & Iannacone, 2009), edad, sexo, número de parejas románticas (González, Molina, Montero & Martínez, 2013); y a nivel socio cultural, ausencia de un adulto, conocimientos sobre sexualidad, grupo de pares (Gamarra & Iannacone, 2009), las diferencias de género, y los mensajes que se transmiten respecto al ejercicio de la sexualidad entre hombres y mujeres (Zárate, 2003). En tal sentido, dichos factores como agentes de socialización (familia, profesores, amigos, profesionales de salud, y medios de comunicación), juegan un rol importante, transmiten mensajes que afectan directamente sus pensamientos, actitudes, comportamientos, valores y conocimientos sobre sexualidad (Bueno & Marquina, 2007).

No obstante, los comportamientos funcionales dirigidos a metas propias del desarrollo psicosexual normal pueden convertirse en el adolescente en comportamientos de riesgo; la iniciación sexual es parte de la evolución del individuo, sin embargo las condiciones en la que ésta se da puede tener un gran impacto en la salud física, psicológica y social (Zárate, 2003).

Así mismo, la Organización Panamericana de Salud, OPS, en su estudio: La voz de los adolescentes (2003), ve a la familia como la fuente de mayor credibilidad para los adolescentes, la familia representa, por un lado, un lugar seguro para su desarrollo, su expresión y fortalecimiento, y por otro es vivida como uno de los escenarios de mayor incomunicación, incomprendición y conflicto. Lamentablemente, muchas veces los padres de familia no manejan la información adecuada, debido a que no han recibido ningún tipo

de orientación o tienen ciertos prejuicios sobre el tema. Esto conlleva a que los adolescentes no tengan la suficiente confianza como para hablar de sexualidad con sus padres, por lo que recurren a los amigos (quienes se encuentran en la misma situación) o a revistas no especializadas en el tema, en las que se resalta la pornografía más que la sexualidad humana (Balarezo & Balarezo, 2016).

Diversos estudios coinciden en que la familia influye en el comportamiento sexual del adolescente. Huanta, en su estudio “Nivel de conocimiento y actitud hacia la sexualidad en alumnos de 4° y 5° de sec. de C.E. Estatales” de Arequipa, encontró que el 60% de las alumnas confían más en sus madres para consultar sus preocupaciones sexuales, mientras que el 21% de los varones confían en sus padres. Otro estudios, también afirman que la mala comunicación familiar; mala relación padre e hijo; supervisión parental limitada y menor supervisión parental están asociadas al inicio sexual del adolescente (González, Molina, Montero & Martínez, 2013; Salazar et al, 2007). Así mismo, Zárate (2003) en su investigación sobre factores psicosociales familiares relacionados con la iniciación sexual del adolescente evidencia que existe un pobre vínculo, alta autoridad familiar, cohesión dispersa y separada en los iniciados sexualmente.

Respecto al contexto en que se desarrollan las primeras experiencias sexuales de los adolescentes, encontramos algunas categorías que los motivaron, entre ellas tenemos: los que lo hicieron “por amor”, “por estar enamorado”; por “curiosidad “y “por saber cómo se sentía”, ya que se tiene la percepción de que la actividad sexual es algo grandioso y es escuchado de sus pares; porque experimentaron un deseo interno por la aprobación de los pares “es mucha la presión de los pares, la gente conversa acerca de eso en la escuela y tu estas fuera de la conversación a menos que lo hagas”; por estar bajo efectos del alcohol, debido a que ésta reduce las inhibiciones y la racionalidad, y hace que la progresión hacia la actividad sexual sea más fácil “una está más débil con tragos y es más difícil decir que no”; adolescentes que lo hicieron sin tener una motivación especial “estábamos solos, nos dejamos llevar” “fue la excitación del momento”; los que lo hicieron cuando se sintieron

preparados y estos fueron las que percibieron su primera experiencia como positiva y postergaron su experiencia sexual a más tiempo; y finalmente, adolescentes que lo hicieron bajo cierta coerción, manipulación “yo no quería tener relaciones, pero cedí, después de eso terminamos” “solo lo hice para que él se sintiera feliz” “me dijo que le diera la prueba del amor”, esto indica las dificultades que algunas adolescentes tienen para negociar efectivamente el comportamiento sexual con sus parejas y la necesidad que tiene algunas adolescentes de mantener la relación y evitar conflictos con sus parejas (González, Montero, Martínez, Mena & Varas, 2010).

En relación a lo anterior, vemos que los adolescentes tienen varias motivaciones por las que deciden tener su primera experiencia sexual, pero creemos que esta decisión podría ser más pertinente con una adecuada educación sexual basada en el conocimiento científico y coherente, impartida desde el seno familiar, el entorno escolar y la comunidad. Para que exista una eficaz recepción de esta educación y su respectiva práctica, es necesario que los padres tengan la información y un entorno familiar sin conflictos. Al respecto, Andrade, Betancourt & Palacios (2006) sostienen que las adolescentes con vida sexual tienen una menor comunicación y apego con ambos padres; y en relación a los adolescentes hombres con vida sexual, tiene mayor comunicación sobre temas de sexualidad y más permisividad de ambos padres. Por su parte, Salazar et al. (2007) refieren que una deficiente o nula comunicación entre adolescentes y progenitores acerca de temas de sexualidad en una etapa de transición e incertidumbre, con muchos cambios encima, tienden a tener comportamientos sexuales de riesgo.

Por las consideraciones mencionadas anteriormente, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la influencia de la familia en la iniciación sexual de alumnos de secundaria de un colegio rural y urbano de Arequipa?

2 HIPÓTESIS

H₁ La familia influye en la iniciación sexual de alumnos de secundaria de un colegio rural y urbano de Arequipa.

3 OBJETIVOS

A. Objetivo general

Determinar la influencia de la estructura y funcionalidad familiar con la iniciación sexual de alumnos de secundaria de un colegio rural y urbano de Arequipa.

B. Objetivos específicos

- a. Evaluar la estructura y funcionalidad familiar de los alumnos de secundaria de un colegio rural y urbano de Arequipa.
- b. Identificar el inicio sexual de los alumnos de secundaria de un colegio rural y urbano de Arequipa.
- c. Relacionar la estructura y funcionalidad familiar con la iniciación sexual de los alumnos de un colegio rural y urbano de Arequipa.

4 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La salud de los adolescentes y jóvenes es un elemento básico para el avance social, económico y político de un país. Los cambios que ocurren desde el punto de vista biológico, psicológico y social hacen que sea la adolescencia, después de la infancia, la etapa más vulnerable del ciclo vital, por lo que debe ser privilegiada y atendida de manera especial (Martín & Reyes, 2003). Cambios que implican el inicio de una intensa sexualidad, con múltiples aspectos y sentimientos, que según su desarrollo influyen y son influidos en todo el ámbito personal y social (Salazar et al., 2007).

Actualmente, se reconoce que los problemas de salud sexual y reproductiva en adolescentes, se vinculan con la propensión a iniciarse cada vez más prematuramente en la vida sexual, la desprotección, la promiscuidad y la baja percepción de los riesgos que ello entraña (Alonso et al., 2005). Según, testimonios recogidos, los adolescentes plantean que el inicio sexual se produce entre los 14 y 15 años, acompañado de estereotipos machistas muy presentes que consideran que las mujeres retrasan su inicio sexual por cuestiones de moral y recato, en contraposición con los varones, quienes para aspectos vinculados al inicio sexual se consideran más desinhibidos, y hasta cierto punto, con mayor derecho a la experimentación que las mujeres. Otro aspecto que los adolescentes consideran que influyen en la edad de inicio sexual, además de vincularse a la modernidad y la tecnología, se relaciona a las costumbres del entorno y el contexto sociocultural en el que la persona se desenvuelve. En este sentido se manejan aún ciertos estereotipos de que existen diferencias entre la gente de la selva, la costa y la sierra, o distinguiendo a las personas del norte de las del sur (Freyre, 2004).

Así mismo, diversos estudios a nivel local y nacional, revelan que los adolescentes inician su vida sexual entre los 14 y 16 años (Franco & Quiroz, 2015; Maguiña, 2015). En un análisis de la conducta sexual de adolescentes peruanos se halló que los varones tuvieron el debut coital a una edad más temprana ($M = 13.50$; $DT = 2.10$), que las mujeres ($M = 14.50$; $DT = 1.77$). Hay que considerar que el inicio de éstas a edades tempranas favorece una mayor frecuencia de contactos sexuales con penetración, aspectos que son considerados factores de riesgo para la infección por el VIH y las ITS. Por tanto, los adolescentes peruanos se encuentran en riesgo de infección dada su temprana edad de inicio en las relaciones sexuales vaginales, anales y orales (Teva, Ramiro, Bermúdez & Buela, 2012).

Mellado y Ninacivincha (2016), en su estudio realizado en una muestra de 317 adolescentes embarazadas del servicio de Gineco-Obstetricia Hospital Goyeneche Arequipa, sostienen que la edad de inicio de las relaciones coitales es a los 12 años con un

promedio a los 15 años (34.38%), la mayoría de adolescentes (64.04%) presentan antecedentes familiares de embarazo durante la adolescencia. En relación a las dimensiones del funcionamiento familiar tenemos que en la dimensión de adaptación, el 70.66% de las adolescentes embarazadas presentan disfunción familiar severa; en la dimensión participación, el 100% de las adolescentes embarazadas presentan disfunción familiar; en la dimensión de crecimiento y desarrollo, el 66.88% presenta disfunción familiar severa; en la dimensión de afecto, el 64.98% tienen disfunción familiar severa y en la dimensión de recursos el 65.95% de adolescentes embarazadas tienen disfunción familiar severa. Por último, el 99.68% de las adolescentes presentan familias con disfuncionalidad y solo el 0.32% tiene una familia con buena funcionalidad; y, dentro de la familia con disfuncionalidad se muestra que la mayoría (73.82%) presenta familia con disfunción familiar severa, un 21.77% de las adolescentes embarazadas tiene disfunción familiar moderada y el 4.10% disfunción familiar leve.

Rodríguez (2002), planteó conocer los factores individuales, familiares y sociales que influyen en el inicio de la actividad sexual en 558 escolares de ambos sexos del 3^{er} al 5^{to} año de secundaria de colegios estatales de la zona urbana, urbana-rural y rural de Trujillo. En dicha investigación, se llegó a los siguientes resultados: En cuanto a los factores individuales asociados al inicio de la actividad sexual están el sexo ($p=0.000$), la edad y la percepción de inmunidad ante el riesgo de embarazo ($p=0.002$). Siendo mayor en los varones (85.30%) en relación a las mujeres (14.70%) de las zonas urbana y urbana-rural, mas no se encontró relación significativa en la zona rural; la relación entre edad e inicio sexual, es alta en la adolescencia media (15 a 16 años), el mayor porcentaje se encuentra entre 15 a 16 años en la zona urbana y en la zona urbana- rural y rural entre 17 y 19 años; el 69.6% del total de escolares no perciben ningún riesgo, zona rural (78.6%), urbana rural (85.7%) y en la urbana perciben un mínimo de riesgo.

Teniendo en cuenta que la familia es el núcleo básico de la sociedad, es el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad. Constituye la esencia más primaria del ser humano, en ella el hombre inscribe sus primeros sentimientos, sus primeras vivencias,

incorpora las principales pautas de comportamiento y le da un sentido a la vida. Partiendo de esta base consideramos que las actitudes y comportamiento de los adolescentes van a estar determinados en gran medida por el tipo de relación que han establecido con el resto de los componentes de su núcleo familiar, es allí donde ellos desarrollan conocimientos, habilidades y capacidades necesarias vinculadas con su desarrollo físico y espiritual; en la medida que estos sean más amplios el resultado será un individuo integral, portador de juicios y valores que le permitan desempeñar sanamente el rol que le corresponde jugar en la vida (Domínguez, 2011). Este mismo autor concluye en su investigación, que los adolescentes de manera general reciben información sobre temas sexuales de sus padres, sin embargo, esta es insuficiente; son los jóvenes que conviven en el seno de familias disfuncionales los más afectados en este aspecto. Por ende, la convivencia en familias disfuncionales constituye una influencia negativa y con repercusión marcada en las actitudes y comportamientos sexuales de los adolescentes. Por otro lado; Andrade, Betancourt & Palacios (2006) mostraron que las mujeres con vida sexual reportaron una menor comunicación y apego con ambos padres, así como, mayor rechazo por parte de la mamá en comparación con las mujeres sin vida sexual. Relativo a los hombres, los que tienen vida sexual reportaron mayor comunicación sobre temas de sexualidad y más permisividad de ambos padres, así como, altos puntajes de rechazo por parte de la mamá en comparación con los hombres sin vida sexual.

Por todo lo expuesto, consideramos que los resultados de esta investigación tienen relevancia científica, ya que contribuirán a dar más datos a los profesionales involucrados en el problema tales como psicólogos, educadores, médicos, enfermeros, asistentes sociales y demás profesionales involucrados en la atención integral del adolescente; así mismo servirá para dar oportunidad al personal relacionado con el tema para continuar o establecer líneas de investigación relacionadas con la familia, adolescentes e inicio sexual. Respecto a la relevancia humana, mediante estos resultados se tendrá mayor conocimiento de la realidad del problema tanto del área urbano como rural, a fin de que las familias y los adolescentes sea favorecidos a través de los programas, talleres, charlas, etc. que pudieran impartir las instituciones y los profesionales involucrados, para de esta manera

disminuir los índices de embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, deserciones escolares, abortos y problemas socio económicos, además de ayudar a la concientización de los adolescentes y familias de vivir una sexualidad saludable y responsable. Y por último, nuestro estudio es relevante socialmente, debido a que los resultados podrán fundamentar políticas de educación sexual a través del gobierno central, regional y municipal, tendientes a mejorar el ambiente familiar y la calidad de comunicación entre sus miembros. Además de fortalecer y enriquecer programas ya existentes relacionados a la educación sexual.

Si hablamos que la familia es el primer elemento socializador, en cuyo seno se educa y forma al individuo, para que sus miembros sean capaces de desarrollarse y ser personas autónomas, que puedan enfrentarse e integrarse a la vida, entonces debemos enfocar nuestra atención en ella como primer ámbito de prevención e intervención, su análisis nos aproxima a la influencia que puede ejercer en el inicio sexual del escolar adolescente.

5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Nuestra primera dificultad está referida a la falta de investigaciones relacionadas al tema y estadísticas actualizadas sobre la etapa de la adolescencia en el Perú y específicamente en Arequipa. Lo que se valoriza en tiempo perdido por la búsqueda de dichos datos lo cual lleva a que la investigación se realice en más tiempo de lo previsto.

La segunda limitación, es la difícil accesibilidad a las instituciones educativas para la recolección de datos ya que el objetivo de nuestra investigación es abarcar adolescentes de poblaciones rural y urbano lo cual implicará viajar fuera de la ciudad y un gasto económico, así mismo, la aplicación de los instrumentos requiere disponibilidad de tiempo, razón por lo cual los directores de las instituciones educativas solicitadas guardan cierto recelo por sus horarios.

Otra de las limitaciones, es el tamaño muestral, a pesar de ser aceptable no se puede generalizar los resultados debido a que la población adolescente de la región Arequipa es de 270,360 y frente a esta, la muestra seleccionada es relativamente pequeña, además de que se restringe a una etapa de la vida, la adolescencia.

6 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

A. 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 (Papalia, Feldman & Martorell, 2012).

B. Estructura familiar

Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar (Asociación latinoamericana de profesores de medicina familiar, 2005).

C. Familia

Es un grupo primario que se caracteriza porque sus miembros están unidos por vínculos sanguíneos, jurídicos y por alianzas que establecen sus integrantes lo que conlleva a crear relaciones de dependencia y solidaridad. La familia es “el espacio para la socialización del individuo, el desarrollo del afecto y la satisfacción de necesidades sexuales, sociales, emocionales y económicas, y el primer agente trasmisor de normas, valores, símbolos” (Quintero, 2007).

D. Funcionamiento familiar

Es el conjunto de patrones de relación que se dan entre los integrantes de la familia a lo largo de su ciclo de vida, patrones que desempeñan a través de los roles establecidos y con la influencia de los ambientes sociales en los que se desenvuelven (García, Rivera, Reyes & Díaz, 2006).

E. Iniciación sexual

Momento en la vida de una persona en que por primera vez sostiene una relación sexual coital, seguida o no de actividad sexual posterior al evento. Tal experiencia puede darse con personas del sexo opuesto o del mismo sexo (Zárate, 2003).

7 VARIABLES E INDICADORES

Variables		Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Variable principal	Estructura familiar	Miembros que integran el grupo familiar actualmente.	Tipos de familia:	Nuclear Monoparental Otros familiares Otras personas	Nominal
	Funcionamiento familiar	Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia.	Sistema familiar Comunicación familiar	Cohesión. Adaptabilidad Apertura Problemas de comunicación	Ordinal
Variable secundaria	Inicio sexual	Experiencia de una relación sexual coital por primera vez.		Con experiencia de una relación sexual coital	Nominal
				Sin experiencia de una relación sexual coital	Nominal
Variables intervenientes	Sexo	Características sexuales de los alumnos evaluados		Mujer	Nominal
				Hombre	Nominal
	Edad	Años de vida a partir del nacimiento hasta el momento. Nivel secundario.		Adolescentes	De intervalo discreto
	Tipo de población	Definida por el lugar donde reside ya sea área rural o urbana		Rural Urbano	Nominal

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

A. Antecedentes internacionales

Es necesario la revisión de algunas investigaciones realizadas fuera de país, en relación a nuestro objeto de estudio, a fin de tener referencias que muestren que ciertos factores relacionados a la familia influyen en la conducta sexual del adolescente.

Los adolescentes aprenden de sexualidad a través de diferentes medios, pero la familia es uno de los primeros agentes socializadores y es la encargada, a través de la comunicación, de transmitir información sobre ésta. En este sentido, una investigación de corte cualitativo tuvo como objetivo describir los procesos de comunicación que se establecen entre padres y madres con sus hijos e hijas adolescentes para entablar diálogos sobre sexualidad y su relación con la toma de decisiones, en dos familias pertenecientes a instituciones educativas de Cali – Colombia. A través de esta investigación encontramos que los procesos de comunicación, los temas abordados y los recursos empleados, están influidos por los conocimientos y percepciones de los ascendientes, en quienes la sexualidad aún es un tabú y tienen carencia de información y de estrategias de acompañamiento (González, Orcasita, Carrillo & Palma, 2017).

De acuerdo a Sagñay (2016), en su investigación mixta, realizada con 231 adolescentes de ambos sexos y con edades entre 12 a 14 años de edad de la ciudad

Cuenca - Ecuador, encontró que el inicio de relaciones sexuales se dio en un 51,1% frente a un 48,9% que no se inició sexualmente; la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de $13,57 \pm 1,79$ años; y según, los estudiantes, la educación sexual debería ser enseñada por padres (45,9%) y equipo de salud (21,2%). Se encontró, también, una asociación significativa entre las siguientes variables y el inicio de relaciones sexuales: sexo ($p=0,001$), siendo mayor en el sexo masculino (60,6%) que en el femenino (39,4%); religión ($p=0,041$), donde los ateos o no creyentes tuvieron un 100% de inicio de relaciones sexuales; quién enseña educación sexual a los adolescentes ($p=0,006$), mostrándose menor frecuencia de relaciones sexuales en los que fueron enseñados por sus padres o el equipo de salud; y, el funcionalismo familiar ($p<0,001$), una buena función familiar menor frecuencia de inicio de relaciones sexuales (38,4%), aumentando a 67,5% en la disfunción moderada, hasta un 84,6% en la disfunción severa. Sin embargo, no se encontró relación entre la estructura familiar y el inicio de relaciones sexuales ($p=0,099$). Al evaluar los factores de riesgo para el inicio de relaciones sexuales se encontró que: el sexo masculino, la ocupación paterna de quehaceres del hogar y la repetición de grados escolares actuaron como factores de riesgo para el inicio sexual en edades tempranas; por otra parte, la ocupación materna de quehaceres del hogar, la enseñanza de educación sexual por los padres o personal de salud y la buena función familiar se comportaron como variables protectoras.

En otro estudio realizado por López, Correa, García & García (2016) en una muestra de 241 estudiantes de Guanajuato- México con edades entre 14 y 21 años, se encontró que la cohesión familiar prevenía la práctica sexual de riesgo en quienes no habían iniciado su vida sexual por lo que concluyeron en que una sana funcionalidad familiar, particularmente la cohesión familiar, podría redituar en prevenir conductas de riesgo.

Lavielle et al. (2014) identificaron, en su estudio transversal de una muestra aleatoria que incluyó 909 adolescentes mexicanos entre 14 y 19 años de edad, que el inicio temprano de la vida sexual es más frecuente en los adolescentes con familias en las que la expresión del afecto es disfuncional y con una estructura monoparental y

nuclear; además, concluyeron de que el nivel de comunicación, el control y monitoreo de la conducta , calidez y la cercanía desempeñan un papel importante como protectores de las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes.

Según, el estudio realizado en Chile con adolescentes de ambos sexos y con edades entre los 12 y 19 años se mostró, a través de un análisis bivariado, que las variables categóricas asociadas al inicio sexual antes de los 15 años fueron: filiación no matrimonial, no haberse criado con ambos padres, mala relación con los padres, no vivir actualmente con ambos padres, mala comunicación familiar, madre sola u otro responsable, supervisión sin sanción al quebrantamiento de normas, padre con antecedente de paternidad adolescente, madre con antecedente de maternidad adolescente, madre que trabaja, tamaño de la familia (número de hijos 1 o 2) y disfunción familiar (González, Molina, Montero & Martínez, 2013).

Orcasita, Uribe, Castellanos & Gutiérrez (2012) afirman que los adolescentes colombianos entre 12 a 18 años de edad, iniciados sexualmente, perciben un menor apoyo tanto emocional como instrumental por parte de su principal red de apoyo (la familia).

Algunos estudios (Orcasita, Uribe, Castellanos & Gutiérrez, 2012 & Hillis et al., 2010) coinciden en que la familia es una importante red de apoyo social o un factor protector. En este sentido, Hillis y colaboradores realizaron una investigación sobre el efecto protector de las fortalezas de la familia durante la infancia contra el embarazo adolescente y sus consecuencias psicosociales a largo plazo en mujeres mayores de 18 años de la ciudad de California EE.UU. Las fortalezas familiares estudiadas fueron: proximidad familiar, apoyo, lealtad, protección, amor, importancia y capacidad de respuesta a las necesidades de salud; cuyos resultados indican de que a mayor cantidad de fortalezas familiares menor riesgo de embarazo adolescente aun cuando algunos de estos vivieron alguna experiencia adversa en la infancia; así mismo, se encontró hallazgos que explican en parte los retrasos progresivos en la iniciación de la actividad

sexual a medida que aumentaba el número de fortalezas de la familia infantil; lo mismo ocurrió en la disminución de posibles problemas psicosociales (problemas de empleo, familiares, financieros y cólera incontrolable); por tanto, estos autores concluyeron de que las fuerzas familiares de la infancia protegen fuertemente contra el embarazo adolescente (entre 11 y 19 años), el inicio temprano de la actividad sexual y las consecuencias psicosociales a largo plazo.

Trejo et al. (2011), realizaron un estudio descriptivo comparativo con el objetivo de identificar el conocimiento y comportamiento sexual en 965 adolescentes ingresantes a la Universidad Autónoma de Zacatecas- México, donde se encontró que la mayoría de los adolescentes (77.7%) se percibió con un nivel adecuado de conocimiento. Los hombres se consideraron con mayor conocimiento y presentaron prácticas sexuales de mayor riesgo. La información sobre sexualidad la adquirieron principalmente de padres (67.6%), amigos (53.6%) y personal sanitario (45.2%). Una tercera parte tenía vida sexual activa con edad promedio de inicio a los 17 años. El número de parejas sexuales fue mayor en hombres que en mujeres. Los alumnos procedentes del área urbana (16.65 años) iniciaron su vida sexual a edades más tempranas en comparación con los del área rural. El anticonceptivo de mayor uso fue el preservativo. Llegándose a la conclusión de que el conocimiento no es la única herramienta que garantiza prácticas sexuales saludables en los adolescentes, lo que denota que las estrategias encaminadas a cambiar comportamientos no deben limitarse a proporcionar solo información.

Barreda & Vargas (2005), evalúan la influencia de las relaciones familiares sobre las expectativas románticas de autonomía y vinculación en una muestra de 326 adolescentes de Bogotá entre 13 y 18 años de edad, en dicho estudio como partes de las variables de las relaciones familiares son la aceptación, supervisión y apertura en la comunicación, cuyos hallazgos confirman la influencia directa de las relaciones familiares sobre las representaciones de autonomía y vinculación romántica. Los adolescentes que perciben a sus padres como emocionalmente cercanos y vigilantes tienden a comunicarse de manera abierta con ellos. Esas formas de relación y esa

espontaneidad en la comunicación familiar contribuyen a la formación del sentido de eficacia en sus relaciones de afecto en el noviazgo y a sus cogniciones sobre esas relaciones.

Autores como González, Rojas, Hernández & Olaiz (2005), analizaron la base de datos de adolescentes (12 a 19 años de edad) de la Encuesta Nacional de Salud 2000-México, donde hallaron que el inicio sexual aumenta conforme la edad, en hombres: de 12 a 14 años de edad, 16.7% de 15 a 17, y 42.9% en los de 18 y 19 años; adolescentes de 15 a 19 años sin escolaridad tienen mayor porcentaje de inicio de vida sexual y a mayor escolaridad menor es el porcentaje de inicio de vida sexual; mayor actividad sexual entre los 15 a 17 años de edad que viven en zonas urbanas (19.2%) y es menor en las rurales (13.6%); los adolescentes de la zona urbana tienen 1.94 veces más posibilidad de usar anticonceptivos en la primera relación sexual, comparados con aquellos que viven en localidades rurales; las adolescentes de 12 a 19 años de edad que han tenido relaciones sexuales, 55.7% de ellas han estado embarazadas alguna vez; y finalmente, el inicio temprano de la vida sexual es un factor que influye de manera importante sobre el antecedente de embarazo; las jóvenes que la iniciaron antes de los 14 años de edad tuvieron 12.29 veces más posibilidad de tener antecedente de embarazo, de 13.84 veces entre los 14 y los 15 años y 5.9 veces entre los 16 y 17 años.

B. Antecedentes Nacionales

A continuación, revisaremos algunas investigaciones realizadas en nuestro país.

Coaquira & Arroyo (2017), en una muestra de estudiantes mujeres de 3ro, 4to y 5to de secundaria de Junín, encontraron que existe relación entre el funcionamiento familiar (adaptabilidad y cohesión) y la primera relación sexual ($p=0.01$), entre el consumo de alcohol y la primera relación sexual ($p=0.001$) y entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol ($p=0.02$).

En el año 2016, Mayorga et al. en su investigación realizada en 216 estudiantes de ambos sexos entre 13 y 19 años de edad en una institución educativa de San Juan de Miraflores- Lima, encontraron que el 27.3% de la muestra no maneja información sobre sexualidad en temas específicos como relaciones sexuales, embarazo y uso de métodos anticonceptivos. La mayoría son mujeres (30.2%) y un 20.4% de los estudiantes ya ha iniciado su actividad sexual. Se encontró también que el 35.7% y el 27.1% de estudiantes presentan niveles elevados de indicadores de riesgo en las áreas familiar y social respectivamente y los estudiantes que tienen poca información sobre sexualidad o los que ya han comenzado su actividad sexual tienden a ubicarse en los niveles elevados de riesgo familiar y social; además, los estudiantes con menores niveles de satisfacción familiar tienen escaso conocimiento sobre sexualidad.

Por otro lado, Rafael (2016), efectuó un estudio a fin de determinar la relación entre la funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en 128 adolescentes en Lima metropolitana atendidos en consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal. En dicha investigación la disfuncionalidad familiar estuvo presente en el 81,4% de adolescentes; y en cuanto al número parejas sexuales igual o mayor a dos, las relaciones sexuales con consumo simultáneo de drogas o alcohol y tener una mayor experiencia sexual no se asociaron a la disfuncionalidad familiar ($p>0,05$); mientras que el uso de métodos anticonceptivos de barrera ($p=0,007$), presencia de alguna ITS ($p=0,015$) y una menor edad de inicio de relaciones coitales ($p=0,015$) si se asociaron con la disfuncionalidad familiar.

Mellado y Ninacivincha (2016), en su estudio realizado en una muestra de 317 adolescentes embarazadas del servicio de Gineco-Obstetricia Hospital Goyeneche Arequipa, sostienen que la edad de inicio de las relaciones coitales es a los 12 años con un promedio a los 15 años (34.38%), la mayoría de adolescentes (64.04%) presentan antecedentes familiares de embarazo durante la adolescencia. En relación a las dimensiones del funcionamiento familiar tenemos que en la dimensión de adaptación, el 70.66% de las adolescentes embarazadas presentan disfunción familiar severa; en la

dimensión participación, el 100% de las adolescentes embarazadas presentan disfunción familiar; en la dimensión de crecimiento y desarrollo, el 66.88% presenta disfunción familiar severa; en la dimensión de afecto, el 64.98% tienen disfunción familiar severa y en la dimensión de recursos el 65.95% de adolescentes embarazadas tienen disfunción familiar severa. Por último, el 99.68% de las adolescentes presentan familias con disfuncionalidad y solo el 0.32% tiene una familia con buena funcionalidad; y, dentro de la familia con disfuncionalidad se muestra que la mayoría (73.82%) presenta familia con disfunción familiar severa, un 21.77% de las adolescentes embarazadas tiene disfunción familiar moderada y el 4.10% disfunción familiar leve.

Zapata & Condori (2015), en su tesis “Influencia de factores familiares y sociales en el embarazo adolescente en el hospital regional Manuel Núñez Butrón Puno”, realizada en 35 adolescentes embarazadas, demostraron: Que el 68.6% de las adolescentes que se embarazaron entre los 15 a 17 años tuvieron su primera relación sexual a esta misma edad y el 11.4% a los 14 años; el 31.4% de adolescentes embarazadas provienen de una familia nuclear y 17.1% de la monoparental; el factor familia influyó solo en retrasar el embarazo, en las mononucleares el embarazo fue a temprana edad, por tanto la familia nuclear ni la mononuclear constituyen un factor protector; el antecedente de tener una madre adolescente influye en la ocurrencia del embarazo; las relaciones con la familia no fue un factor influyente en el embarazo adolescente; las conversaciones sobre sexualidad y reproducción es un factor que influye significativamente en el embarazo adolescente, porque en familias donde se conversa siempre sobre este tema la ocurrencia de embarazos es menor, sin embargo en familias donde algunas veces o nunca se conversa es mayor el número de embarazos y ocurren a temprana edad; el grado de instrucción de los padres influye en la ocurrencia de embarazo, debido a que el número de embarazos es menor cuando tienen padres de nivel superior, y es mayor y a tempranas edades cuando el nivel de instrucción es baja; la edad de la primera relación sexual es un factor que influye en la ocurrencia del embarazo adolescente, debido a que las adolescentes que iniciaron las relaciones sexuales a temprana edad también se embarazaron en estas edades, a diferencia de las que

retrasaron su inicio se embarazaron más tarde; la información sobre el comportamiento sexual es otro factor que influye significativamente en la ocurrencia del embarazo adolescente, debido a que la mayor parte de adolescente con información retrasó el embarazo, y las que no tienen información se embarazaron desde tempranas edades; y la educación sexual que reciben las adolescentes influye significativamente en la ocurrencia del embarazo; porque las adolescentes con educación sexual en alguna medida retrasan la edad del embarazo, pero las adolescentes que no la reciben están en mayor riesgo de embarazarse a tempranas edades.

En el 2014, Araujo y Paco realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la influencia del funcionamiento familiar en la iniciación sexual en adolescentes de instituciones educativas públicas del distrito de Hunter-Arequipa, cuya muestra estuvo constituida por 457 estudiantes de ambos sexos de 11 a 18 años de edad. Los resultados encontrados fueron: la edad promedio de iniciación sexual en los adolescentes fue de 14.33 años, la mayoría de adolescentes provienen de una familia con tipo el de funcionamiento de rango medio; y no se encontró relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y el inicio sexual de los adolescentes ($p>0.05$), por lo que concluyeron de que los padres tiene poca influencia en la toma de decisiones respecto al desarrollo sexual de los hijos.

Escudero (2014), realizó un estudio cualitativo con el objetivo de describir el clima social familiar (CSF) de 80 estudiantes Chimboteños del nivel secundario que iniciaron su actividad sexual. Los resultados indicaron un porcentaje alto de estudiantes iniciados sexualmente con un nivel alto en el CSF; en la dimensión relaciones se ubicaron en un nivel promedio mostrando libertad de expresión de sus sentimientos, opiniones y valoraciones; en la dimensión desarrollo, se ubicaron en niveles altos mostrando esfuerzo por la autonomía de cada uno y en la dimensión estabilidad alcanzaron, también, niveles altos mostrando una adecuada organización lo que lleva a concluir que las familias de los estudiantes que iniciaron su actividad sexual se ubican en un nivel alto de CSF.

Por su parte, Gutiérrez (2010) tuvo como objetivo conocer la relación entre la Cohesión y Adaptabilidad familiar con la iniciación sexual, en una muestra de 378 adolescentes de ambos sexos, entre los que se determinó a 75 iniciados sexualmente y 303 no iniciados, en cuyos resultados se observó: Cohesión familiar en el sexo femenino y para todo el grupo, adaptabilidad familiar en el sexo masculino y para todo el grupo; en cuanto al vínculo familiar se encontró pobre vínculo en los adolescentes iniciados sexualmente y vínculo estrecho en los no iniciados; respecto al nivel de Cohesión: dispersa y separada en los iniciados sexualmente, conectada y aglutinada en los no iniciados sexualmente; en el nivel de adaptabilidad: rígido en los iniciados sexualmente y caótico en los no iniciados sexualmente.

Así mismo, Zárate (2003) en su investigación sobre factores psicosociales familiares relacionados con la iniciación sexual del adolescente, cuya muestra fue tanto de hombres como de mujeres de colegios nacionales de Lima metropolitana en la que se evidencia que existe un pobre vínculo en los adolescentes iniciados sexualmente y vínculo estrecho en los no iniciados, en la autoridad familiar: alta autoridad familiar en los iniciados sexualmente y baja autoridad familiar en los no iniciados; en el nivel de cohesión: dispersa y separada en los iniciados sexualmente, conectada y aglutinada en los no iniciados sexualmente; en el nivel de adaptabilidad: rígidos en los iniciados sexualmente y caóticos en los no iniciados sexualmente. Estableciéndose, por tanto, asociación significativa entre los niveles de cohesión, adaptabilidad y la iniciación sexual.

Rodríguez (2002), planteó conocer los factores individuales, familiares y sociales que influyen en el inicio de la actividad sexual en 558 escolares de ambos sexos del 3^{er} al 5^{to} año de secundaria de colegios estatales de la zona urbana, urbana-rural y rural de Trujillo. En dicha investigación, se llegó a los siguientes resultados: En cuanto a los factores individuales asociados al inicio de la actividad sexual están el sexo ($p=0.000$), la edad y la percepción de inmunidad ante el riesgo de embarazo ($p=0.002$). Siendo mayor en los varones (85.30%) en relación a las mujeres (14.70%) de las zonas urbana y

urbana-rural, mas no se encontró relación significativa en la zona rural; la relación entre edad e inicio sexual, es alta en la adolescencia media (15 a 16 años), el mayor porcentaje se encuentra entre 15 a 16 años en la zona urbana y en la zona urbana- rural y rural entre 17 y 19 años; el 69.6% del total de escolares no perciben ningún riesgo, zona rural (78.6%), urbana rural (85.7%) y en la urbana perciben un mínimo de riesgo.

Respecto a los factores familiares relacionados con el inicio sexual se encontró: El grado del instrucción de los padres ($p=0.004$), la actitud de los padres frente al dialogo sobre sexualidad ($p=0.009$), violencia familiar en la zona rural ($p=0.02$). No tener ningún grado de instrucción constituye un riesgo para el inicio sexual; una actitud represiva (no se permite el diálogo) y restrictiva (solo se dialoga con los hijos varones) incrementa el inicio sexual de los escolares en las tres zonas de estudio, mientras que una actitud permisiva disminuye el porcentaje de los iniciados sexualmente en las tres zonas y en el total de la población ($p=0.001$); a menor grado de violencia familiar menor porcentaje de inicio sexual (14.30%) y un alto grado de violencia familiar mayor porcentaje de escolares iniciados sexualmente (71.40%), mas no se encontró significación estadística en la zona urbana pero se da la misma relación. Sin embargo, no existe relación entre la presencia de los padres y el inicio sexual, por lo que se concluye que la presencia de los padres no constituye un factor protector para el inicio de la actividad sexual.

Y en cuanto a los factores sociales relacionados al inicio de la actividad sexual está la ausencia de un referente adulto para buscar solución a sus problemas y tener pares de amigos con antecedente de inicio sexual. El total de escolares olvidan sus problemas divirtiéndose ($p= 0.004$) o tienen un referente de su edad ($p=0.02$), las cuales incrementan el inicio sexual y los escolares que tienen pares de amigos con antecedente de inicio de sexual, presentan un incremento significativo en el inicio sexual en las tres zonas (rural 50%, urbana-rural 19% y urbana 38.80%). No se encontró relación significativa entre el proyecto de vida y el inicio sexual. Es importante destacar, que los escolares de las tres zonas de estudio (Rural 35.70%, Urbana-rural 23.80% y Urbana

31.30%), con llevar un curso de educación sexual en el colegio, tienen tendencia a mayor porcentaje de inicio de actividad sexual, lo cual nos indica que la educación sexual no está cumpliendo con sus fines y objetivos.

2. LA FAMILIA

A. Definiciones

La mayoría de las investigaciones se han enfocado en las conductas sexuales de riesgo como el inicio temprano de la vida sexual, las múltiples parejas y el uso del condón, sin considerar el contexto psicológico y social en el cual se desarrollan, como el contexto familiar, fuente primaria de socialización que ejerce una fuerte influencia en el comportamiento sexual de los adolescentes (Exavery et al, 2011).

En el presente estudio nos centraremos en el contexto familiar, para ello revisaremos algunas aproximaciones a la definición de familia.

Es de amplio consenso considerar a la familia como el eje de la sociedad y como la institución donde se desarrollan los principales aprendizajes del ser humano. La familia basa su funcionamiento en la interacción y los significados que sus miembros le otorgan a los procesos comunicativos (Gallego, 2006).

Palacios & Rodrigo (citada en Gallego, 2012) afirman que la familia es una asociación de personas con propósitos comunes y que desean mantenerse juntos.

La familia es un grupo primario donde sus miembros están unidos por vínculos sanguíneos, jurídicos y por alianzas, lo que conlleva a crear relaciones de dependencia y solidaridad. Por lo tanto, la familia es la que permite la socialización del individuo, el desarrollo del afecto y la satisfacción de necesidades sexuales, sociales, emocionales y

económicas, además de ser el primer agente trasmisor de normas, valores y símbolos (Quintero, 2007).

Según, Solís (2015) la familia es un núcleo indispensable, históricamente demostrado, para el desarrollo de la persona así como para su supervivencia y crecimiento.

La familia también, es considerada como la unidad básica de salud, encargada de educar con límites y asimismo ejercer autoridad afectiva, compartida y responsable brindando factores protectores (Castellano, 2005 citado por Orcasita & Uribe, 2010).

Hernández (2005) señala que en la familia se incluyen tres perspectivas: “Una estructural, relativa a los aspectos de composición, jerarquía, límites, roles, subsistema; otra funcional, relacionado con los patrones y fenómenos de la interacción; y otra evolutiva, donde se considera a la familia como un sistema morfo genético” (p. 29).

Valdés, (2007) sostiene “La familia actual comprende un sistema de relaciones de parentesco (no necesariamente implica consanguinidad) reguladas de forma muy diferente en las distintas culturas. Estas relaciones tienen como elemento nuclear común los vínculos afectivos entre sus miembros, que se expresan a través de la alianza entre los integrantes con uno u otro grado de pasión, intimidad y compromiso” (p.6).

Anderson, (1999) expresa que la familia como concepto abstracto no existe, pero aun así es posible afirmar que la familia es un sistema de relaciones de parentesco (no necesariamente implica consanguinidad) reguladas de manera muy diferente entre las distintas culturas. Estas relaciones giran en torno a vínculos afectivos entre sus miembros, las cuales son expresadas por medio de alianzas entre los integrantes.

De acuerdo con Minuchin & Fishman (2004), “la familia es un grupo natural que en el curso el tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de las miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca” (p.25), contexto en el cual se

define un sentimiento de pertenencia y optimiza el proceso de individualización de cada persona. Y la estructura familiar tiene la capacidad de ajustarse cuando hay cambios tanto internos y externos que contribuyen a que evolucione, a que asuma nuevos retos sin perder la identidad que proporciona seguridad y un marco de referencia a la familia. Sin embargo, cuando hay cambios, se resiste cuando se dan más allá de sus capacidades y hace por conservar pautas preferidas que ha mantenido durante cierto tiempo (Minuchin, 2004).

Por su parte, Bronfenbrenner (1987), aporta importantes bases para analizar de como una persona se relaciona con el entorno, identificando los sistemas: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. Un microsistema es concebido como el conjunto de interrelaciones que se producen dentro del entorno inmediato. La familia es un microsistema muy importante que define y configura en mayor medida el desarrollo de la persona desde su concepción durante muchos años. La familia es un sistema interactivo que se encuentra inmerso en los sistemas más amplios formados por el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. El mesosistema está constituido por las interacciones entre diversos subsistemas; por ejemplo, familia e iguales o familia y amigos, o familia y escuela, o familia y vecinos.

El exosistema está compuesto por un grupo amplio de interacciones que no se encuentran dentro del microsistema pero forman parte de la vida cotidiana de las personas; por ejemplo, las interacciones con la familia extensa, red social de la familia, servicios sanitarios y sociales. Y por último, encontramos al macrosistema que incluye los rasgos definitorios de un sistema sociocultural: su idioma, estructura socioeconómica, religión, valores, actitudes y aptitudes aceptadas o rechazadas socialmente (Arranz, 2004).

Por otro lado, Valdés (2007), refiere que la familia cumple una función que va más allá de garantizar la supervivencia física de sus miembros, asegurando la integración sociocultural de estos a los escenarios y hábitats donde se desenvuelven como personas.

Existe una relación bidireccional entre la sociedad y la familia, puesto que aportan un conjunto de premisas socioculturales, condiciones económicas, normas y valores, que indiscutiblemente, demarcan la manera en que los miembros de la familia pueden relacionarse con los otros miembros de la sociedad.

B. Estructura familiar

La estructura familiar es el conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar (Asociación latinoamericana de profesores de medicina familiar, 2005).

Puello, Silva & Silva (2014) se fundamentan en la historia afirmando que en la época feudal predominó la familia extensa patriarcal, en la industrialización y la urbanización se dio lugar a la familia nuclear, y estos cambios sociales generaron desafíos en la organización familiar. Actualmente, además, de estos cambios sociales, también aparecen otros cambios en la ideología y los valores, en el rol tradicional de la mujer, lo cual lleva a una dinámica nueva en la estructura de la familia nuclear y en los nuevos tipos de familia. Ahora, el papel del hogar es sustituido por familiares, padres, nanas, vecinos, etc.

Manteniendo la línea, Thomas (2013) sostiene que la familia tradicional o nuclear está desapareciendo y se están generando nuevas composiciones familiares. No obstante, permanece el modelo de familia tradicional formada por un matrimonio con o sin generación que sigue considerándose como modelo de referencia para una gran parte de la población. Por otro lado, la familia nuclear empieza a abandonar su posición de patrón de referencia en la sociedad debido al incremento de rupturas matrimoniales que han generado nuevos tipos de familias. El número de separaciones y divorcios ha ido aumentando durante los últimos años, al igual que el nacimiento de hijos fuera del matrimonio, lo que tiene como resultado familias monoparentales y reconstituidas (Iglesias, 1998, citado en Oliva & Parra, 2004).

Según, Minuchin (2004), la familia cambiará a medida que cambie la sociedad y probablemente en forma complementaria, la sociedad desarrollará estructuras extrafamiliares para adaptarse a las nuevas corrientes de pensamiento y a las nuevas realidades sociales y económicas. Estas situaciones han dado lugar también a cambios en la forma de relacionarse.

C. Tipos de familia

Los tipos de familia, según su composición, son variables debido a los actuales cambios y a los autores que lo estudian.

Solís (2015), identificó los siguientes tipos de familia:

Familia nuclear	Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.
Familia extensa o consanguínea	Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos y a los nietos.
Familia monoparental	Se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de ellos; por un embarazo precoz dando lugar a una familia de madre soltera; o por fallecimiento de uno de los cónyuges.

Fuente: María Elvia Solís Solís, Causas socio familiares que predisponen al inicio de la actividad sexual precoz en los adolescentes de la unidad educativa "Sofos" (Tesis de especialidad).

Valdés (2007), también realizó una clasificación de las familias en: familias nucleares, monoparentales y reconstituidas.

En el caso de las monoparentales Iglesias de Ussel (citada en Rodríguez & Luengo, 2003) establece una tipología de las familias monoparentales de acuerdo a las causas que las originan:

- Monoparentalidad vinculada a la natalidad, núcleos monoparentales derivados de las madres solteras.
- Monoparentalidad vinculada a la relación matrimonial, se engloban las rupturas voluntaria o involuntaria de la relación matrimonial.
- Monoparentalidad vinculada al ordenamiento jurídico, maternidad y paternidad que se dan como resultado de los procesos de adopción.
- Monoparentalidad vinculada a situaciones sociales, en donde existe la ausencia de uno de los cónyuges por motivos de trabajo, privación de la libertad y emigración.

La familia reconstituida es cuando la relación paterna o materna filial es anterior a la relación de pareja actual por lo que los hijos de modo habitual integran dos familias diferentes con inevitables diferencias (Valdés, 2007).

D. Funciones de la familia

Es de amplio conocimiento considerar, en el papel de la familia, la satisfacción de las necesidades humanas, del desarrollo de la identidad y de la formación de la personalidad de sus miembros (Zárate, 2003 & Mendoza, 1993). En nuestro intento de especificar las funciones de la familia respecto a los hijos tenemos: asegurar su supervivencia y sano crecimiento físico, brindar un clima de afecto y apoyo, estimular la capacidad de relacionarse con su entorno físico y social, y a responder a las demandas que les toca vivir; y, cumplir con la tarea de la educación (Rodrigo & Palacios, 1998).

Así mismo, Navarro, Musitu & Herrero (2007) afirman que la familia, también tiene como función, garantizar la supervivencia y perpetuación de la cultura en la sociedad.

Arenas (2009) determina las siguientes funciones principales:

- *Desarrollo de la identidad.* Las primeras personas que inculcan y enseñan el autoconocimiento, la autovaloración y la formación de un buen nivel de autoestima en los hijos, son los padres. Por tanto, es el contexto familiar que influye decisivamente en el desarrollo de la autoestima y la identidad personal de todos sus integrantes, a través de las diferentes situaciones e interacciones (Valdés, 2007).
- *Agente de Socialización.* A partir de la concepción y las diferentes etapas de la vida, existe comunicación entre los padres y los hijos, además de los que conviven con él. Cada familia va transmitiendo a los menores el lenguaje, los elementos culturales del medio en que se desenvuelve, valores y principios, roles, etc. En este sentido, según Navarro, Musitu & Herrero (2007) la familia es el primer agente socializador de los hijos.
- *Agente de protección y apoyo.* Los miembros de la familia son un grupo de personas unidas por vínculos afectivos, basados en los sentimientos de apego y amor. Por ello cumple la función de brindar apoyo, orientación y guía constante a fin de generar confianza y sentimiento de pertenencia. Por su parte, Valdés (2007) revela que la familia se constituye como una importante red de apoyo social para las diversas transiciones vitales y crisis impredecibles que se presentan a lo largo de la vida.

Para complementar las funciones de la familia, Valdés (2007), sostiene que una función esencial de la familia es permitir la aparición de los cambios en los límites, entre los miembros de la familia y los determinados por los factores sociales, a fin de que favorezcan la expansión y el desarrollo vital de sus integrantes. Las familias cambian de estructura y funciones a lo largo de su ciclo vital en una secuencia orientada por las etapas evolutivas.

E. Dinámica familiar

Viveros & Arias (2006) exponen que la dinámica familiar implica a la movilidad que se da en el clima relacional que construyen los integrantes de la familia para interactuar entre ellos mismos y con el contexto externo. En ella son interdependientes dimensiones como: autoridad, normas, roles, comunicación, límites y uso del tiempo libre. De acuerdo a como sean las características particulares de la dinámica familiar aparecen los conflictos, los mecanismos para afrontarlos y las singularidades con las que cada uno de sus integrantes analiza e interactúa. En el clima relacional se gestan las formas de vinculación que son únicas para cada familia y de acuerdo a ellas, se generan las maneras de tomar decisiones y de construir estrategias para afrontar las situaciones adversas.

Desde lo sistémico, las pautas interaccionales otorgan significado a las relaciones humanas y son particulares a la historia de cada familia, de su cultura y de sus creencias. Es decir, las interacciones evidencian relaciones y conexiones de los miembros de una familia y no se originan de manera lineal, de un individuo a otro sino de manera circular, lo que una hace afecta al otro, y lo que el otro hace afecta a esa persona, así que su conducta que es parte de esta interacción es el resultado de esta retroalimentación (Puello, Silva & Silva, 2014).

Siguiendo a Minuchin & Fishman (2004), la estructura de la familia es un conjunto de demandas invisibles funcionales que organizan los modos de interacción; pero la dinámica familiar se expresa en términos contrarios, en el sentido que ésta última no es estática, sino movediza y variable. En este sentido, la dinámica interna no es lo mismo que estructura familiar. La dinámica familiar, se sostiene en el constante cambio que usa la familia para irse acomodando a las diversas dificultades que afronta. Es decir, no siempre aparece la misma respuesta ante la adversidad, sino que se inventa cada mecanismo en particular, para cada situación vivida. Como lo plantean Viveros & Arias (2006), la dinámica interna es un proceso que usa la familia para aproximarse al mundo,

relacionarse con él y mantenerse en él, por lo que es preciso reconocer en cada familia una singularidad, lo que hace que sea única y particular frente a otras.

F. Funcionalidad familiar

Es el conjunto de patrones de relación que se dan entre los integrantes de la familia a lo largo de su ciclo de vida, patrones que desempeñan a través de los roles establecidos y con la influencia de los ambientes sociales en los que se desenvuelven (García, Rivera, Reyes & Díaz, 2006).

Paladines & Quinde (2010), sostienen que “la funcionalidad familiar es la capacidad que tiene el sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los problemas que atraviesa” (p. 30).

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros, para ello deben ser definidas con precisión y permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, a su vez, también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. La composición de subsistemas organizados alrededor de las funciones familiares no es tan significativa como la claridad de los límites. Si los límites son rígidos, la comunicación entre los subsistemas es difícil y se ven perjudicadas las funciones protectoras de la familia y las formas de funcionamiento de los límites son: aglutinamiento y desligamiento. Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera (Minuchin, 2004).

Por tanto, según Minuchin (2004), las familias se movilizan con base a estructuras como los límites, estos son espacios emocionales físicos entre las personas, y la jerarquía corresponde a la autoridad en la familia, es quien determina la organización y las transacciones.

Basándonos en lo anterior, una familia puede ser funcional o disfuncional por su capacidad de adaptación a variables como: exigencias sociales y evolutivas de sus integrantes; valores individuales y forma de enfrentar dilemas cotidianamente. Se puede decir, entonces, que los problemas familiares son el producto de dificultades en el ejercicio de la jerarquía familiar para establecer límites (Puello, Silva & Silva, 2014).

Otro aspecto importante en la funcionalidad es lo señalado por Colapinto (en Roizblatt, 2006), de que “una familia funcional no se define por la ausencia de estrés, conflicto o problemas, sino por cuán efectivamente los maneja para que no interfieran en el bienestar de sus miembros. Una familia disfuncional no puede cumplir con esta función” (p. 219).

La familia funcional se mantiene en un estado de homeostasis a pesar de las crisis, sin embargo en la familia disfuncional existe una incapacidad de adaptación y resolución de conflictos en los cuales se alteran la estructura familiar y sus interacciones (Paladines & Quinde, 2010).

Así como se distinguen diversos tipos de familia también se dan múltiples formas de relación entre sus miembros y para entender cómo se relacionan éstas, es necesario diferenciar algunas tipologías de familia con sus características más relevantes.

Familia rígida	Existe una dificultad en asumir los cambios de los hijos, los padres brindan un trato de adulto a los niños, no admiten el crecimiento de sus hijos y los padres someten a sus hijos con su rigidez siendo permanentemente autoritarios.
Familia sobreprotectora	Hay mucha preocupación por sobreproteger a los hijos lo cual no permite su desarrollo y autonomía. Los hijos no saben ganarse la vida, ni defenderse. Hay un retardo en la madurez de los hijos y al mismo tiempo, hacen que estos dependan extremadamente de sus

	decisiones.
Familia permisiva	Los padres son incapaces de disciplinar a los hijos, y con la excusa de nos era autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten hacer lo que quieren. Los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos, y con frecuencia se ve que los hijos mandan más que los padres; y en casos extremos los padres no controlan a los hijos por temor a que estos se enojen.
Familia inestable	<p>La familia no alcanza a ser unida y los padres tienen confusión acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, y como resultado de su inestabilidad los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, y con gran dificultad para dar y recibir afecto.</p> <p>Se vuelven adultos pasivos dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustrados y llenos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.</p>
Familia estable	<p>La familia es unida.</p> <p>Los padres tienen claridad en su rol conociendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos, llenos de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos y por lo tanto los hijos crecen estables, seguros, confiados y les es fácil dar y recibir afecto.</p> <p>Los adultos son activos autónomos, capaces de expresar sus necesidades, por lo tanto se sienten felices y con altos grados de madurez e independencia.</p>

Fuente: María Elvia Solís Solís, Causas socio familiares que predisponen al inicio de la actividad sexual precoz en los adolescentes de la unidad educativa "Sofos" (Tesis de especialidad).

G. El modelo circunplejo de Olson

La presente investigación parte del marco conceptual del enfoque sistémico respecto a la comprensión de la familia.

Paladines & Quinde (2010) afirman que el sistema familiar atraviesa por una serie de cambios a nivel de su estructura es decir en sus límites, jerarquías, normas y reglas; la adaptación a estos cambios hace que el sistema sea funcional lo que permite fortalecer el desarrollo y crecimiento de la familia.

Olson (citado por Rengifo, Mamani & Vilca, 2015) define el funcionamiento familiar como la interacción dinámica y sistemática de dos dimensiones principales de la vida familiar: cohesión y adaptabilidad familiar. Donde lo funcional se daría en familias que muestran niveles moderados en ambas dimensiones, y lo disfuncional en familias que alcanzan niveles extremos.

De acuerdo con el Modelo Circumplejo diseñado por Olson, Spenkle & Russel desarrollado entre los años de 1979 a 1989 (citado en Martínez & Galindez, 2006), el funcionamiento familiar depende de tres dimensiones: la cohesión, adaptabilidad (cambio) del grupo familiar y la comunicación.

Olson y coloabroradores emplean la palabra “Circumplex” traducida en español es Circumplejo, haciendo referencia a un modelo circular en el que se puede determinar tipos o taxonomías familiares (Singüenza, 2015).

Las dimensiones integradas en el modelo cincumplejo, son evaluadas por el FACES III, sin embargo este instrumento evalúa solo las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, y para los fines de este estudio, la dimensión de comunicación se evalúa con la escala Escala de Comunicación Padres-Adolescente (PACS; Parent Adolescent Communication Scale) elaborada por Barnes y Olson (1982), la misma que toma en cuenta dos aspectos: apertura en la comunicación o comunicación abierta entre padres e hijos y problemas en la comunicación entre padres e hijos.

A continuación describiremos cada dimensión: Según, Olson, Spenkle & Russel (1985).

a. Cohesión familiar

Esta dimensión se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia establecen entre sí, se evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. Los conceptos específicos para medir y diagnosticar esta dimensión son: vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreaciones.

Se distinguen cuatro niveles de cohesión:

NIVEL	DESCRIPCIÓN
Desligada o dispersa	Ausencia de unión afectiva y lealtad entre los miembros de la familia; alta independencia personal, con primacía del individuo sobre el grupo familiar.
Separada	Moderada unión afectiva y lealtad entre los miembros de la familia; interdependencia; con primacía del individuo, pero hay lazos que construyen un nosotros.
Conectada	Unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia; cierta tendencia hacia la dependencia; prima el grupo familiar sobre la persona.
Aglutinada o amalgamada	Máxima unión afectiva entre los miembros de la familia que exige una fuerte fidelidad y lealtad hacia la familia; alto grado de dependencia familiar en la toma de decisiones.

Fuente: Basado en el modelo Circumplejo de Olson, Spenkle y Russel. Muñoz & Hurtado (2011) y elaboración propia.

b. Adaptabilidad familiar

La adaptabilidad familiar hace referencia a la forma en que un sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Es la capacidad de la pareja o familia para cambiar su estructura de poder, es decir, las relaciones de roles y las reglas de la relaciones de

acuerdo a las situaciones o momentos del desarrollo del ciclo vital y en respuesta al estrés situacional. Esto implica conceptos específicos tales como: poder en la familia (asertividad, control y disciplina), estilo de negociación, relaciones de roles y reglas de las relaciones.

Esta dimensión consta de cuatro niveles que van de la adaptabilidad extremadamente baja a la extremadamente alta:

NIVEL DE ADAPTABILIDAD	DESCRIPCIÓN
Rígida	Liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.
Estructurada	Liderazgo y roles ocasionalmente compartidos, cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.
Flexible	Liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.
Caótica	Ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.

Fuente: Basado en el modelo Circumplejo de Olson, Spenkle y Russel. Muñoz & Hurtado (2011) y elaboración propia.

c. Comunicación familiar

Esta variable es considerada como el eje central que facilita el movimiento en las otras dos dimensiones, es la que modula y cambia las interacciones entre la cohesión y la adaptabilidad. La comunicación es un proceso interactivo, en donde la comunicación es siempre una acción conjunta. La comunicación positiva implica las habilidades como la empatía, escucha reflexiva y comentarios de apoyo; en cambio, las habilidades negativas incluyen los dobles mensajes, dobles vínculos y críticas,

por lo que disminuye la capacidad de compartir los sentimientos y por ende restringen la movilidad del sistema familiar en las otras dimensiones. La comunicación hace posible que las parejas y familias comparten ideas, gustos y necesidades; permite la evaluación del entorno para afrontar los retos y las vicisitudes cotidianas y facilita el cambio.

Por otro lado, la dimensión de la comunicación familiar consta de dos aspectos: Comunicación abierta y problemas e la comunicación de padres e hijos, Barnes & Olson (1982) definen la comunicación abierta con los padres como la existencia de un intercambio fluido de información, tanto instrumental como emocional, así como el mutuo entendimiento y la satisfacción experimentada en la interacción. Los problemas en la comunicación constituyen un patrón caracterizado por la resistencia a compartir, estilos de interacción negativos, y selectividad y cautela en el contenido de lo que se comparte (Schmidt, Maglio, Messoulam, Molina & González, 2010).

Los niveles de cohesión y adaptabilidad estructuran 16 tipificaciones familiares, las cuales muestran tres estados básicos del funcionamiento familiar:

- *Familias balanceadas, equilibradas o funcionales*: son las flexiblemente conectadas, flexiblemente separadas, estructuralmente separadas y estructuralmente conectadas. Familias de óptimo funcionamiento.
- *Familias en rango medio o en busca de equilibrio*: son las caóticamente separadas, caóticamente conectadas, flexiblemente dispersas, estructuralmente dispersas, rígidamente separadas, rígidamente conectadas, estructuralmente aglutinadas y flexiblemente aglutinadas. Familias disfuncionales.
- *Familias extremas o disfuncionales*: son las caóticamente dispersas, rígidamente dispersas, rígidamente aglutinadas y caóticamente aglutinadas. Familias disfuncionales.

H. La familia peruana

De acuerdo, a Martínez (2007), la familia sigue siendo considerada un espacio importante para el ser humano, a pesar de las transformaciones del mundo contemporáneo. Actualmente la familia, también se ha diversificado en cuánto a su estructura, su dinámica, cambios en sus estilos de autoridad y roles de maternidad y paternidad.

Las familias peruanas no son la excepción frente a estos cambios. El INEI (2010) & Huarcaya (2011), afirman que los matrimonios disminuyen en contraposición del aumento de la convivencia y los divorcios, aumento de la esperanza de vida, disminución de nacimientos y reducción en el tamaño de familia, configurando de esta manera otras tipificaciones de familia.

Según, la encuesta nacional de hogares (ENAHO), la convivencia va en aumento, 2004 (19%) y el 2010 (22%). Sin embargo, la convivencia en las regiones rurales y amazónicas tiene una raíz cultural, siendo condicionadas por algún status afectivo. Así mismo, los divorcios han crecido, 2004 (0.23%) y el 2010 (0.32%), añadiendo a esta los casos por separación (unión matrimonial o por convivencia) que son 6 de cada 100 adultos. En cuanto a la maternidad en soltería, las cifran alcanzan el 69 % entre los años 2008 y 2009. Una de las consecuencias de estos cambios a nivel de la estructura familiar es que cada vez son los niños que nacen o crecen fuera del matrimonio, constituyéndose las familias monoparentales y hogares bajo la denominación de convivencia. A pesar de ello, los peruanos (84% en el 2008) consideran a la familia y al matrimonio como escenarios muy importantes para el crecimiento de los niños y que éstos necesitan de la presencia de ambos padres (Huarcaya, 2011).

Según, el INEI (2010) en el Perú, los tipos de familia considerados son: Familia nuclear (35%), hijos con ambos padres; familia monoparental (11.7%), hijos con un solo miembro de la pareja; familias compuestas (2.3%), con hijos , padres y no familiares;

familias compuestas monoparentales, solo uno de los padres, hijos y no familiares; familias extensas (14.5%), con hijos, padres y familiares o llamada también familia nuclear extensa; y familias extensas monoparentales (8.0%), con hijos, un solo parente y familiares. Finalmente, la jefatura en las familias nucleares es llevada por hombres (35.0%) y por mujeres (2.0%), y en las familias monoparentales la jefatura es llevada mayormente por mujeres.

El porcentaje de los tipos de familia en las áreas urbana y rural son: Familia nuclear, área urbana (72.1%) rural (27.9%); monoparental, urbana (80.1%) rural (19.9%); extensa nuclear, urbana (78.5%) rural (21.5%); y extensa monoparental urbana (83.3%) y rural (16.7%).

Por su parte, el ministerio de salud (MINSA, s.f.), promueve las llamadas “familias saludables”, definida como un entorno que contribuye al desarrollo humano de sus miembros y que permite alcanzar un óptimo potencial, respetando la dignidad de los mismos de acuerdo a sus expectativas y necesidades; así mismo una familia saludable debe lograr una adaptación adecuada hacia las demandas del desarrollo de cada etapa del ciclo vital familiar.

De acuerdo, a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el futuro de las familias al 2030, es que el tipo de familia extensa será un modelo en extinción, aumento de divorcios, viviendas unipersonales, parejas sin hijos y formalización de parejas del mismo sexo (Montoya, 2016).

Así mismo, algunas investigaciones revisadas muestran una tendencia a la disminución de la edad del inicio de la actividad sexual, además que actualmente existen nuevas formas de vivir la sexualidad. La incorporación de los adolescentes a la vida sexual activa en un momento de cambios biológicos y psicológicos fuertemente marcados por los contextos sociales y las consecuencias de esas conductas, constituye un gran desafío para padres y educadores (Alvarado, 2015).

3. LA ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

A. Adolescencia

A pesar del gran bagaje de información que se dispone sobre la adolescencia aún se tienen dudas o un desconocimiento parcial sobre esta etapa de la vida por lo que los adultos expresan una peculiar premisa, “los adolescentes son incomprensibles” lo que lleva muchas veces a un conformismo social, por no comprenderla y dejarla abandonada, esperando que la maduración y la solución de sus problemas se den por sí solas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”. Es una etapa de transición muy compleja en la vida del ser humano, caracterizado por un acelerado crecimiento y desarrollo condicionado por diversos procesos biológicos que son prácticamente universales, sin embargo la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo y dependiendo de los contextos socioeconómicos.

Por su parte, Papalia, Feldman & Martorell, (2012) definen la adolescencia como una etapa de “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). Un cambio importante a nivel físico es el inicio de la pubertad donde se da la madurez sexual y la capacidad de reproducirse; además, de tener mayor oportunidad de crecer a nivel cognoscitivo y social, autonomía, autoestima e intimidad.

Por tanto, siendo la adolescencia una etapa del ciclo de vida que implica una serie de cambios y desafíos evolutivos a nivel emocional, físico, biológico y social; además de la definición de su identidad y la responsabilidad en la toma de decisiones (Musitu &

Cava, 2003; Uribe & Orcasita, 2010), es necesario tener en cuenta la influencia de los padres, hermanos, amigos mayores, pares, vecinos y compañeros, entre otros, ya que es fundamental durante esta etapa, puesto que estas redes de apoyo pueden tener efectos positivos o negativos sobre dicha población (Barrón, 1999 citado por Uribe & Orcasita, 2010).

a. Etapas de la adolescencia

La adolescencia se puede dividir en tres etapas:

Según, Issler (2001).

- *Adolescencia temprana.* Abarca entre las edades de 10 a 13 años. Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.
- *Adolescencia media.* Oscila entre las edades de 14 a 16 años. Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su conocimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten vulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

- *Adolescencia tardía.* Que va desde los 17 a 19 años de edad. Durante esta etapa casi ya no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Por su parte, Gorguet (2008), sostiene que hay mayor control de los impulsos sexuales, autonomía e independencia, cambios emocionales menos cargados y mejor pensamiento abstracto.

Así mismo, Issler (2001) sostiene que es importante conocer las características de cada etapa de la adolescencia, así como sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: una adolescente que se embaraza se comportará de acuerdo al momento de vida que está transitando, sin madurar, a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada. Ya que el embarazo adolescente es una consecuencia de una conducta sexual de riesgo ante la decisión de iniciar la actividad sexual sin protección, sin conocimientos al respecto o mínima percepción de riesgo.

B. La familia y la adolescencia

Carrasco (citada en Roizblatt, 2006) expresa que la familia vivencia cambios en cada etapa del ciclo vital, en la que se hace frente los períodos del desarrollo. En este sentido, el autor plantea que: “las oscilaciones emocionales y de la conducta que acompañan la ejercitación de nuevas competencias y la innovación de los vínculos interactúan con los cambios que viven los padres con sus propias tareas evolutivas” (p. 429). Es así que, en cada fase del ciclo vital se generan cambios en la estructura y funcionamiento familiar. Por ejemplo en la etapa de la familia con adolescentes cambia el rol de este, la participación en algunas actividades familiares puede reducirse y aparecer discusiones o críticas a creencias y tradiciones familiares, por lo que Hernández

(2005) & Sánchez y Gutiérrez (2000) afirman que en esta etapa es importante consensuar aspectos de la vida familiar (actividades, tiempos, roles y responsabilidades) en lugar de imponer la autoridad de los padres siendo generador de tensiones.

Por su parte, Macavilca (2014) & Hernández (2005) consideran que la adolescencia es una fase vital de cambios importantes que influyen en sus relaciones familiares y sociales, el adolescente busca su autonomía, un estilo personal de relacionarse y la construcción de su identidad; y señalan la necesidad de una comunicación clara, por lo que, en la dinámica familiar se genera inestabilidad bajando los niveles de cohesión familiar, lo cual obliga a los miembros de la familia establecer ciertos ajustes para alcanzar un nuevo equilibrio en el sistema familiar. A su vez es necesario tener en cuenta el contexto socio cultural actual, ya que los cambios sociales y las nuevas tecnologías o la aparición de nuevas estructuras familiares hacen que esta transición sea una tarea aún más difícil (Arranz, 2004).

Por lo tanto, la tarea de los padres durante esta etapa es difícil. Por un lado, los padres deben aceptar el crecimiento y desarrollo de sus hijos y por el otro brindarle las condiciones necesarias que permitan un adecuado desarrollo y autonomía en sus decisiones en cuanto a su futuro laboral, sexual y familiar. Las opciones que tome el adolescente puede coincidir o no con las expectativas de los padres, generando de esta manera conflictos en las relaciones familiares. Es así que, a veces, los padres asumen una actitud rígida que retarda la independencia de los hijos adolescentes, o por el contrario, una actitud permisiva, también lleva consigo consecuencias negativas para el desarrollo del adolescente. Por ello es mejor establecer una comunicación abierta y brindar la posibilidades emocionales e instrumentales para que el adolescente tenga una vida independiente exitosa (Macavilca, 2014).

C. Sexualidad

Es una tarea difícil encontrar una sola definición de sexualidad ya que esta hace referencia a un concepto multiforme, extenso, profundo y variado. Además, de que la sexualidad es vivida y entendida de diferentes modos en diferentes contextos atendiendo a diversas culturas, ideales, modelos de sociedad y educación (Solís, 2015).

La sexualidad humana de acuerdo a la OMS (2006) es una parte del ser humano que está presente a lo largo de la vida como producto de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, ético, legales, históricos, religiosos y espirituales, la misma que se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales y que engloba al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.

Según, Gorguet (2008), la sexualidad se construye a lo largo de la vida condicionada por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos, espirituales y comunicativos, y es la forma en cada individuo expresa sus pensamientos, deseos, fantasías, actitudes, conductas y relaciones interpersonales. Una de sus manifestaciones, son las relaciones coitales.

Corona y Funes (2015) sostienen, que la sexualidad es una faceta de la identidad y cuyo objetivo es el desarrollo sexual saludable de la adolescencia. Las decisiones que están asociadas al desarrollo sexual adolescente, tienen a menudo importantes implicancias para la salud y la educación, así como para las relaciones actuales y futuras. Para ello, es importante tener en cuenta que la sexualidad de los adolescentes ha cambiado, tal es así que ahora alcanzan la madurez física antes y se casan más tarde. La pubertad marca el desarrollo físico obvio en la adolescencia temprana a mediana y es visto como el momento para la aparición potencial de pensamientos sexuales y la experimentación. En promedio, la adolescencia media es un momento en que los

adolescentes comienzan a interesarse por las relaciones más íntimas y la experimentación. Las preocupaciones de los padres y la sociedad con respecto a la actividad sexual prematura incluyen el embarazo no planificado, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el abuso sexual y las posibles consecuencias emocionales de los comportamientos sexuales (Tulloch & Kaufman, 2013).

La mayoría de las definiciones antes descritas, abarcan las dimensiones de la sexualidad (Velázquez, 2013):

- *Biológica:* Referida a la reproducción, el deseo humano y la respuesta sexual influenciados por la anatomía y fisiología sexual.
- *Psicológica:* Abarca la personalidad, convicciones, temperamento, decisiones en relaciones sexuales. La identidad y orientación sexual.
- *Social:* Papel fundamental de la familia, amigos, educación recibida. Las distintas sociedades poseen modelos distintos de entender y vivir la sexualidad.
- *Ética Legal:* Los códigos de ética, lo legal y lo no legal, el aprendizaje de valores, lo que es bueno y lo que es malo.

Por lo tanto, englobando, las definiciones podemos concluir que la sexualidad es un aspecto importante de todo ser humano, que se expresa a lo largo de la vida, con sus diferencias y características propias de cada persona, etapa evolutiva y condiciones socioeconómicas, culturales y éticas morales. La sexualidad se vive a través del conjunto de representaciones, conceptos, pensamientos, emociones, necesidades, sentimientos, actitudes y comportamientos (todo lo afectivo, lo cognitivo y lo conductual) que conforman el hecho de ser psicológica y físicamente “seres sexuados”, lo que trasciende para manifestarse en todo lo que la persona “es” y “hace” en su vida personal, familiar y social.

a. Desarrollo de la sexualidad del adolescente

La adolescencia se entiende como un periodo que comienza con la pubertad y acaba en el momento en que la persona es capaz de asumir responsabilidades de adulto. La pubertad es una fase de desarrollo que empieza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina con el desarrollo completo de los huesos largos, también implica cambios en los caracteres sexuales primarios. Así mismo, es en esta fase es posible la reproducción por primera vez con el inicio del periodo menstrual y la primera eyaculación (Rathus, Nevid & Rathus, 2005). Vale decir, que estos cambios ocurren con ritmo e intensidad propios de cada adolescente (Delgado, 2008).

- **Aspecto biológico**

Las características sexuales primarias abarcan el aparato genital, tanto en hombres como en mujeres, los órganos ubicados en la cavidad pelviana y periné. El desarrollo de estos órganos en la mujer es a nivel de lo externos (vulva) e internos (vagina, útero, trompas de Falopio, ovarios y mamas); y el en el hombre a nivel de los órganos: escroto, testículos, epidídimo, vesículas seminales, próstata, glándulas de Cooper, uretra y pene.

Estas características físicas diferencian al hombre y a la mujer, cuya función es la reproducción y el placer sexual (Delgado, 2008).

No obstante, los caracteres sexuales secundarios son características que, también diferencian a las mujeres de los hombres, pero no están directamente relacionados con la reproducción, y normalmente aparecen con la pubertad, cuyos cambios son: la distribución de los vellos y grasa corporal, desarrollo de la masa muscular los cambios de voz, el crecimiento de senos en las chicas. En general, los cambios durante la adolescencia y su fase de la pubertad son respuestas a la enorme liberación de hormonas sexuales, estrógenos y

testosterona, los mismos que dar lugar a la madurez sexual en uno y otro sexo y aun relativo aumento de la libido (Rathus, Nevid & Rathus, 2005).

- **Aspectos psicológicos**

Los adolescentes durante el proceso de transición, de la niñez hacia la adultez, no solo deben manejar un conjunto de habilidades sino que también deben experimentar un cambio de actitud entre la dependencia y la independencia. Puesto que esta capacidad implica la autonomía en la toma de decisiones frente a la presión de grupo de pares lo cual dependerá de la independencia incentivada durante la niñez (Johnson & Dorval, 2001).

Así mismo, empiezan a configurar sus primeros estilos y opciones de vida, a tener ideas propias y actitudes personales. El adolescente busca su intimidad personal construyendo y elaborando imagen de sí mismo y el auto concepto personal. En este periodo cuando el ser humano comienza a tener historia, memoria biográfica, interpretación de las pasadas experiencias y aprovechamiento de las mismas para afrontar los desafíos del presente y las perspectivas del futuro (Álvarez, 2010). Cuyas características son las siguientes:

La autoafirmación

- Afirmación del yo
- Confianza excesiva en sus ideas
- Brotes de egocentrismo en sus conductas

Inestabilidad emocional

- Cambios inesperados de humor
- Reacciones imprevistas y descontroladas
- Agresividad

- Abandono del colegio y/o hogar

Identidad personal

- Búsqueda de sí mismo. Narcisismo
- Descubrimiento de valores
- Oscilación entre sentimientos de superioridad e inferioridad

Desarrollo del lenguaje

- Incremento del dominio del lenguaje y de su capacidad de comunicación
- Gusto por la discusión y defender su opinión contraria
- Desarrollo de habilidades metalingüísticas

Pensamiento formal

- Se produce el paso del pensamiento descriptivo al exploratorio. De las operaciones concretas a las formales, del pensamiento analítico – inductivo al hipotético – deductivo
- No todos llegan a este tipo de pensamiento

Memoria

- Aumento de la memoria significativa
- Capacidad en la aplicación de los conocimientos críticos a los conocimientos no funcionales.

Por otro lado, durante la adolescencia aparece la búsqueda de la identidad, que según Erikson es definida como una concepción coherente del yo, compuesta por metas, valores y creencias con las que la persona establece un compromiso sólido. Es un proceso saludable y vital que se basa en los logros de las etapas anteriores y sienta bases para afrontar los desafíos de la adultez, muchas veces esta búsqueda no se resuelve por completo en esta etapa. Y, esta identidad se construye a medida que los adolescentes resuelven tres problemas

importantes: la elección de una ocupación, la adopción de valores y el desarrollo de una identidad sexual (Papalia, Feldman & Martorell, 2012).

- Desarrollo psicosexual del adolescente

La madurez sexual acontece durante el periodo de la pubertad (12 a 14 años), marcada por un principio biológico que es la aparición de la menarquia y las poluciones nocturnas, hechos que producen cambios en el organismo y a nivel de la conducta. En general, el desarrollo en la mujer y el varón sigue ritmos diferentes, mientras en las mujeres las transformaciones llevan a una rápida armonización de su cuerpo, en el varón se produce una desarmonía e incoordinación (Delgado, 2008).

Según Blos y Erikson (citada en Delgado, 2008) definen cuatro etapas:

Primera etapa: Aislamiento

Los cambios rápidos y profundo en lo físico hace que el adolescente se sienta un desconocido para sí mismo y hace que se vuelque hacia su interioridad, seguido de un periodo de intereses sexuales expresadas en una movilidad, empleo de vocabulario vulgar, dificultad en el cumplimiento de los hábitos de aseo, etc.

En los varones forman barreras contra las actividades consideradas femeninas a fin de reforzar la masculinidad. El impulso sexual produce tensión y la única actividad liberadora es la masturbación. En las mujeres, el proceso es más fácil, buscan evitar la dependencia materna y su orientación hacia la heterosexualidad es más clara. Se interesa en el sexo opuesto y aparecen las fantasías que sirven como descarga de la tensión.

Segunda etapa: Orientación incierta hacia la sexualidad 14 – 15 años

Hay una adaptación a los cambios corporales, se intenta romper con la dependencia familiar y se tratan de identificar con otras personas, siendo muchas veces el amigo el ideal. Los sentimientos eróticos se canalizan a través de cuentos, chistes y largas conversaciones. La masturbación es una actividad frecuente y a veces puede haber conductas homosexuales como parte del proceso de elaboración de la identidad sexual.

Tercera etapa: Apertura a la heterosexualidad 15 – 17 años

En esta etapa hay mayor paralelismo entre la evolución de los adolescentes de ambos性. Las relaciones entre ellos se caracterizan por ser efímeras, intensas y con un cambio rápido del objeto amoroso. El enamoramiento tiene un fuerte componente romántico. La sexualidad está presente a través de conversaciones, consideraciones filosóficas y fantasías eróticas. La masturbación constituye una actividad sexual muy frecuente.

Cuarta etapa: Consolidación 17-19 años

En esta etapa se define y se consolida la identidad del adolescente, hay mayor estabilidad emocional y en condicione de dar y recibir afecto y la búsqueda de relaciones amorosas más estables. De acuerdo a Behar (citada en Delgado, 2008), en esta época convergen tres niveles de maduración necesarios para el adolescente y pueda ejercer una sexualidad plena, libre y responsable. Estos niveles son:

Biológico- determinado por la puesta en función de los aparatos sexuales y que por sí solo no bastan.

Emocional- la estabilidad emocional y relaciones afectivas duraderas.

Social- adquirida la madurez biológica y la emocional implica mantener una relación de pareja más o menos estable y es conveniente tener la suficiente madurez social entendida ésta como la responsabilidad para hacer frente a una posible procreación.

- **Aspectos sociales**

El contexto social del adolescente es más amplio y complejo que del niño. El fenómeno más social del adolescente durante esta etapa es la aparición de un grupo de pares de gran importancia para él, llega a apoyarse mucho en sus iguales para obtener apoyo, seguridad y guía ya que para él solo otros que pasan por la misma transición parecen como confiables para comprender sus experiencias (Aberastury, citada en Delgado, 2008).

Así mismo, se refuerzan los roles sexuales o de género que es un categoría especial dentro del rol social y se refiere a la expresión de comportamientos acorde con el sexo biológico de acuerdo a las reglas establecidas por la sociedad (Delgado, 2008).

b. La conducta sexual del adolescente

La conducta sexual del adolescente engloba una serie de comportamientos relacionados con la sexualidad y no solo implica las relaciones coitales, sino más bien, está compuesta por besos, caricias, masturbación e información acerca de la sexualidad. Es un componente determinante relativo al desarrollo de la sexualidad sana (Sánchez, 2010). La conducta en general del adolescente está relacionada a diferentes factores, tal como señala Sáez (citada en Solís, 2015).

“Los factores determinantes de la conducta adolescente están relacionados con el ambiente social, en los factores sociales están involucrados la estructura del ambiente familiar que puede contribuir al ambiente sano, o a determinar generadores de daño de esta, en las que interviene la comunicación, crisis de la edad adulta, conflictos familiares, normas éticas y morales” (p. 32).

Por otro lado, Napa, (2015), Crooks & Baur (2009) afirman que la adolescencia es un periodo de exploración, cuyas conductas sexuales aumentan e incluyen la autoestimulación, estimulación compartida con algún compañero, las relaciones sexuales sin coito, el desarrollo de las relaciones permanentes, el coito y la homosexualidad. Estas, están acompañadas por el doble estándar sexual donde las expectativas de género marcan los diferentes niveles de permisividad sexual para hombres y mujeres, cuya restricción es más para estas últimas.

El desarrollo físico antecede al completo desarrollo cognitivo y psicosocial del adolescente, lo que implica que tiene las condiciones físicas para dichas conductas pero no la madurez suficiente para enfrentarlas, manejarlas y aceptar las consecuencias que traen sus acciones. Durante la primera etapa de la adolescencia es frecuente la masturbación y las fantasías sexuales, en ocasiones con compañeros del mismo sexo, motivando dudas sobre la orientación sexual, con ansiedad y sentimientos de culpa. La masturbación es más frecuente en los chicos que en las chicas. Generalmente está motivada por la curiosidad y el deseo de disfrutar un placer intenso. Más adelante puede ser vivida como una descarga de ansiedad o de tensiones. En la adolescencia media suelen producirse los primeros contactos físicos (intercambios de besos y caricias) como una forma de exploración y aventura. En la adolescencia tardía habitualmente se inician las relaciones sexuales que incluyen el coito. A diferencia del adulto, la actividad sexual del adolescente suele ser esporádica, con periodos prolongados de abstinencia. Muchos adolescentes mantienen lo que se denomina una "monogamia seriada", con enamoramientos intensos y apasionados, pero de duración corta (Napa, 2015).

La decisión del adolescente en cuanto a las relaciones coitales dependerá de parámetros que involucren sus expectativas sobre el nivel de estudios (los adolescentes que piensan en estudios superiores retrasan más tiempo su primera relación sexual), sus actitudes y valores respecto a la sexualidad, que pueden a su vez estar influenciados por las actitudes familiares y culturales. En general la mujer tiene una sexualidad menos centrada en los aspectos genitales que el hombre, y valora más los aspectos de relación (Napa, 2015).

D. Relaciones sexuales (coito) en los adolescentes

Actualmente, frente a la tendencia de ambos sexos a tener coito a más temprana edad es una fuente de preocupación para muchos científicos sociales y profesionales de la salud.

El inicio de la actividad sexual varía de acuerdo a la cultura, al momento histórico, en general es de acuerdo a cada realidad donde vive el adolescente. Es precoz cuando la iniciación sexual coital se produce antes de la etapa de consolidación, es decir, cuando se tiene una identidad emocional lograda, mayor estabilidad, ubicación del objeto amoroso único, capacidad para dar y recibir afecto, capacidad de decisión utilizando criterios a largo plazo. Lo cual se ubica alrededor de los 19 años. Y de acuerdo al criterio ginecológico se considera embarazo de alto riesgo cuando esta implica problemas de morbimortalidad y cuando el embarazo ocurre antes de los 18 años. Actualmente, el inicio sexual precoz se halla asociado a los riesgos de aborto, embarazo no deseado, ITS y VIH- SIDA (Zárate, 2003).

Muchas investigaciones ponen en evidencia varios factores que predisponen a los adolescentes a tener coito a temprana edad o a posponerlo a edades más tardías.

Se sabe que varios factores psicológicos influyen fuertemente para el contacto temprano. Entre ellos se encuentran: la pobreza, los conflictos familiares o divorcio,

vivir con un solo parent o en familias reconstituidas, escasa educación de los progenitores, falta de supervisión de los padres, el abuso de sustancias (especialmente alcohol), baja autoestima, sensación de desesperanza, pobre rendimiento escolar y las bajas expectativas educativas (Hingson et al., 2003; McBride et al., 2003; O'Donnell et al., 2006; Lammers et al., 2000 & Steele, 1999 citadas en Crooks & Baur, 2009) (Regnerus & Luchies, 2006). Otros factores asociados son la tolerancia al comportamiento antisocial y asociación con grupos de delincuentes (French & Dishion, 2003 & Rosenthal et al., 1999 citada en Crooks & Baur, 2009); exposición a un alto contenido sexual en televisión (Ashby et al., 2006 & Collins et al, 2005 citada en Crooks & Baur, 2009), y haber sido víctima de abuso sexual (molesto o violado) (Boyer & Fine, 1992 & Lammers et al., 2000 citada en Crooks & Baur, 2009).

E. Factores que determinan la conducta sexual de riesgo adolescente

Torres (2012), nos dice que los factores son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.

El desarrollo cognitivo y psicosocial colocan al adolescente en una situación de alto riesgo de conducta sexual precoz. Durante las primeras etapas de la adolescencia su pensamiento hipotético-deductivo aún no se ha desarrollado completamente, tampoco no ha completado el proceso de desarrollo de su identidad, por tanto, aún no está en capacidad de intimar. Más bien, se da en él, la presencia de sentimientos de invulnerabilidad, omnipotencia y egocentrismo, propia de la etapa, donde el adolescente busca experiencias nuevas y la separación de su familia. En esta etapa es obvio que el sujeto aún no pueda prever las consecuencias de sus actos ni pueda anticiparse al resultado de sus conductas (Napa, 2015).

De acuerdo a Napa (2015), estos factores que influyen en el inicio sexual son:

- **El influjo de la familia**

Un factor predisponente al inicio de la vida sexual activa son las relaciones familiares, la disfunción familiar se relaciona proporcionalmente con una escasa comunicación. La calidad de interacción del adolescente con la familia es uno de los factores protectores más importantes en el inicio de una actividad sexual precoz, así como para salvaguardarlo de otras conductas de riesgo.

- **Los factores individuales**

Implican aspectos negativos como deficiencias académicas, la baja autoestima, el nivel socioeconómico bajo, la presión de pares (durante la adolescencia el grupo cobra especial importancia y modelo de conducta) son elementos asociados frecuentemente en el contexto del inicio de una actividad sexual precoz.

- **Los medios de comunicación**

Constituyen una fuente importante de información de conductas sexuales para los adolescentes, pero esta función socializadora no es nada positiva; al contrario, ocurre una difusión permanentemente de mensajes y modelos sexistas, con doble moral que impulsan a asumir conductas de riesgo. Algunos de los mensajes entregados, por ejemplo, son del tipo: el sexo es entretenido, la conducta sexual no tiene riesgo alguno, el sexo fuera del matrimonio es común, etc. Los medios de comunicación no están cumpliendo su rol como debe ser, no se difunde algún tipo de preocupación sobre la anticoncepción, los riesgos de embarazo o las infecciones de transmisión sexual. Por lo tanto, enseñar a los adolescentes a descifrar aquellos mensajes reorientando para lograr una adecuada educación en la sexualidad, es función de la familia, del personal de salud y de la educación formal.

F. Conducta sexual de riesgo en el adolescente

Una conducta sexual de riesgo es la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud. Estos comportamientos riesgosos pueden estar ligados a características sociodemográficas, factores familiares y sociales (Mayorga et al., 2016).

La actividad sexual temprana aumenta el riesgo de múltiples efectos nocivos para la salud integral del adolescente, ya que al ser precoz y desprotegida trae consecuencias como el embarazo no deseado, la adquisición de infecciones trasmitidas sexualmente, y repercusiones ligadas al embarazo y parto (complicaciones obstétricas y perinatales), o ligadas a la crianza del niño (deserción escolar), disminución de las posibilidades laborales, matrimonios menos estables, menores ingresos económicos, mayor frecuencia de problemas emocionales, entre otras consecuencias posibles (Napa, 2015).

Si es bien es cierto que los adolescentes están biológicamente preparados y culturalmente motivados para iniciar su vida sexual activa, pero son incapaces de analizar las consecuencias de su conducta sexual y tomar decisiones apropiadas, ya que no han logrado el nivel de desarrollo cognitivo y emocional necesario para establecer una conducta sexual sana y responsable. El comportamiento sexual responsable es expresado por planos personales, interpersonales y comunitarios. Se caracteriza, así mismo, por la autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar en el sujeto y la pareja involucrada. Así, la persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño a terceros, por lo que se abstiene de la explotación, el acoso, la manipulación y la discriminación sexual (Napa, 2015).

G. Consecuencias de la conducta sexual de riesgo del adolescente

Citamos algunas de las consecuencias relacionadas con el inicio sexual en los adolescentes:

- **Las Infecciones de Transmisión Sexual – VIH SIDA**

Las ITS son un grupo de enfermedades infecciosas que se pueden adquirir si se mantienen relaciones coitales con alguien que las padece. Son producidas por agentes infecciosos como pueden ser bacterias, hongos y virus. Las principales vías de transmisión son las mucosas de la boca, los órganos genitales y el ano, debido a que sus tejidos cuentan con las condiciones ideales, de humedad y calor, para que la infección se desarrolle y se transfiera.

VIH / SIDA es el virus de inmunodeficiencia humana, este virus afecta al sistema inmunológico.

- **Embarazo adolescente**

Es la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independientemente de su edad ginecológica. Se plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, tanto en el presente, como en el futuro. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

- *Factores de riesgo individuales:* Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

- *Factores de riesgo familiares:* Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
- *Factores de riesgo sociales:* Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos.

- **Deserción escolar**

La deserción escolar es un proceso de alejamiento paulatino de la escuela que culmina con el abandono del adolescente. La deserción puede ser entendida como un proceso multicausal donde interactúan factores de riesgo y factores protectores institucionales (de la escuela y de la cultura escolar), socioculturales (condiciones socioeconómicas, expectativas sociales, capital social), familiares (interacciones,

condiciones de vida, expectativas) así como las percepciones de los adolescentes sobre su experiencia y sus expectativas educativas, profesionales y existenciales (Napa, 2015).

CAPÍTULO III

MARCO OPERATIVO

1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación pertenece al enfoque cuantitativo de tipo descriptivo correlacional porque recolectamos datos para probar nuestra hipótesis en base a la medición numérica y un análisis estadístico, así mismo buscamos especificar propiedades, características y rasgos importantes de los fenómenos estudiados y para finalmente asociar nuestras variables mediante un patrón predecible para un grupo o población determinada (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de diseño no experimental transversal correlacional. Es correlacional, porque asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. Es transversal porque medimos las variables en la muestra seleccionada en un solo momento en el tiempo (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por la totalidad de los alumnos del nivel secundario de los colegios públicos: Siendo 250 alumnos de la I.E. Manuel Benito Linares de la provincia de Arequipa, área urbana y 175 de la I.E. Corazón de María del distrito de Chuquibamba, provincia de Condesuyos y departamento de Arequipa, área rural.

La muestra quedó constituida por 376 alumnos del nivel secundario de ambos sexos de los cuales 217 son área urbana y 159 del rural, cuyas edades oscilan entre 12 y 17 años; dicha muestra estuvo sujeto a los criterios de inclusión y exclusión. El tipo de muestreo de la presente investigación fue el muestreo no probabilístico, ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes de secundaria de 12 a 17 años de edad.
- Alumnos que estudian en colegios públicos.
- Alumnos de ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Posible presencia de retardo mental que incapacite el adecuado llenado de los instrumentos.
- Incapacidades físicas que limiten el adecuado llenado de los instrumentos.
- Alumnos mayores de 17 años y menores de los 12 años de edad.
- Alumnos que no completaron de manera apropiada los instrumentos aplicados

4 MATERIALES E INSTRUMENTOS

Para el recojo de información se utilizó los siguientes instrumentos:

A. FACES III escala de cohesión y adaptabilidad familiar

Ficha técnica

Nombre	: FACES III
Autores	: David H Olson; Joyce Portner; Yoav Lavee
Finalidad	: Evaluación del funcionamiento familiar
Escalas	: Escala de Cohesión Escala de Adaptabilidad
Numero de ítems	: 20 ítems
Administración	: Individual o colectiva
Aplicación	: Sujetos de 12 años en adelante
Duración de la prueba:	15 minutos aprox.

Olson (citado por Rengifo, Mamani & Vilca, 2015) define el funcionamiento familiar como la interacción dinámica y sistémica de dos dimensiones principales de la vida familiar: cohesión y adaptabilidad familiar. Donde lo funcional se daría en familias que muestran niveles moderados en ambas dimensiones, y lo disfuncional en familias que alcanzan niveles extremos. La cohesión es considerada como el vínculo emocional que mantienen los miembros de la familia y el nivel de autonomía individual que una persona experimenta en su contexto familiar; por su parte la adaptabilidad tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo.

La escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar, 3º Versión (FACES III) de Olson, Portner y Lavee (1985) y Olson (1992), consta de dos partes

cada una de 20 ítems, ambos con una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca). La parte I evalúa el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento (“Familia Real”). Y la parte II refleja el nivel de cohesión y flexibilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia (“Familia Ideal”). Esta parte incluye los mismos ítems que la primera, pero se modifica la consigna general. De las diferencias entre las escalas “real” e “ideal” se puede obtener el índice de satisfacción que la persona tiene con el funcionamiento de su familia. Dados los fines del presente estudio, sólo se trabajará con los datos de la “Familia Real”. La pueden resolver personas de 12 años en adelante en un tiempo de 15 minutos.

El FACES III, permite que una persona pueda obtener una visión de su funcionamiento familiar real e ideal, clasificando a una familia dentro de un rango de 16 tipos específicos o simplemente en tres grupos más generales correspondientes a familias balanceadas, de rango medio y extremas. La escala se encuentra estructurada con dos ítems para cada uno de los cinco conceptos relativos a la dimensión de cohesión: vinculación personal (11-19), apoyo (1-17), límites familiares (5-7), tiempo y amigos (9-3), e intereses y recreación (13-15); dos ítems para cada una de las variables de la dimensión de adaptabilidad: liderazgo (6-18), control (12-2), disciplina (4-10); y cuatro ítems vinculados a la combinación de roles y reglas. (8-14-16-20).

Validez y confiabilidad: En la versión original, la consistencia interna es, para cohesión ($r=0.77$) y adaptabilidad ($r=0.62$); en el test – retest a las 4 – 5 semanas 0.83 para cohesión y 0.80 para adaptabilidad; de presentación y contenido muy bueno. Rosa María Reusche Lari en 1994 realizó la adaptación al Perú. La confiabilidad, determinada por test- retest, arrojó para cohesión 0.83 y para adaptabilidad 0.80; lo cual indica que el FACES III es confiable. Sin embargo, Arenas midió a través de la consistencia interna y del test- retest, en la tercera versión del FACES (Olson, 1985), obteniendo los siguientes resultados: La consistencia interna de la escala total alcanzó un coeficiente de Pearson de 0.68, teniendo para la dimensión de cohesión un

coeficiente de Pearson de 0.77 y para la dimensión de adaptabilidad un coeficiente de Pearson de 0.62. Después de 4 a 5 semanas aplicó un retest bajo las mismas condiciones obteniendo para la dimensión de cohesión un coeficiente de 0.83 y para la dimensión de adaptabilidad un coeficiente de 0.80. Este mismo autor realizó estudios para determinar la validez de constructo. Para ello se estableció una correlación entre las dimensiones cohesión y adaptabilidad obteniendo un coeficiente de Pearson de 0.03 (Arenas, 2003).

Polaino – Lorente y Martínez (1998) refieren que el desarrollo de la tercera versión del FACES era conseguir que la correlación entre cohesión y adaptabilidad fueran lo más cercana posible a cero ya que, desde un punto de vista teórico, se asumía que no correlacionaban entre sí y que eran independientes; es decir, la puntuación de una dimensión no condicionaría ni determinaría la puntuación obtenida por la otra, de ese modo la probabilidad de pertenecer a cualquiera de los 16 tipos de familia sería teóricamente equivalente. Los resultados obtenidos en esta versión ($r = 0.03$) fueron mucho menor al obtenido en el FACES II ($r = 0.65$) con lo cual se determina la independencia de las variables.

B. Escala de comunicación padres e hijos (PACS)

Ficha técnica

Nombre	: Escala de comunicación padres e hijos - PACS
Autores	: Barnes y Olson 1982 y adaptada al español por el Equipo Lisis 2001
Finalidad	: Evalúa la comunicación familiar
Sub escalas	: Problemas de comunicación familiar Apertura a la comunicación familiar
Numero de ítems	: 20 ítems
Administración	: Individual o colectiva

Aplicación : Sujetos de 11 años en adelante

Duración de la prueba: De 9 a 10 minutos aprox.

La comunicación con los padres tiene una poderosa influencia en nuestro contexto y puede funcionar como factor protector o de riesgo en el pasaje por la etapa de la adolescencia. Son dos los aspectos de la comunicación con los padres que se evaluará: la apertura en la comunicación y los problemas en la comunicación. Barnes & Olson (1982) definen la comunicación abierta con los padres como la existencia de un intercambio fluido de información, tanto instrumental como emocional, así como el mutuo entendimiento y la satisfacción experimentada en la interacción. Los problemas en la comunicación constituyen un patrón caracterizado por la resistencia a compartir, estilos de interacción negativos, y selectividad y cautela en el contenido de lo que se comparte (Schmidt, Maglio, Messoulam, Molina & González, 2010).

La Escala de Comunicación Padres-Adolescente (PACS; Parent Adolescent Communication Scale) elaborada por Barnes y Olson (1982), de procedencia Estado Unidense, adaptada al español por el Equipo Lisis (2001), la escala contiene dos subescalas: Problemas de comunicación familiar y apertura a la comunicación. La primera subescala mide situaciones que limitan o dificultan el nivel de comunicación familiar tales como la resistencia a compartir, estilos negativos de interacción y selectividad y precaución en lo que es compartido. La segunda subescala mide apertura a la comunicación familiar, se interesa por el libre flujo de intercambio de la información, tanto en cuanto a hechos como a emociones, así como el sentido de carencia de cohibición y el grado de comprensión y satisfacción experimentada en sus interacciones.

Esta escala está compuesta por 20 ítems. La forma de respuesta a cada ítem se realiza en una escala Likert de 1 a 5 (con las dimensiones: nunca, pocas veces, algunas veces, muchas veces y siempre). El tiempo aproximado de aplicación es de 9 a 11 minutos y la población a la que va dirigida es a partir de los 11 años.

Validez: En nuestro medio fue validada y normalizada en universitarios de Lima por Bueno (1996) quien hallo correlaciones ítem-test altamente significativas, alto nivel de consistencia interna y confiabilidad de estabilidad. Luego fue adaptada para adolescentes y universitarios en 1998 por Bueno, Tomas y Araujo, en el que además de estudio psicométrico de validez y confiabilidad, se elaboraron normas percentilares para Lima.

Confiabilidad: La escala fue constatada por Rivera & Cahuana (2016) en la ciudad de Arequipa, siendo en el factor apertura tanto de la madre como del padre de $\alpha = .87$; mientras que es de $\alpha = .68$ en problemas en la comunicación con la madre y de $\alpha = .66$ con el padre. Para realizar el análisis de ecuaciones estructurales, estos cuatro factores se fusionaron en uno solo denominado comunicación familiar.

C. Cuestionario sobre inicio sexual (CISEX)

Ficha técnica

Nombre	: CISEX Cuestionario sobre inicio sexual
Autores	: Mg. en Psicología Irma Antonieta Zárate Lezama - 2003
Tipo de cuestionario	: Estructurada
Finalidad	: Evaluar el inicio sexual, conductas pre recurrentes a la iniciación sexual y algunas características sexuales secundarias del adolescente.
Numero de ítems	: 12 ítems
Administración	: Individual o colectiva
Aplicación	: Sujetos de 12 años en adelante
Duración de la prueba:	8 minutos aprox.

El cuestionario fue creado por la magister en Psicología Irma Antonieta Zárate Lezama (2003) en la ciudad de Lima, con el fin de obtener información acerca del

inicio sexual en adolescentes. Es un cuestionario auto descriptivo que consta de 12 preguntas orientadas a identificar inicio sexual en el adolescente, discrimina iniciación sexual coital en los adolescentes, accesoriamente busca información sobre las conductas precurrientes a la iniciación sexual coital y algunas características sexuales secundarias.

Tiene como objetivo buscar información sobre la ocurrencia de inicio sexual coital sea con persona del sexo opuesto o del mismo sexo a través de la indicación de la edad en que ocurrió tales eventos; además, de la edad en que ocurrió conductas vinculadas al inicio sexual coital tales como: preguntar y hablar sobre temas sexuales, masturbación, enamoramiento. También sobre algunas características sexuales secundarias como aparición de vello axilar, cambio de voz, polución nocturna y menstruación.

El cuestionario instiga al adolescente a responder, interesando la ocurrencia o no del evento al preguntar la edad de inicio de ocurrencia. Si aún no se tenía la experiencia en algunos de los ítems se responde anotando NO o se deja en blanco. Si la respuesta es afirmativa se codifica (1), si es negativa o en blanco se codifica (0). El orden de las preguntas sigue un criterio lógico que se inicia de las más sencillas a las más complejas.

La forma de aplicación puede ser individual o colectiva, la población a la que va dirigida es la adolescencia y aproximadamente puede ser resuelta en 08 minutos.

Validez: El contenido se trabajó sobre la opinión de 8 jueces expertos quienes respondieron a un cuestionario dicotómico que indagaba sobre la validez o no de cada ítem propuesto, a los resultados obtenidos se aplicó la Distribución Binomial para cada ítem, quedando 12 ítems con resultados significativos de los 25 propuestos. Con relación a la validez operativa los mismos expertos efectuaron recomendaciones en función de las cuales se ajustaron las preguntas. La información requerida buscaba

opiniones sobre la claridad de las instrucciones y preguntas efectuadas al adolescente para este grupo etario, secuencia, número de ítems.

Por otra parte, se efectuó una aplicación piloto a 54 escolares de ambos sexos, de los diferentes años de secundaria de una institución educativa estatal para revisar las dificultades en la comprensión, identificación de las preguntas que generan más dudas, identificar la aceptabilidad de la encuesta por parte de los adolescentes, se buscó adaptarlo al lenguaje de ellos, modificándose algunas preguntas inicialmente planteadas.

Confiabilidad: El cuestionario se determinó mediante el coeficiente Alfa de Crombach, la cual requiere una sola administración del instrumento, la consistencia interna hallada fue de 0.9; El Coeficiente resultó ser altamente significativo. Adoptarnos este modo de hallar la confiabilidad debido al tipo de preguntas y el modo anónimo que se usa para obtener la información requerida.

D. Cuestionario sociodemográfico

Ficha técnica

Nombre	: Cuestionario sociodemográfico
Autores	: Mg. en Psicología Irma Antonieta Zárate Lezama
Tipo de cuestionario	: Estructurada
Finalidad	: Evaluar características demográficas de la familia
Numero de ítems	: 10 ítems
Administración	: Individual o Colectiva
Aplicación	: Sujetos de 11 años en adelante
Duración	: 10 minutos aprox.

Este cuestionario fue creado por Irma Antonieta Zárate Lezama en el año 2003. Dicho cuestionario consta de 10 preguntas, con alternativas de respuesta múltiple sobre características más relevantes del escolar y su familia; tales como edad, año que cursa, lugar de procedencia, zona en que vive, religión, número de miembros que componen la familia, algunas características de la vivienda, saneamiento familiar, economía familiar e instrucción de los padres.

5. PROCEDIMIENTO

Se contactó con las instituciones educativas por medio de sus directores con los cuales nos entrevistamos y expusimos los objetivos, importancia y procedimiento de la investigación, para ello cada director solicitó un documento expedido por la universidad de procedencia, para dar las autorizaciones correspondientes, para luego coordinar los días y horarios con los tutores de cada sección y el subdirector del nivel secundario en los cuales se llevaría a cabo la evaluación.

Para la evaluación propiamente dicha, primero se motivó a los estudiantes para lograr su atención y colaboración, para luego informar sobre el anonimato y solicitar el consentimiento informado. Se les entregó los formatos de los instrumentos, se les pidió que lean bien las instrucciones y se los orientó en el procedimiento de cómo dar sus respuestas. Cada estudiante al concluir la encuesta procedió a la entrega del formato. Al término de la aplicación nos retiramos agradeciendo su participación. La aplicación se realizó en un periodo de dos.

Posteriormente se procedió a la calificación de los instrumentos y con la información obtenida procedemos al análisis e interpretación de datos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

En el presente capítulo analizaremos los resultados orientados a cumplir con los objetivos propuestos y que nos permitan llegar a conocer cómo influye la familia sobre la iniciación sexual de alumnos de secundaria de un colegio rural y urbano de Arequipa.

Para el análisis y procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24 siendo dichos resultados presentados mediante cuadros.

Tabla 1: Estructura familiar de los adolescentes no iniciados e iniciados sexualmente según el área de residencia

		Inicio sexual		
		No	Sí	Total
Área de residencia urbana				
Con quienes vive	Nuclear	Frecuencia	89	22
		%	80.2%	19.8%
		Frecuencia	51	16
		%	76.1%	23.9%
	Monoparental	Frecuencia	25	8
		%	75.8%	24.2%
	Otros familiares	Frecuencia	4	2
		%	66.7%	33.3%
	Otras personas	Frecuencia	169	48
		%	77.9%	22.1%
Total		Frecuencia	217	
		%		100.0%
Área de residencia rural		Inicio sexual		
		No	Sí	Total
Con quienes vive	Nuclear	Frecuencia	79	12
		%	86.8%	13.2%
	Monoparental	Frecuencia	41	6
		%	87.2%	12.8%
	Otros familiares	Frecuencia	12	2
		%	85.7%	14.3%
	Otras personas	Frecuencia	4	3
		%	57.1%	42.9%
Total		Frecuencia	159	
		%	85.5%	14.5%
				100.0%

En la tabla 1, se puede observar que los adolescentes que viven con otras personas, se inician sexualmente en un 33.3 % en la zona urbana y el 42.9% en la rural; seguida de los que viven con otros familiares, siendo en la zona urbana el 24.2% y en la zona rural el 14.3%; mientras, que los adolescentes que provienen de una familia monoparental alcanzan el 23.9% en el área urbano y el 12.8% en la rural; y por último, el 19.8 % de adolescentes que proceden de una familia nuclear se inician sexualmente en la zona urbana frente a un 13.2% de la zona rural.

Tabla 2: Nivel de cohesión de los iniciados y no iniciados sexualmente según área de residencia

			Cohesión					
			Desligada	Separada	Conectada	Aglutinada	Total	
Área de residencia	Rural	Inicio sexual	No Frecuencia	56	43	34	3 136	
			%	41,2%	31,6%	25,0%	2,2% 100,0%	
	Urbano	Sí	Frecuencia	13	4	3	3 23	
			%	56,5%	17,4%	13,0%	13,0% 100,0%	
Total			Frecuencia	69	47	37	6 159	
			%	43,4%	29,6%	23,3%	3,8% 100,0%	
Área de residencia	Rural	Inicio sexual	No Frecuencia	57	56	43	13 169	
			%	33,7%	33,1%	25,4%	7,7% 100,0%	
	Urbano	Sí	Frecuencia	21	18	9	0 48	
			%	43,8%	37,5%	18,8%	0,0% 100,0%	
Total			Frecuencia	78	74	52	13 217	
			%	35,9%	34,1%	24,0%	6,0% 100,0%	

Observamos que el tipo de familia según cohesión familiar de los evaluados del medio rural es mayormente desligada (41.2%) o separada (31.6%) en aquellos que no se iniciaron sexualmente; de igual forma es desligada (56.5%) o separada (17.4%) en aquellos que sí tuvieron relaciones sexuales. Para el caso de los evaluados del medio urbano el tipo de familia según su cohesión familiar es desligada (33.7%) o separada (33.1%) en aquellos que no se iniciaron sexualmente; de igual forma es desligada (43.8%) o separada (37.5%) en aquellos que sí tuvieron relaciones sexuales.

Tabla 3: Nivel de adaptabilidad según área de residencia

			Adaptabilidad					
Área de residencia			Caótica	Flexible	Estructurada	Rígida	Total	
Rural	Inicio sexual	No	Frecuencia	45	43	33	15	136
		%		33,1%	31,6%	24,3%	11,0%	100,0%
	Sí	Frecuencia	6	7	8	2	23	
		%	26,1%	30,4%	34,8%	8,7%	100,0%	
	Total	Frecuencia	51	50	41	17	159	
		%	32,1%	31,4%	25,8%	10,7%	100,0%	
	Urbano	No	Frecuencia	48	57	47	17	169
		%		28,4%	33,7%	27,8%	10,1%	100,0%
	Sí	Frecuencia	18	21	5	4	48	
		%	37,5%	43,8%	10,4%	8,3%	100,0%	
	Total	Frecuencia	66	78	52	21	217	
		%	30,4%	35,9%	24,0%	9,7%	100,0%	

Observamos en la tabla 3, que el tipo de familia según adaptabilidad familiar de los evaluados del medio rural es mayormente caótica (33.1%) o flexible (31.6%) en aquellos que no se iniciaron sexualmente; por otro lado, es mayormente estructurada (34.8%) o flexible (30.4%) en aquellos que sí tuvieron relaciones sexuales. Para el caso de los evaluados del medio urbano el tipo de familia según su adaptabilidad familiar es flexible (33.7%) o caótica (28.4%) en aquellos que no se iniciaron sexualmente; así mismo, es mayormente flexible (43.8%) o caótica (37.5%) en aquellos que sí tuvieron relaciones sexuales.

Tabla 4: Tipo del sistema familiar según área de residencia

			Sistema familiar			
			Balanceada	Media	Extrema	Total
Área de residencia	Rural	No	Frecuencia	42	69	25
		%		30,9%	50,7%	18,4%
	Sí	Frecuencia	5	12	6	23
		%	21,7%	52,2%	26,1%	100,0%
	Total	Frecuencia	47	81	31	159
		%	29,6%	50,9%	19,5%	100,0%
	Urbano	No	Frecuencia	63	77	29
		%	37,3%	45,6%	17,2%	100,0%
	Sí	Frecuencia	14	25	9	48
		%	29,2%	52,1%	18,8%	100,0%
	Total	Frecuencia	77	102	38	217
		%	35,5%	47,0%	17,5%	100,0%

Observamos que el sistema familiar de los evaluados del medio rural es mayormente medio (50.7%) o balanceado (30.9%) en aquellos que no se iniciaron sexualmente; por otro lado, es mayormente medio (52.2%) o extremo (26.1%) en aquellos que sí tuvieron relaciones sexuales. Para el caso de los evaluados del medio urbano el tipo de familia según su sistema familiar es medio (45.6%) o balanceado (37.3%) en aquellos que no se iniciaron sexualmente; así mismo, es mayormente medio (52.1%) o balanceado (29.2%) en aquellos que sí tuvieron relaciones sexuales.

Tabla 5: Nivel de comunicación abierta con los padres según área de residencia

		Comunicación abierta							
		Muy							
Área de residencia	Inicio sexual	No	Frecuencia	25	18	35	25	22	125
		%		20,0%	14,4%	28,0%	20,0%	17,6%	100,0%
		Sí	Frecuencia	4	5	0	9	2	20
		%		20,0%	25,0%	0,0%	45,0%	10,0%	100,0%
Total		Frecuencia		29	23	35	34	24	145
		%		20,0%	15,9%	24,1%	23,4%	16,6%	100,0%
Urbano	Inicio sexual	No	Frecuencia	25	35	34	35	19	148
		%		16,9%	23,6%	23,0%	23,6%	12,8%	100,0%
		Sí	Frecuencia	5	12	14	8	4	43
		%		11,6%	27,9%	32,6%	18,6%	9,3%	100,0%
Total		Frecuencia		30	47	48	43	23	191
		%		15,7%	24,6%	25,1%	22,5%	12,0%	100,0%

Observamos que el nivel de comunicación abierta con los padres en los evaluados del medio rural es mayormente promedio (28%) o alta (20%) en aquellos que no se iniciaron sexualmente; mientras que en aquellos que ya tuvieron relaciones sexuales la comunicación abierta fue mayormente de nivel alto (45%) o bajo (25%). Para el caso de los evaluados del medio urbano, observamos que el nivel de comunicación abierta con los padres es mayormente alto (23.6%) o bajo (23.6%) en aquellos que aún no han tenido relaciones sexuales; mientras que es mayormente promedio (32.6%) o bajo (27.9%) en aquellos que ya iniciaron sexualmente.

Tabla 6: Nivel de los problemas de comunicación con los padres según el área de residencia

		Problemas en la comunicación							
Área de residencia	Inicio sexual	Muy bajo			Promedio		Muy alto		Total
		No	Frecuencia	20	23	33	26	23	
Rural	No	Frecuencia	20	23	33	26	23	125	
			%	16,0%	18,4%	26,4%	20,8%	18,4%	
	Sí	Frecuencia	4	3	3	7	3	20	
			%	20,0%	15,0%	15,0%	35,0%	15,0%	
Urbano	No	Frecuencia	24	26	36	33	26	145	
			%	16,6%	17,9%	24,8%	22,8%	17,9%	
	Sí	Frecuencia	25	39	42	25	17	148	
			%	16,9%	26,4%	28,4%	16,9%	11,5%	
	Total	Frecuencia	6	7	10	12	8	43	
			%	14,0%	16,3%	23,3%	27,9%	18,6%	
			31	46	52	37	25	191	
			%	16,2%	24,1%	27,2%	19,4%	13,1%	

Observamos que el nivel de problemas en la comunicación con los padres en los evaluados del medio rural es mayormente promedio (26.4%) o alta (20%) en aquellos que no se iniciaron sexualmente; mientras que en aquellos que ya tuvieron relaciones sexuales la comunicación abierta fue mayormente de nivel alto (35%) o muy alto (15%). Para el caso de los evaluados del medio urbano, observamos que el nivel de problemas en la comunicación con los padres es mayormente promedio (28.4%) o bajo (26.4%) en aquellos que aún no han tenido relaciones sexuales; mientras que es mayormente alto (27.9%) o promedio (23.3%) en aquellos que ya iniciaron sexualmente.

Tabla 7: Inicio sexual según el grado de instrucción de los padres por área de residencia

Área de residencia	Grado instrucción de padres o apoderados	Inicio sexual			Total
		No	Sí		
		Frecuencia	%		
Rural	Analfabeto	3	2	5	5
		60.0%	40.0%	100.0%	
		32	2	34	
		94.1%	5.9%	100.0%	
		51	11	62	
	Primaria	82.3%	17.7%	100.0%	34
		50	8	58	
		86.2%	13.8%	100.0%	
		136	23	159	
		85.5%	14.5%	100.0%	
Urbano	Secundaria	1	2	3	62
		33.3%	66.7%	100.0%	
		12	5	17	
		70.6%	29.4%	100.0%	
		107	28	135	
	Superior	79.3%	20.7%	100.0%	58
		49	13	62	
		79.0%	21.0%	100.0%	
		169	48	217	
		77.9%	22.1%	100.0%	

En la tabla 7, se visualiza que en el área rural, el 40% de los adolescentes iniciados sexualmente tienen padres analfabetos, el 5.9 % son de padres con grado de instrucción primaria, seguidas del 17.7% con grado secundaria y el 13.8% con el grado de nivel superior. En el área urbana, el 66.7% de los adolescentes iniciados sexualmente tienen padres analfabetos, el 29.4 % son de padres con grado de instrucción primaria, seguidas del 20.7% con grado secundaria y el 21% con el grado de nivel superior.

Tabla 8: Inicio sexual según sexo por área de residencia

			Inicio sexual				
Área de residencia			No	Sí	Total		
Rural	Sexo	Mujer	Frecuencia	82	11	93	
		%		88.2%	11.8%	100,0%	
	Varón	Frecuencia	54	12	66		
		%	81.8%	18.2%	100,0%		
	Total	Frecuencia	136	23	159		
		%	85,5%	14.5%	100.0%		
Urbano	Sexo	Mujer	Frecuencia	97	10	107	
		%	90.7%	9.3%	100,0%		
	Varón	Frecuencia	72	38	110		
		%	65.5%	34.5%	100,0%		
	Total	Frecuencia	169	48	217		
		%	77,9%	22.1%	100.0%		

Se observa en la tabla 8, que en el área rural, el 18.2% de varones se ha iniciado sexualmente, mientras que el 11.8% de mujeres ya ha mantenido relaciones sexuales. En el área urbana, el 34.5% de varones se ha iniciado sexualmente, mientras que el 9.3% de mujeres ya ha mantenido relaciones sexuales.

Tabla 9: Edad promedio de inicio de cambios y conductas sexuales (incluido el coito) en los adolescentes evaluados según área de residencia

Área de residencia		N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estandar
Rural	Preguntas sobre sexo	116	3	16	12.09	2.563
	Cambio voz	139	6	16	12.79	1.558
	Hablar temas Sexuales	119	8	17	12.95	1.594
	Masturbó	31	8	16	12.84	1.695
	Atracción	140	4	16	12.36	1.796
	Juegos sex.	65	5	16	12.94	2.384
	Vellos axilas	119	9	16	13.23	1.464
	Relaciones sexuales con pareja de diferente sexo	22	4	17	12.50	3.827
	Menstruar	70	10	15	12.30	1.172
	Relaciones sexuales con pareja del mismo sexo	7	11	16	13.29	2.059
	Eyaculó	33	11	15	13.06	1.088
	Enamorado(a)	109	10	16	13.05	1.462
Urbano	Preguntas sobre sexo	169	5	16	12.01	2.054
	Cambio voz	201	8	16	12.26	1.441
	Hablar temas Sexuales	171	2	16	12.46	1.953
	Masturbó	55	4	16	12.13	2.334
	Atracción	197	4	16	11.52	2.194
	Juegos sex.	94	7	17	13.06	2.119
	Vellos axilas	169	9	17	13.06	1.421
	Relaciones sexuales con pareja de diferente sexo	44	7	16	13.64	2.081
	Menstruar	97	9	15	12.11	1.215
	Relaciones sexuales con pareja del mismo sexo	9	10	16	14.11	2.088
	Eyaculó	59	8	16	12.31	1.567
	Enamorado(a)	154	5	17	12.20	2.256

En la tabla 9, se visualiza que los adolescentes evaluados del área rural se inician sexualmente en una edad promedio de 12.5 años para relaciones heterosexuales y a los 13.29 años para relaciones homosexuales. Además se empiezan a masturbar en promedio a los 12.84

años. Así mismo, se observa que los cambios físicos como el crecimiento del vello axilar, la primera menstruación, la primera eyaculación, cambio de voz y la masturbación típicos de los cambios en la adolescencia se dan en un intervalo de edad de 12 – 13 años, las preguntas de sexo, el hablar de temas sexuales, la atracción y enamoramiento se presentan en las mismas edades.

Para el caso de los evaluados del área urbana, observamos que ellos se inician sexualmente en una edad promedio de 13.64 años para relaciones heterosexuales y a los 14.11 años para relaciones homosexuales. Además se empiezan a masturbar en promedio a los 12.13 años. Así mismo, se observa que los cambios físicos como el crecimiento del vello axilar, la primera menstruación, la primera eyaculación, cambio de voz y la masturbación típicos de los cambios en la adolescencia se dan en un intervalo de edad de 12 – 13 años, las preguntas de sexo, el hablar de temas sexuales, la atracción y enamoramiento se presentan en las mismas edades.

Tabla 10: Consumo de alcohol en la familia de los adolescentes que se iniciaron o no sexualmente según área de residencia.

Área de residencia		Consumo de alcohol					Total
		Nunca		Algunas veces		Muchas veces	
Rural	No	Frecuencia	67	68	0	1	136
	%		49,3%	50,0%	0,0%	0,7%	100,0%
Urbano	Sí	Frecuencia	11	11	1	0	23
	%		47,8%	47,8%	4,3%	0,0%	100,0%
Total		Frecuencia	78	79	1	1	159
		%	49,1%	49,7%	0,6%	0,6%	100,0%
Inició sexual	No	Frecuencia	61	103	4	1	169
	%		36,1%	60,9%	2,4%	0,6%	100,0%
Inició sexual	Sí	Frecuencia	13	34	0	1	48
	%		27,1%	70,8%	0,0%	2,1%	100,0%
Total		Frecuencia	74	137	4	2	217
		%	34,1%	63,1%	1,8%	0,9%	100,0%

Observamos que el consumo de alcohol permitido en la familia de los adolescentes del área rural que se iniciaron o no sexualmente es muy similar en porcentajes, es así que el 50% de adolescentes que no tuvieron relaciones sexuales pertenecen a familias que alguna vez consumieron alcohol y el 0.7% siempre; mientras que para el caso de los que sí tuvieron relaciones sexuales el 47.8% el consumo de alcohol de los participantes de la familia fueron algunas veces y el 4.3% lo hizo muchas veces.

En el área urbana, también observamos que hay porcentajes similares en el consumo de alcohol permitido en la familia de los evaluados que se iniciaron sexualmente o no, es así que el 60.9% de adolescentes que no tuvieron relaciones sexuales pertenecen a familias que algunas veces consumen alcohol, el 2.4% muchas veces y el 0.6% siempre; mientras que para el caso de los que sí tuvieron relaciones sexuales el 70.8% provienen de familias que algunas veces han consumido alcohol y el 2.1% lo hizo siempre.

Tabla 11: Inicio sexual según área de residencia

Área de residencia	Rural		Inicio sexual		
			No	Sí	Total
			Frecuencia		
Área de residencia	Urbano		136	23	159
		%	85,5%	14,5%	100,0%
Total			169	48	217
		%	77,9%	22,1%	100,0%
Total		Frecuencia	305	71	376
		%	81,1%	18,9%	100,0%

La tabla 11, referida al inicio sexual de los adolescentes, hallamos que los evaluados que viven en el área urbana tienen una mayor frecuencia de inicio sexual (22.1%) en contraste con los que viven en la zona rural (14.5%). Lo que puede evidenciar que la mayoría de adolescentes de la zona urbana tienden a iniciarse sexualmente, a diferencia de los adolescentes de la zona rural.

Tabla 12: Influencia de la estructura familiar en el inicio sexual

Estructura familiar		Inicio sexual			Total
		No	Sí		
		Frecuencia			
Nuclear		168	34	202	
	%	83,2%	16,8%	100,0%	
Monoparental		92	22	114	
	%	80,7%	19,3%	100,0%	
Otros familiares		37	10	47	
	%	78,7%	21,3%	100,0%	
Otras personas		8	5	13	
	%	61,5%	38,5%	100,0%	
Total		305	71	376	
	%	81,1%	18,9%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. asintótica		
	Valor	gl	(bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,997	3	,262
N de casos válidos	376		

Los resultados de la tabla 12, muestran que la estructura familiar no tiene influencia significativa en la iniciación sexual de los estudiantes ($\chi^2=3.997$; $p>0.05$), esto nos permite conocer que los adolescentes que se encuentran dentro de una estructura familiar nuclear o fuera de ella se iniciaran sexualmente de la misma manera.

Tabla 13: Influencia de la funcionalidad familiar, sexo, área de residencia, edad, grado de instrucción y consumo de alcohol sobre la iniciación sexual.

Resumen del modelo regresión logística binaria

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	252,207	,193	,312

Variables en la ecuación

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Comunicación abierta madre	,014	,028	,231	1	,631	1,014
Comunicación abierta padre	,014	,027	,278	1	,598	1,014
Problemas de comunicación madre	-,094	,042	5,019	1	,025	1,090
Problemas de comunicación padre	,101	,038	7,243	1	,007	1,106
Cohesión	-,052	,030	3,005	1	,083	,950
Adaptabilidad	,022	,034	,411	1	,521	1,022
Varón	1,677	,358	21,921	1	,000	5,348
Urbana	,738	,364	4,112	1	,043	2,091
Edad	,571	,122	22,001	1	,000	1,770

Grado de instrucción

Analfabeto (variable de contraste)			5,216	3	,015
Primaria	-2,596	1,163	4,983	1	,026
Secundaria	-1,846	1,066	3,001	1	,083
Superior	-1,983	1,086	3,335	1	,068

Consumo de alcohol

Nunca (variable de contraste)			1,690	3	,639
Algunas veces	,167	,348	,230	1	,631
Muchas veces	,060	1,256	,002	1	,962
Siempre	1,746	1,374	1,614	1	,204
Constante	-10,560	2,102	25,238	1	,000

Al analizar los diversos factores vistos en la presente tabla 13, ligados al inicio sexual en los adolescentes tanto del área rural como del urbano, hallamos que los problemas de comunicación con la madre ($RP=1.090$) y el padre ($RP=1.106$), el ser varón ($RP=5.348$), vivir en área urbana ($RP=2.091$) y la edad ($RP=1.770$) incrementan la probabilidad para que un adolescente se inicie sexualmente. Así mismo, encontramos en cuanto al grado de instrucción de los padres, que al tener al menos el nivel primario ($RP=.075$) disminuye la probabilidad de que los hijos se inicien sexualmente respecto a aquellos adolescentes cuyos padres son analfabetos.

DISCUSIÓN

A través de la presente investigación nuestro objetivo fue determinar la influencia de la familia en cuanto a su estructura y funcionalidad familiar en la iniciación sexual de los adolescentes que viven en una zona rural y urbana tomando en consideración, también las variables de edad y sexo de los alumnos, grado de instrucción de los padres y consumo de alcohol dentro de la familia. Por ello, empezaremos a analizar los resultados encontrados en este estudio y a contrastar con las investigaciones previas y la bibliografía considerada.

Según, nuestros hallazgos obtenidos en cuanto a la variable edad se ha encontrado que la edad promedio del total de la muestra de inicio sexual es a los 13 años, y la edad promedio según el área de residencia es a los 13 años en el rural y 12 años en el urbano. Dichos resultados coinciden con los hallados en investigaciones hechas fuera del país (Sagñay, 2016 y González et al., 2005); sin embargo, otros estudios discrepan con lo encontrado, teniendo que los alumnos procedentes del área urbana se inician a los 16.65 años, siendo más temprana que en área rural (Trejo,et al., 2011), en otras ciudades del Perú, la edad del inicio sexual fue entre los 15 a 17 años (Zapata y Condori, 2015) dicho autor, también afirma que las adolescentes que iniciaron las relaciones sexuales a temprana edad también se embarazaron en estas edades; y en Arequipa el inicio sexual fue entre los 14 y 15 años (Mellado y Ninacivincha, 2016; Araujo y Paco, 2014). Y respecto, a la asociación de la edad con el inicio sexual encontramos que a mayor edad, mayor es la probabilidad de iniciación sexual cuya influencia es significativa, lo cual coincide con lo hallado en nuestro país (Rodríguez, 2002) que indica que la relación entre edad e inicio sexual, es alta en la adolescencia media tanto en la zona urbana como en la zona rural.

De acuerdo a nuestros resultados podemos inferir que, actualmente hay una mayor tendencia a iniciarse sexualmente a una temprana edad, dicha tendencia puede ser explicada de acuerdo a la referencia teórica, ya que la adolescencia es una etapa del ciclo de vida que implica una serie de cambios y desafíos evolutivos a nivel emocional, físico, biológico y social; además de la definición de su identidad y la responsabilidad en la toma de decisiones (Musitu & Cava, 2003; Uribe & Orcasita, 2010); siendo también, un periodo de exploración, cuyas conductas sexuales aumentan e incluyen la autoestimulación, estimulación compartida con algún compañero, las relaciones sexuales sin coito, el desarrollo de las relaciones permanentes, el coito y la homosexualidad (Napa, 2015; Crooks & Baur, 2009); sin dejar de lado, la influencia de la cultura, momento histórico y lugar donde vive el adolescente (Zárate, 2003). Constituyéndose así el inicio temprano de la vida sexual en un factor que influye de manera importante sobre el antecedente de embarazo adolescente (González, Rojas, Hernández & Olaiz, 2005)

En relación a la variable de sexo los resultados encontrados fueron que los adolescentes varones se iniciaron sexualmente antes que las adolescentes mujeres tanto en el área rural como el urbano definiendo una relación estadísticamente significativa, tal como sostienen Sagñay (2016) y Trejo et al. (2011) en sus estudiados realizados en el extranjero, y Rodríguez (2002) en nuestro país; sin embargo, este mismo autor no encontró dicha relación en la zona rural.

En este sentido, nuestros hallazgos hacen referencia a lo que la teoría indica respecto a la disposición de los varones para iniciarse sexualmente en donde al doble estándar sexual juega un papel importante donde las expectativas de género marcan los diferentes niveles de permisividad sexual para hombres y mujeres, cuya restricción es más para estas últimas (Crooks & Baur, 2009). Por otro lado, según Sáez (citada en Solís, 2015) y Napa, (2015) el ambiente social, los medios de comunicación que difunden permanentemente mensajes y modelos sexistas con doble moral son factores que influyen a que los varones se inicien sexualmente; y de acuerdo a Napa (2015) la mujer tiene una sexualidad menos centrada en los aspectos genitales que el hombre, y valora más los aspectos de relación.

Hemos encontrado que la mayoría de adolescentes iniciados sexualmente tienen padres analfabetos seguidos de los adolescentes que tiene padres con grado de instrucción primario, demostrando la existencia de una asociación significativa entre el grado de instrucción de los padres y el inicio sexual de los adolescentes, por lo tanto existe mayor probabilidad de inicio sexual cuando los padres tienen un grado de instrucción menor. Dichos resultados son similares a los hallados en otras ciudades de nuestro país (Zapata & Condori, 2015; Napa, 2015; Rodríguez, 2002) los mismos que indican que el no tener ningún grado de instrucción constituye un riesgo para el inicio sexual y el embarazo adolescente. Lo cual podría estar explicada por la falta de conocimientos en cuanto a la sexualidad o que dichos conocimientos y percepciones constituyen temas tabú (González, Orcasita, Carrillo & Palma, 2017). Por otra parte Sagñay (2016) refiere que los adolescentes instruidos por los padres en educación sexual tiene menor frecuencia de actividad sexual, sin embargo, Trejo et al. (2011), encontraron que los adolescentes que recibieron información sobre sexualidad por parte de sus padres tuvieron mayor conocimiento pero presentaron prácticas sexuales de mayor riesgo, por tanto el autor concluye afirmando que el conocimiento no es la única herramienta que garantiza prácticas sexuales saludables en los adolescentes, lo que denota que las estrategias encaminadas a cambiar comportamientos no deben limitarse a proporcionar solo información. Mientras que Zapata & Condori (2015) afirman las conversaciones sobre sexualidad y reproducción es un factor que influye significativamente en el embarazo adolescente, porque en familias donde se conversa siempre sobre este tema la ocurrencia de embarazos es menor, sin embargo en familias donde algunas veces o nunca se conversa es mayor el número de embarazos y ocurren a temprana edad.

En cuanto al inicio sexual de los adolescentes según el área de residencia, hallamos que los evaluados que viven en el área urbana tienen una mayor frecuencia de inicio sexual en contraste con los que viven en la zona rural, siendo estadísticamente significativa dicha asociación lo que evidencia una mayor probabilidad de los que viven en zonas urbanas para iniciarse sexualmente. Estos resultados son semejantes a los encontrados por González et al.

(2005) y Rodríguez (2002). Lo cual podría estar ligado a la influencia de los medios de comunicación, las nuevas tecnologías y la propia sociedad en que viven.

Según nuestro objetivo general, el cual es determinar la influencia de la familia en la iniciación sexual de alumnos de secundaria de un colegio rural y urbano de Arequipa, se ha llegado a siguientes resultados: Se encontró que la funcionalidad familiar influye solo respecto a la comunicación familiar en la iniciación sexual de los adolescentes que viven en el área rural como urbano. No obstante, que las dimensiones de cohesión y adaptabilidad y la estructura familiar según composición, en este caso los adolescentes que viven con ambos padres (familia nuclear), con solo un parente (familia monoparental), los que viven con otros familiares y los que viven con otras personas no familiares; no influyen en la iniciación sexual de los adolescentes. Por tanto, estos hallazgos rechazan nuestra hipótesis de investigación a excepción de la comunicación familiar entre padres e hijos referidos a los niveles de problemas de comunicación.

A pesar de no establecerse una asociación significativa entre las variables de estructura familiar y funcionalidad familiar respecto a los niveles de cohesión y adaptabilidad se encontró que: la mayoría de adolescentes que viven con otras personas se inician sexualmente, seguidas de los que viven con otros familiares, a diferencia de los que provienen de familias nucleares y monoparentales siendo un porcentaje menor; respecto los niveles de cohesión se halló que la mayoría de adolescentes provienen de familias desligadas y separadas en ambas zonas de residencia lo que indica que existe una ausencia predominante de la unión afectiva y lealtad entre los miembros de la familia y una moderada interdependencia; finalmente, referente a los niveles de adaptabilidad familiar se descubrió que la mayoría de adolescentes que viven en la zona rural y urbana provienen de familias caóticas y flexibles, donde las familias caóticas se caracterizan por una ausencia de liderazgo, disciplina irregular y cambios frecuentes, sin embargo, las familias flexibles indican presencia de liderazgo, roles compartidos y facilidad de adaptación a los cambios. En relación al sistema familiar la mayoría de adolescentes de ambas áreas de residencia provienen de familias de rango medio y balanceadas lo que significa que las familias de rango medio buscan el equilibrio en los

miembros que la integran, mientras que las balanceadas son las equilibradas o funcionales de buenas relaciones.

Algunas investigaciones coinciden con nuestros resultados en cuanto a la influencia de la comunicación familiar y la iniciación sexual de los adolescentes de ambas poblaciones, en nuestro país (Rodríguez, 2002) quien indica que una actitud represiva (no se permite el diálogo) y restrictiva (solo se dialoga con los hijos varones) incrementa el inicio sexual de los escolares, mientras que una actitud permisiva disminuye el porcentaje de los iniciados sexualmente; fuera del país (González, Molina, Montero & Martínez, 2013), afirman que una variable categórica asociada al inicio sexual antes de los 15 años es la mala comunicación familiar. No obstante, los adolescentes que perciben a sus padres como emocionalmente cercanos y vigilantes tienden a comunicarse de manera abierta con ellos. Esas formas de relación y esa espontaneidad en la comunicación familiar contribuyen a la formación del sentido de eficacia en sus relaciones de afecto en el noviazgo y a sus cogniciones sobre esas relaciones (Barreda & Vargas, 2005). Por lo que se infiere que los problemas de comunicación dentro de la familia constituyen un factor de riesgo en la iniciación sexual de los adolescentes ya que la comunicación familiar según la teoría es una variable que facilita el movimiento en las otras dos dimensiones, es la que modula y cambia las interacciones entre la cohesión y la adaptabilidad. Una comunicación positiva implica las habilidades como la empatía, escucha reflexiva y comentarios de apoyo; en cambio, las habilidades negativas incluyen los dobles mensajes, dobles vínculos y críticas, resistencia a compartir, estilos de interacción negativos, selectividad y cautela en el contenido de lo que se comparte por lo que disminuye la capacidad de compartir los sentimientos y por ende restringen la movilidad del sistema familiar en las otras dimensiones (Schmidt, Maglio, Messoulam, Molina & González, 2010; Olson, Spenkle & Russel, 1985) siendo perjudicadas las funciones protectoras de la familia (Minuchin, 2004).

En cuanto a la variable de la estructura familiar según nuestros resultado, no existe una relación significativa con la iniciación sexual de los adolescentes lo cual es corroborada con los resultados hallados en el extranjero (Sagñay, 2016), en otra ciudad del Perú (Rodríguez, 2002; Zapata & Condori, 2015) estos últimos refieren que la presencia de los padres no

constituye un factor protector para el inicio de la actividad sexual y el embarazo adolescente, respectivamente.

En nuestros resultados, también, encontramos que la funcionalidad familiar referente a las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar no influye en la iniciación sexual de los estudiantes de ambas áreas de residencia. Dichos resultados son compatibles con los encontrados en investigaciones realizadas en nuestro país (Rafael, 2016; Araujo & Paco, 2014; Escudero, 2014) los cuales indican que los padres tiene poca influencia en la toma de decisiones respecto al desarrollo sexual de sus hijos, (Zapata & Condori, 2015) afirman que las relaciones con la familia no es un factor influyente en el embarazo adolescente. Sin embargo, los estudios que discrepan con nuestros hallazgos, fuera del país (Sagñay, 2016; López, Correa, García & García, 2016; Lavielle et al., 2014) y en nuestro país (Coaquira & Arroyo, 2017; Gutiérrez, 2010), exponen que existe relación entre el funcionamiento familiar y la iniciación sexual. Mellado y Ninacivincha (2016) sostienen que una disfunción familiar severa a moderada influyen en el embarazo de las adolescentes. Por lo que López, Correa, García & García (2016) concluyeron en que una sana funcionalidad familiar, particularmente la cohesión familiar, podría redituar en prevenir conductas de riesgo.

A pesar, de que la familia se constituye en un grupo primario que permite la socialización del individuo, el desarrollo del afecto y la satisfacción de necesidades sexuales, sociales, emocionales y económicas, además de ser el primer agente trasmisor de normas, valores y símbolos (Quintero, 2007) no juega un papel importante como factor protector en la determinación del inicio sexual a tempranas edades lo cual podría deberse, según la teoría a que la familia es un sistema interactivo que se encuentra inmerso en los sistemas más amplios formados por el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. (Bronfenbrenner, 1987; Arranz, 2004). En este sentido, actualmente, además, de los cambios sociales, también aparecen otros cambios en la ideología y los valores, en el rol tradicional de la mujer, lo cual lleva a una dinámica nueva en la estructura de la familia nuclear y en los nuevos tipos de familia. Ahora, el papel del hogar es sustituido por familiares, padres, nanas, vecinos, etc. (Puello, Silva & Silva, 2014) y la familia nuclear empieza a abandonar su posición de patrón

de referencia en la sociedad debido al incremento de rupturas matrimoniales (Thomas, 2013). Por su parte, Minuchin (2004) sostiene que la familia cambiará a medida que cambie la sociedad y probablemente en forma complementaria, la sociedad desarrollará estructuras extrafamiliares para adaptarse a las nuevas corrientes de pensamiento y a las nuevas realidades sociales y económicas.

Podríamos asumir que nuestros resultados contrarios a algunas investigaciones y aportes mencionados se deben al tipo de población estudiada ya que las conductas sexuales de los adolescentes varían de acuerdo a las culturas y valores propios del lugar de procedencia; al tamaño de la muestra y los instrumentos utilizados; en cuanto a los factores estudiados se tiene que el inicio sexual de los adolescentes depende de muchos factores tales como la religión, nivel de conocimiento, nivel socioeconómico, medios de comunicación, etc. Y según otros autores, baja autoestima, sensación de desesperanza, pobre rendimiento escolar y las bajas expectativas educativas (Hingson et al., 2003; McBride et al., 2003; O'Donnell et al., 2006; Lammers et al., 2000 & Steele, 1999 citadas en Crooks & Baur, 2009) (Regnerus & Luchies, 2006), la tolerancia al comportamiento antisocial y asociación con grupos de delincuentes (French & Dishion, 2003 & Rosenthal et al., 1999 citada en Crooks & Baur, 2009); exposición a un alto contenido sexual en televisión (Ashby et al., 2006 & Collins et al, 2005 citada en Crooks & Baur, 2009), y haber sido víctima de abuso sexual (molesto o violado) (Boyer & Fine, 1992 & Lammers et al., 2000 citada en Crooks & Baur, 2009).

Luego de todo lo mencionado y habiendo explicado lo ocurrido en este estudio se sugiere continuar profundizando en este tema mediante investigaciones similares considerando el inicio sexual relacionado con otros factores o profundizando aún más en relación al factor familia, así mismo se sugiere realizar mayores investigaciones en cuanto a las poblaciones rurales ya que no se dispone de material bibliográfico y antecedentes respecto a las conductas sexuales de los adolescentes. Teniendo en cuenta que el inicio sexual temprano aumenta el riesgo de múltiples efectos nocivos para la salud integral del adolescente, ya que al ser precoz y desprotegida trae consecuencias como el embarazo no deseado, la adquisición de infecciones trasmitidas sexualmente, y repercusiones ligadas al embarazo y

parto (complicaciones obstétricas y perinatales), o ligadas a la crianza del niño (deserción escolar), disminución de las posibilidades laborales, matrimonios menos estables, menores ingresos económicos, mayor frecuencia de problemas emocionales, entre otras consecuencias posibles (Napa, 2015).

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Los adolescentes que se iniciaron sexualmente tanto en el área rural como urbano provienen de hogares conformados por otras personas que no son familiares.
- SEGUNDA:** Respecto a la funcionalidad familiar de los alumnos del nivel secundario de la zona rural y urbana que se iniciaron sexualmente, tienen una cohesión familiar de tipo desligada y separada; mientras que la adaptabilidad familiar en el área rural de los adolescentes sexualmente iniciados es de tipo estructurada y flexible, y en el área urbana es de tipo flexible y caótica.
- TERCERA:** Los adolescentes del área rural iniciados sexualmente presentan problemas de comunicación con los padres entre un nivel alto a muy alto. En la zona urbana, los problemas de comunicación con los padres alcanzan entre un nivel promedio a alto.
- CUARTA:** Los adolescentes de colegios de la zona rural y urbana se inician sexualmente a una edad promedio de 12 a 13 años.
- QUINTA:** La estructura y funcionalidad familiar no influyen significativamente en el inicio sexual de los estudiantes del nivel secundario tanto en el área rural como urbano. Sin embargo, se encontró asociación entre los problemas de comunicación de los padres, el ser varón, vivir en el área urbana y la edad, lo cual incrementa la probabilidad a que un adolescente se inicie sexualmente; mientras que el grado de instrucción de los padres, al menos tener el nivel primario, disminuye la probabilidad de que los hijos se inicien sexualmente.

RECOMENDACIONES

1. Realizar futuras investigaciones que incluyan otros factores que puedan influir en la iniciación sexual de los adolescentes y una mayor muestra a fin de generalizar los resultados y tener mayor información respecto a esta problemática.
2. Establecer programas de educación sexual en la currícula escolar de todos los niveles de educación donde participen activamente los alumnos, profesores y en especial los padres de familia o apoderados, con la finalidad de educar en temas relacionados a una sexualidad responsable y saludable. Así mismo, se debe involucrar a todas las instituciones de nuestra comunidad incluidos los medios de comunicación a participar en la labor de informar y educar de manera coherente, real y sin tabúes sobre la sexualidad como tal para disminuir el incremento de conductas sexuales de riesgo.
3. Fomentar y concientizar sobre las consecuencias de una iniciación sexual precoz a través de campañas de sensibilización y prevención dirigidas a los adolescentes y padres de familia, para de esta manera disminuir los embarazos no deseados, abortos, ITS, deserción escolar y problemas socioeconómicos.
4. A través de las instituciones educativas impartir las escuelas de padres y para padres con la participación de especialistas en salud sexual y reproductiva, inteligencia emocional y salud mental con el objetivo de lograr que los padres y futuros padres manejen una adecuada información respecto a la sexualidad.
5. Establecer cambios en la estructura de la política de salud de nuestro país debido a que existen leyes que se contradicen y no tienen en cuenta la realidad actual en cuanto a las conductas sexuales de los adolescentes con la finalidad de mejorar la atención de este grupo etario.

REFERENCIAS

- Alonso, R., Campo, A., González, A., Rodríguez, B., & Medina, L. (2005). Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(5-6).
- Alvarado, J. (2015). *Educación Sexual Preventiva en Adolescentes* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Santiago-Chile. (Pág. 97-98).
- Álvarez, J. (2010). Características del desarrollo psicológico de los adolescentes. *Los adolescentes*, 28(1), 7-8.
- Andrade, P. Betancourt, D. & Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15 (1), 91-101.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Araujo, E. (2008). Comunicación padres adolescentes y estilos y estrategias de afrontamiento del estrés en escolares adolescentes de Lima. *Cultura*, 22, 227-246.
- Arenas, A. (2014). *Reunión Nacional de Evaluación de las etapas de vida adolescente y joven*. Arequipa: GERESA.
- Arenas, A. (2015). *Reunión Nacional de Evaluación de las etapas de vida adolescente y joven*. Arequipa: GERESA.
- Arenas, S. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.

- Arranz, E. (2004). *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Pearson educación.
- Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. (2005). Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Revista archivos en medicina familiar*, 7(1), 15-19.
- Balarezo, G. & Balarezo, J. (2016). Los padres de familia y la sexualidad en la adolescencia. *Revista de ciencias humanas y sociales de la Universidad Científica de Sur*, 8(1), 189-200. DOI: 10.21142/DES-0801-2016-189-200
- Barcelata, B., & Álvarez, I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 35-45.
- Barreda, F. & Vargas, E. (2005). Relaciones familiares y cogniciones románticas en la adolescencia: el papel mediador de la autoeficacia romántica. *Revista de Estudios Sociales*, 21, 27-35. ISSN 0123-885X
- Bueno, G. & Marquina, C. (2007). *Los agentes de socialización y su influencia sobre la sexualidad en los adolescentes de Arequipa* (estudio presentado en el Vice Ministerio de la Mujer). Consorcio de Investigación Económica y Social/ Centro de Estudios para el Desarrollo Regional, Arequipa-Perú.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, California: Sage
- Bronfennbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Barcelona: Paidós.
- Carrasco, E. (1998). Terapia Familiar y Psiquiatría Infantil. *Revista de Familias y Terapias*, 5(9), 31-38.

- Coleman, J. & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia* (4 ed.). Madrid: Morata.
- Coaquira, E. & Arroyo, Y. (2017). *Funcionamiento familiar y consumo de alcohol relacionado al inicio sexual en estudiantes mujeres del 3ro, 4to y 5to de secundaria de un colegio nacional en el departamento de Junín, 2016-2017* (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana Unión, Junín.
- Corsi, J. (1999). *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Corona, F. & Funes, F. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Médica Clinica las Condes*, 26(1), 74-80. DOI: 10.1016/j.rmclc.2014.12.004
- Crooks, R. & Baur, K. (2009). *Nuestra sexualidad*. México: Cengage Learning
- Delgado, A. (2008). *Nivel de conocimientos sobre sexualidad y manifestación de impulsos sexuales en adolescentes de la I.E. José Granda S.M.P., 2008* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.
- Delgado, A. & Ricapa E. (2010). Relación entre los tipos de familia y el nivel de juicio moral en un grupo de estudiantes universitarios. *Revista de Investigación en Psicología - UNMSM*, 13(2), 153-174.
- Domínguez, L. (2003). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Rev. Cubana Obstet Ginecol*, 37(3), 387-398.
- En últimos tres años aumentaron casos de embarazo en adolescentes. (2016,26 de marzo). *El Pueblo*.
- Recuperado de: <http://elpueblo.com.pe/noticia/locales/en-ultimos-tres-anos-aumentaron-casos-de-embarazo-en-adolescentes>

Escudero, L. (2014). Clima social familiar de los estudiantes del nivel secundario que iniciaron su actividad sexual. *Revista In Crescendo Ciencias de la salud*, 01(2), 509-516.

Exavery, A., Lutambi, A., Mubyazi, G., Kweka, K., Mbaruku, G. & Masania, H. (2011). Múltiples parejas sexuales y uso de preservativos entre niños de 10 a 19 años en cuatro distritos de Tanzania: ¿Qué aprendemos?. *BMC Salud Publica*, 11, 490. DOI: 10.1186 / 1471-2458-11-490

Figueroa, L. & Figueroa, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(2), 193 – 301.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2015). *Embarazo Adolescente en el Perú*. Recuperado de <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-Embarazo-Adolescente-Peru-2015.pdf>

Franco, S. (2005). *Capacitación en derechos y salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*. México: UNFPA/Equipo de apoyo técnico para América latina y El Caribe.

Freyre, E. (2004). *La sexualidad del adolescente y problemas asociados* [Trabajo de incorporación como Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina]. Universidad Nacional de San Agustín.

Gamarra, P. & Iannacone, J. (2010). Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú, 2009. *Rev. The Biologist*, 8(1), 54 -72.

- García, M., Rivera, S., Reyes, I. & Díaz, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica (RIDEPE)*, 22(2), 91-110.
- Gogná, M., Adaszko, A., Alonso, V., Binstock, G., Fernández, S., Pantelides, E....Zamberlin, N. (2005). *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas* (1 ed.). Buenos Aires: CEDES/UNICEF.
- Gallego, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 35(1), 326-345.
- Gómez, J. (1997). Aproximación a los comportamientos sexuales y de riesgo en la adolescencia. En S. Rathus, J. Nevid & L. Fichner, *Sexualidad humana* (6 ed.). (pp. 289-292). España: Pearson Prentice Hall.
- Gómez, A. (2011). *Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo, 2011* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- González, E., Montero, A., Martínez, V. Mena, P. & Varas, M. (2010). Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género, en adolescentes consultantes en un centro universitario de salud sexual y reproductiva. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 75(2), 84-90.
- González, E., Molina, T., Montero, A. & Martínez, V. (2013). Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(1), 4-13.
doi.org/10.4067/S0717-75262013000100002

González, E. et al. (2013). Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. *Rev Med Chile*, 141(3), 313-319. DOI: 10.4067/S0034-98872013000300005.

González, V., Orcasita, L., Carrillo, J. & Palma, D. (2017). Comunicación familiar y toma de decisiones en sexualidad entre ascendientes y adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 419-430. DOI: 10.11600/1692715x.1512605022016

González, C., Rojas, R., Hernández, M. & Olaiz, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Salud pública de México*, 47(3), 209-218.

Gorguet, I. (2008). *Comportamiento Sexual Humano*. Cuba: Editorial Oriente

Gutiérrez, J. (2010). *Determinación de la cohesión y adaptabilidad familiar como factores del inicio de la sexualidad en adolescentes del cercado de Arequipa* (Tesis de magister). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa.

Hernández, Á. (2005). *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve*. Bogotá: El Búho.

Huanca, J. (2000). *Nivel de conocimiento y actitud hacia la sexualidad en alumnos de 4º y 5º de sec. de C.E. Estatales* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa.

Hillis, S., Anda, R., Dube, S., Felitti, V. Marchbanks, P., Macaluso, M. & Marks, J. (2010). El Efecto Protector de los Fortalecimientos Familiares en la Infancia contra el Embarazo Adolescente y sus consecuencias psicosociales a largo plazo. *The Permanente Journal*, 14 (3), 18-27. PMC2937841.

Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. (2010). *Perú: tipos y ciclos de vida de los hogares, 2007*. INEI: Lima – Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2013). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 Departamento de Arequipa*. Lima: INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). *Estado de la Población Peruana*. Lima: INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). *Las adolescentes y su comportamiento reproductivo 2013*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2015*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Instituto para el matrimonio y la familia. (2015). *II barómetro de la familia: Estado y opinión de los adolescentes en Arequipa*. Arequipa, Perú: Universidad Católica San Pablo.

Issler, J. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra VI a Medicina*, 107, 11-23.

Johnson, C. & Dorval, J. (2001). *Las transiciones hacia la adolescencia*. Spina Bifida Association.

Lavielle, P., Jiménez, F., Vásquez, A., Aguirre, M., Castillo, M. & Vega, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(1), 38-14.

- León, P., Minassian, M., Borgoño, R. & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Rev. Ped. Elec.*, 5(1), 42-51. ISSN 0718-0918
- López, A., Correa, F., García, L. y García, T. (2016). Cohesión Familiar como predictora de la conducta sexual de riesgo en jóvenes. *Uaricha, Revista de Psicología*, 13(31), 1-10.
- Macavilca, J. (2014). *Funcionamiento familiar y estilos de vida en el adolescente en la I. E. Juan de Espinoza Medrano 7082, San Juan de Miraflores* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú.
- Maguiña, T. (2015). *Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la Urbanización Buenos Aires - Nuevo Chimbote, 2012*. Universidad Católica los Ángeles Chimbote, Chimbote-Perú.
- Martín, L. & Reyes, Z. (2003). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia: Un enfoque integral de promoción de salud. *Rev. Cubana Salud Pública*, 29(2), 183-187.
- Martínez, I. & Galindez, S. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317-338.
- Martín C. (2007). Nuevas direcciones para estudios sobre familia y migraciones internacionales. *Aldea Mundo, Revista sobre fronteras e integración*, 11 (22), 55-66. ISSN 1316-6727
- Mayorga, E., Ñiquen, M., Franco, R., Rojas, E., Arango, K. & Pérez, J. (2016). Comportamiento Sexual de riesgo en escolares de secundaria de Lima Sur. *Cátedra Villarreal Psicología*, 1(1), 51-64. ISSN 2501158

Mellado, M. & Ninacivincha, S. (2016). *Funcionamiento familiar en adolescentes embarazadas servicio de Gineco-Obstetricia Hospital Goyeneche Arequipa – 2016* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa.

Mendoza, A. (1993). *El mundo familiar de los jóvenes en el Perú de hoy*. Área de comunicaciones de CEDRO: Lima-Perú.

Ministerio de Salud MINSA. (s. f.). *La salud integral: Compromiso de todos. El Modelo de Atención Integral de Salud*.

Minuchin, S. y Fishman H. (2004), *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires-Argentina: Paidós.

Minuchin, S. (1984). *Calidoscopio familiar*. Madrid: Paidós.

Musitu, G. & Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192.

Montoya, G. & Tello, C. (2016). Metamorfosis de la familia peruana. *In Crescendo. Institucional*, 7(1), 149-156.

Musitu, G., & Cava, M.J. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro.

Napa, G. (2015). *La sexualidad con responsabilidad y cuidado en la adolescencia en los conocimientos sobre sexualidad en adolescentes en una institución educativa 2014* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú.

Navarro, I., Musitu, G. & Herrero, J. (2007). *Familias y problemas, un programa especializado en intervención psicosocial*. Madrid: Ed. Síntesis.

- Olson, D., Russell, C. & Sprenkle, D. (1989). *Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families* (1ed.). EE.UU: Editorial Routledge.
- Olivera, C., Bestard, A., & Morales, I. (2016). Intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. *Tecnosalud 2016*, 78.
- Oliva, A. & Parra, A. (2004). *Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia*. En E. Arranz (Ed.), *Familia y desarrollo psicológico* (pp.96-123). Madrid: Pearson Educación.
- Orcasita, L., Uribe, A., Castellanos, L. & Gutiérrez, M. (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de Psicología*, 30(2), 371-406. ISSN 0254-9247
- Orcasita, L. & Uribe, A. (2010). La importancia del Apoyo Social en el Bienestar de los Adolescentes. *Psychologia, Avances de la disciplina*, 4(2), 69-82.
- Organización Mundial de la Salud [homepage en Internet]. (2016). *Programas y proyectos*. Ginebra. [Actualizado 2017; consultado 21 Septiembre 2017].
- Paladines, M. & Quinde, M. (2010). *Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar* [Tesis de titulación]. Universidad de Cuenca: Ecuador.
- Papalia, D., Feldman, R. & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.
- Puello, M., Silva, M. & Silva, A. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 10(2), 225-246. ISSN: 1794-9998

Quintero, Á. (2007). *Diccionario especializado en familia y género*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.

Rafael, M. (2016). *Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.

Regnerus, M., y Luchies, L. (2006). The parentchild relationship and opportunities for adolescents first sex. *Journal of Family Issues*, 27(1), 159-183.

Rivadeneira, J. & López, M. (2017). Escala de Comunicación Familiar: Validación en población adulta chilena. *Acta colombiana de psicología*, 20 (2), 116-126. DOI: 10.14718/ACP.2017.20.2.6

Rivera, R. & Cahuana, M. (2016). Influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes de Arequipa-Perú. *Actualidades en Psicología*, 30(120), 85-97.
<http://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i120.18814>

Rodríguez, A., Ruiz, D. & Soplín, R. (2014). *Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, puesto de salud I-2 Masusa Punchana*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos-Perú.

Rodríguez, C. & Luengo, T. (2003). Un análisis del concepto de familia monoparental a partir de una investigación sobre núcleos familiares monoparentales. *Pappers Revista de sociología*, 69(1), 59-82.

Rodríguez, A. (2004). *Factores que influyen en escolares para el inicio de la actividad sexual. Trujillo 2002* (Tesis de Magister). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Rodrigo, M. & Palacios, J. (Comp.). (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.

Roizblatt, A. (2006). *Terapia familiar y de pareja*. Santiago: Mediterráneo.

Sagñay, A. (2016). *La estructura y funcionalidad familiar como factor causal en el inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015* (Tesis de especialidad). Universidad de Cuenca, Ecuador.

Shutt-Aine, J., & Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. EEUU: Organización Panamericana de la Salud - OPS.

Schmidt, V., Maglio, A., Messoulam, N., Molina, M. & González, A. (2010). La Comunicación del Adolescente con Sus Padres: Construcción y validación de una escala desde un enfoque mixto. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(2), 299-311.

Sánchez-Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.

Salazar, A., Santa María, A., Solano, I., Lázaro, K., Arrollo, S., Araujo, V., Luna, D. & Echazu, C. (2007). Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú. *Revista Horizonte Médico*, 7(2), 79-85.

Sánchez, V. (2010). Conocimientos y actitudes acerca de las ITS y el VIH de los adolescentes varones en dos comunidades zonales de Chimbote-Perú, 2010. *In crescendo*, 2(1), 163-179.

Se incrementaron casos de embarazos de adolescentes en Arequipa, según Inppares. (2016, 8 de agosto). *La República*.

Recuperado de:<http://larepublica.pe/sociedad/962409-se-incrementan-casos-de-embarazos-adolescentes-en-arequipa-segun-inppares>

Singüenza, W. (2015). *Funcionamiento familiar según el modelo circunflejo de Olson* (Tesis de titulación). Universidad de Cuenca, Ecuador.

Solís, M. (2015). *Causas socio familiares que predisponen al inicio de la actividad sexual precoz en los adolescentes de la unidad educativa "Sofos"* (Tesis de especialidad). Universidad Politécnica Salesiana, Ecuador.

Tesson, G., & Youniss, J. (1995). Micro-sociology and psychological development: A sociological interpretation of Piaget's theory. En A. M. Ambert (Ed.), *Sociological studies of children*, Vol. 7, 101-126.

Teva, I., Ramiro, M., Bermúdez, M. & Buela, G. (2012). Análisis de la conducta sexual de adolescentes peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 29(2), 184-192.

Torres O. (2012). *Impacto del factor económico en la relación México-Estados Unidos* [Ensayo].

Tueros, R. (2004). *Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con el rendimiento académico* (Tesis de maestría inédita). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Tulloch, T. & Kaufman, M. (2013). Sexualidad del adolescente. *Pediatr Rev*, 34(1), 29-37.
DOI: 10.1542/pir.34-1-29

Trejo, P., Moreno, P., Macías, M., Valdez, G., Mollinedo, F., Lugo, L. & Araujo R. (2011). Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. Área Académica Ciencias de

la Salud. Universidad Autónoma de Zacatecas. *Revista cubana de enfermería*, 27(4), 273-280. ISSN 0864-0319

Valencia E. (2010). *FACES III: Escala de cohesión y Adaptabilidad familiar (Recopilación)*. Lima - Perú: Gabinete de psicometría UNMSM.

Valdés, A. (2007). *Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar*. Bogotá: Manual Moderno S.A.

Velázquez, S. (2013). *Sexualidad Responsable*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Viveros, E. & Arias, L. (2006). *Dinámicas internas de las familias con jefatura femenina y menores de edad en conflicto con la ley penal: Características interaccionales*. Medellín: Fondo Editorial Fundación Universitaria Luis Amigó.

Zapata, F. & Condori, A. (2015). *Influencia de factores familiares y sociales en el embarazo adolescente en el hospital regional Manuel Núñez butrón puno 2015* [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa.

Zárate, I. (2003). *Factores psicosociales familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria de Lima cercado* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.

ANEXOS

INTRUMENTOS UTILIZADOS:

- **FACES III- ESCALA DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR**
- **ESCALA DE COMUNICACIÓN DE PADRES E HIJOS- PACS**
- **CUESTINARIO SOBRE INICIO SEXUAL- CISEX**
- **FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**
- **MATRIZ DE RESULTADOS**

CUESTIONARIO PARA ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

Institución educativa en que estudia: _____

Año que cursa: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Lugar de nacimiento: _____

Religión: _____ Cuántas personas viven con Usted: _____

El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer algunos aspectos de la vida de los escolares adolescentes. Por favor responder en **FORMA INDIVIDUAL Y ANÓNIMA**.

Un grupo de preguntas se refiere a la familia con que Usted vive bajo el mismo techo; otro grupo de preguntas tiene relación directa con Usted.

Lea cada pregunta y marque su respuesta eligiendo entre las alternativas que se le presentan. Recuerde que no hay respuesta correcta ni incorrecta.

Responda por favor del modo más sincero posible, esto es muy importante.

Si ninguna alternativa corresponde a su caso marque la respuesta que más se parezca a su situación. Si tiene alguna duda o dificultad en alguna pregunta levante la mano y las personas que están aplicando el cuestionario le ayudaran.

RECUERDE MARCAR SÓLO UNA RESPUESTA POR CADA PREGUNTA.

1. ¿Con quienes vive usted?

Con ambos padres: _____ Solo uno de los padres: _____

Padres, tíos, abuelos y otros: _____ Padrinos u otros: _____

2. Señale usted el número de habitaciones que tiene su casa: _____

3. El agua que consumen en su casa proviene de:

Caño colectivo: _____ Instalación dentro de casa: _____ Camión cisterna: _____

4. En mi hogar usamos: baño propio: _____ baño común: _____ baño público: _____

5. De que material esta hecho la mayor parte de su casa:

Ladrillo: _____ Adobe o quincha: _____ Madera: _____ Estera: _____

6. Como se halla ubicada su casa:

Es independiente: _____ Está en un edificio: _____ En un callejón: _____

En un solar o una quinta: _____

7. ¿Cuántas personas en su familia salen de casa para trabajar?

2 o más personas adultas: _____ Solo una persona mayor: _____

Solo personas menores: _____ Solo yo: _____

8. ¿Con que frecuencia su familia pasa apuros económicos?

Rara vez: _____ Cada 15 días: _____ Cada semana: _____ Todos los días: _____

9. ¿Qué grado de instrucción tienen sus padres o apoderados?

Analfabetos: _____ Primaria: _____ Secundaria: _____ Superior: _____

10. En mi familia el consumo de alcohol entre sus miembros es permitido:

Nunca: _____ Algunas veces: _____ Muchas veces: _____ Siempre: _____

11. En mi hogar hay problemas por el uso de alcohol:

Nunca: _____ Algunas veces: _____ Muchas veces: _____ Siempre: _____

ESCALA DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III)

A continuación va encontrar una serie de afirmaciones acerca de cómo son las familias, ninguna de dichas frases es falsa o verdadera, pues varía de familia en familia. Por eso Ud. Encontrará cinco (5) posibilidades de respuesta para cada pregunta.

- Casi Nunca.....(1)
- Una que otra vez.....(2)
- A veces.....(3)
- Con frecuencia.....(4)
- Casi siempre.....(5)

Le pedimos a Ud. que se sirva leer con detenimiento cada una de las proposiciones y contestar a ellas sinceramente marcando con una (X) la alternativa que según Ud. refleja cómo vive en su familia.

Por ejemplo:

	Casi Nunca (1)	Una que otra vez (2)	A veces (3)	Con frecuencia (4)	Casi siempre (5)
Nuestra familia hace cosas juntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Casi Nunca (1)	Una que otra vez (2)	A veces (3)	Con frecuencia (4)	Casi siempre (5)
1. Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.	<input type="checkbox"/>				
2. En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos	<input type="checkbox"/>				
3. Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene	<input type="checkbox"/>				
4. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina	<input type="checkbox"/>				
5. Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia inmediata	<input type="checkbox"/>				
6. Diferentes personas de las familias actúan con ella como líderes.	<input type="checkbox"/>				
7. Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a la familia.	<input type="checkbox"/>				
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de realizar los quehaceres.	<input type="checkbox"/>				
9. A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.	<input type="checkbox"/>				
10. Padres(s) e hijos(s) discuten juntos a las sanciones.	<input type="checkbox"/>				
11. Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos de otros.	<input type="checkbox"/>				
12. Los hijos toman decisiones en la familia.	<input type="checkbox"/>				
13. Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.	<input type="checkbox"/>				
14. Las reglas cambian en nuestra familia.	<input type="checkbox"/>				
15. Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.	<input type="checkbox"/>				
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.	<input type="checkbox"/>				

17. Los miembros de la familia se consultan entre si sus decisiones.	<input type="checkbox"/>				
18. Es difícil identificar quien es o quiénes son los líderes en nuestra familia.	<input type="checkbox"/>				
19. La unión familiar es muy importante.	<input type="checkbox"/>				
20. Es difícil decir quien se encarga de cuales labores del hogar	<input type="checkbox"/>				

Pase a las siguientes afirmaciones y responda:

CUESTIONARIO PACS

A continuación encontrarás una lista de frases que describen la relación que mantienes con TU madre y con TU padre. Piensa en qué grado cada una de ellas describe la relación que mantienes con ellos y **rodea con un círculo** la puntuación que mejor puede aplicarse a cada afirmación. Recuerda que no existen respuestas buenas o malas, lo importante es que reflejen tu opinión personal.

1 Nunca	2 Pocas veces	3 Algunas veces	4 Muchas veces	5 Siempre
------------	------------------	--------------------	-------------------	--------------

		MI MADRE					MI PADRE				
1	Puedo hablarle acerca de lo que pienso sin sentirme mal o incómodo/a	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	Suelo creerme lo que me dice	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	Me presta atención cuando le hablo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	No me atrevo a pedirle lo que deseo o quiero	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	Me dice cosas que me hacen daño	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	Puede saber cómo me siento sin preguntármelo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	Nos llevamos bien	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8	Si tuviese problemas podría contárselos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9	Le demuestro con facilidad afecto	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	Cuando estoy enojado, le hablo mal	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11	Tengo mucho cuidado con lo que le digo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12	Le digo cosas que le hacen daño	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13	Cuando le hago preguntas, me responde mal	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14	Intenta comprender mi punto de vista	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	Hay temas de los que prefiero no hablarle	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16	Pienso que es fácil hablarle de los problemas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17	Puedo expresarle mis verdaderos sentimientos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18	Intenta ofenderme cuando se enoja conmigo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19	Cuando hablamos me pongo de mal humor	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20	No creo que pueda decirle cómo me siento realmente en determinadas situaciones	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

CISEX

Coloque la edad que usted tenía donde corresponda:

1. ¿A qué edad empezó usted a hacer preguntas sobre sexo?_____
2. ¿A qué edad notó cambios en su voz?_____
3. ¿A qué edad empezó usted a hablar sobre temas sexuales?_____
4. ¿A qué edad se masturbo por primera vez?_____
5. ¿A qué edad sintió atracción por alguien?_____
6. ¿A qué edad inicio sus juegos o caricias sexuales?_____
7. ¿A qué edad notó la aparición de vello en sus axilas?_____
8. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con una persona del sexo opuesto?_____
9. ¿A qué edad empezó a menstruar?(sólo para mujeres)_____
10. ¿A qué edad tuvo relación sexual con una persona de su mismo sexo?_____
11. ¿A qué edad eyaculó por primera vez mientras dormía? (sólo para varones)_____
12. ¿A qué edad tuvo su primer enamorado o enamorada?_____

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

MATRIZ DE RESULTADOS - DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

CODIGO	SEXO	AREA DE RESIDENCIA	AÑO QUE CURSA	EDAD	RELIGION	CON QUIENES VIVE	N° DE HABITACIONES	AGUA QUE CONSUME PROVIENE	EN MI HOGAR SE USA	MATERIAL DE SU CASA	UBICACIÓN DE SU CASA	PERSONAS QUE TRABAJAN	APUROS ECONOMICOS
01	1	1	2	13	2	3	6	2	1	1	1	2	1
02	1	1	2	12	0	1	7	2	1	1	1	1	1
03	1	1	1	12	2	1	3	1	2	1	1	1	3
04	0	1	1	13	0	1	5	2	2	1	1	1	1
05	1	1	1	12	1	1	4	2	1	1	1	2	1
06	1	1	1	12	1	1	4	2	2	1	1	1	1
07	1	1	1	14	0	1	5	2	1	1	1	1	1
08	1	1	1	13	0	1	6	2	1	1	1	1	1
09	1	1	1	13	1	2	6	2	1	1	2	1	1
10	0	1	1	13	2	1	4	1	2	1	1	1	1
11	0	1	1	12	2	2	4	1	2	1	1	2	1
12	1	1	1	14	2	1	7	2	1	1	1	1	1
13	1	1	1	12	2	1	5	2	2	1	1	1	2
14	0	1	1	13	1	2	2	2	1	1	1	2	1
15	0	1	1	13	2	1	3	1	2	1	1	1	2
16	1	1	1	14	2	1	5	2	1	1	1	1	1
17	1	1	1	12	0	2	8	2	1	2	1	2	3
18	1	1	1	12	1	1	3	2	1	1	1	1	1
19	0	1	1	13	1	1	3	2	1	1	1	1	1
20	1	1	1	12	1	2	1	1	1	1	1	2	1
21	1	1	1	13	2	1	6	2	2	1	1	1	1
22	1	1	1	13	2	3	12	2	1	1	1	1	1
23	0	1	1	12	2	2	4	3	1	1	3	1	1
24	1	1	1	13	2	1	10	2	1	1	1	1	1
25	1	1	1	12	2	1	3	2	1	1	1	1	1
26	0	1	1	13	2	1	3	1	1	1	1	1	3
27	0	1	2	14	1	3	2	1	1	1	1	2	1
28	1	1	2	13	2	1	4	1	1	1	1	1	1
29	0	1	2	13	2	3	3	2	2	1	3	2	1
30	0	1	2	13	1	1	13	2	2	1	1	1	1
31	0	1	2	13	2	1	3	2	1	1	1	1	1
32	0	1	2	13	2	1	5	2	1	1	2	1	1
33	0	1	2	13	2	1	3	1	1	1	3	1	1
34	0	1	4	15	1	1	5	2	1	1	1	1	1
35	0	1	4	16	2	1	3	2	1	1	3	1	1

36	0	1	4	16	2	2	3	1	1	1	1	1	1
37	0	1	4	15	2	2	6	2	2	1	1	2	3
38	1	1	4	16	1	2	5	1	2	1	1	1	1
39	1	1	4	17	2	2	6	1	3	1	1	1	1
40	1	1	4	15	2	3	5	2	2	1	1	1	1
41	0	1	4	16	1	1	5	2	1	2	3	1	2
42	0	1	2	16	2	2	2	1	2	1	1	2	3
43	1	1	2	14	2	2	2	3	1	2	1	2	1
44	1	1	2	13	1	1	6	2	1	1	2	1	2
45	0	1	3	13	2	1	8	2	2	1	1	1	1
46	0	1	2	13	2	1	5	2	2	1	1	1	2
47	0	1	4	15	2	2	3	2	1	1	1	2	2
48	0	1	2	13	2	1	8	2	1	1	1	1	1
49	0	1	2	13	1	1	9	2	3	1	1	1	1
50	0	1	2	13	2	3	8	2	2	1	1	1	1
51	0	1	2	13	2	3	5	2	2	1	1	1	1
52	0	1	2	14	2	3	10	2	2	1	1	1	1
53	1	1	2	13	2	1	10	2	1	1	1	1	1
54	1	1	2	13	2	2	3	2	1	1	2	2	1
55	1	1	2	15	0	2	5	2	2	1	1	1	1
56	1	1	2	14	1	2	4	1	1	1	1	1	1
57	1	1	2	13	2	2	15	2	1	1	4	1	1
58	1	1	2	14	2	3	3	2	2	1	3	1	1
59	1	1	4	16	2	1	5	2	1	1	1	2	1
60	1	1	2	13	2	3	4	2	2	1	1	1	1
61	1	1	2	13	2	1	4	2	2	1	1	1	1
62	1	1	2	13	2	3	9	2	2	1	1	1	1
63	1	1	2	14	2	2	3	2	2	1	1	2	1
64	0	1	4	15	1	1	5	2	1	1	4	1	1
65	0	1	4	15	1	1	6	2	1	1	2	1	1
66	1	1	4	15	2	2	6	1	2	1	1	1	1
67	0	1	4	15	2	3	6	2	1	1	3	1	2
68	0	1	4	16	1	2	2	1	2	1	1	1	2
69	0	1	4	15	2	1	2	1	3	1	1	2	2
70	1	1	4	15	2	2	2	1	2	1	1	1	2
71	0	1	4	16	2	1	2	1	1	1	1	1	1
72	1	1	2	13	2	1	7	2	2	1	1	2	1
73	0	1	2	14	2	3	9	2	2	1	1	3	4
74	1	1	2	13	2	1	5	1	3	1	1	1	1

75	0	1	2	14	2	1	8	2	1	1	1	2	1
76	1	1	5	17	2	1	4	2	1	1	1	1	1
77	1	1	5	17	2	1	3	3	1	1	1	1	3
78	1	1	5	16	2	2	4	1	2	1	1	1	1
79	0	1	5	16	2	1	6	2	1	1	1	2	3
80	0	1	5	17	2	3	5	2	2	1	2	1	3
81	0	1	5	17	2	4	7	2	1	2	1	2	1
82	0	1	5	16	2	3	5	2	2	1	1	1	1
83	0	1	5	17	1	1	2	3	2	1	3	2	1
84	0	1	5	16	2	4	3	2	2	2	1	2	2
85	0	1	4	15	2	1	6	1	1	1	1	1	1
86	1	1	2	14	0	1	7	2	1	1	1	1	1
87	1	1	2	13	2	1	5	2	1	1	1	1	1
88	1	1	2	13	1	2	5	1	2	1	1	1	1
89	0	1	2	13	2	1	4	2	2	1	1	1	1
90	1	1	2	14	1	1	10	1	2	1	1	1	1
91	1	1	2	13	2	1	4	2	2	1	3	1	3
92	1	1	2	14	2	1	3	2	1	1	1	1	1
93	0	1	2	13	0	2	5	2	2	1	1	1	3
94	1	1	2	14	2	3	9	2	2	1	1	1	1
95	0	1	2	13	2	1	7	2	2	1	1	1	1
96	1	1	2	13	1	1	7	2	1	1	4	1	1
97	1	1	2	14	2	1	4	1	2	1	1	1	1
98	1	1	3	15	2	1	5	2	1	1	1	1	1
99	0	1	3	14	2	1	7	2	2	1	1	1	2
100	1	1	3	14	0	1	3	2	1	1	1	1	1
101	1	1	3	15	1	1	7	2	1	1	1	1	1
102	0	1	3	14	2	1	8	2	2	1	1	2	2
103	1	1	3	15	2	2	1	2	1	1	3	1	1
104	1	1	3	15	2	2	5	2	1	1	1	1	1
105	1	1	3	16	2	1	11	2	1	1	4	1	3
106	1	1	3	16	0	1	2	2	1	1	1	1	1
107	1	1	3	14	2	2	4	2	1	1	1	2	1
108	1	1	3	15	2	1	4	2	1	1	1	1	1
109	0	1	3	16	2	1	3	2	2	1	1	1	1
110	1	1	3	16	2	2	4	2	1	1	1	1	2
111	0	1	3	14	2	2	2	2	1	1	3	2	1
112	1	1	3	15	2	1	14	2	1	1	1	1	1
113	0	1	3	14	2	2	35	2	1	1	1	1	1

114	1	1	3	14	2	3	6	2	1	1	1	2	1
115	0	1	3	16	2	3	5	2	1	1	1	2	1
116	0	1	3	14	2	2	6	2	1	2	1	1	4
117	1	1	3	14	1	1	5	2	3	1	1	1	1
118	0	1	3	14	0	2	4	2	1	1	1	1	1
119	1	1	3	15	2	3	8	2	1	1	1	1	2
120	0	1	3	14	1	2	8	2	1	1	1	2	1
121	0	1	3	14	2	1	4	2	1	1	1	1	1
122	1	1	3	16	2	2	3	2	1	3	1	2	2
123	0	1	3	14	2	2	4	2	2	1	1	1	1
124	1	1	3	16	0	4	4	2	2	1	1	1	2
125	0	1	3	16	2	3	7	1	2	1	1	2	4
126	0	1	3	14	2	1	7	2	1	1	2	1	1
127	0	1	3	14	2	1	3	2	2	1	1	1	1
128	1	1	3	15	2	1	4	2	1	1	1	2	1
129	1	1	3	15	0	1	4	1	1	1	1	1	1
130	1	1	3	15	0	1	4	2	1	1	1	2	1
131	0	1	3	15	0	1	5	2	1	1	1	2	1
132	0	1	5	16	1	1	6	2	1	1	1	1	1
133	1	1	5	15	0	1	9	2	1	1	1	1	1
134	0	1	5	17	1	1	3	2	1	1	1	2	3
135	0	1	5	16	1	1	5	2	3	1	1	1	1
136	1	1	5	16	1	1	6	1	1	1	1	2	2
137	0	1	5	16	2	3	5	2	1	1	1	1	3
138	0	1	5	16	1	2	4	2	1	1	1	2	1
139	0	1	5	16	2	1	3	1	2	1	1	3	1
140	1	1	5	16	2	1	2	1	3	1	1	1	1
141	0	1	5	16	1	2	3	2	2	1	1	1	1
142	0	1	5	16	2	2	1	2	2	1	1	2	1
143	0	1	5	17	2	1	4	2	2	1	1	1	1
144	1	1	5	17	2	1	5	1	1	1	1	1	1
145	1	1	5	17	2	2	4	1	1	1	1	2	1
146	1	1	5	17	2	1	10	2	2	1	1	1	2
147	1	1	5	17	2	2	2	2	2	1	1	2	2
148	1	1	5	17	1	2	3	2	1	1	1	2	2
149	0	1	5	16	2	2	7	2	2	1	1	2	1
150	1	1	3	13	0	2	5	2	2	1	1	1	1
151	0	1	3	16	2	1	5	2	2	1	1	1	1
152	0	1	3	14	2	1	2	2	2	1	1	1	1

153	0	1	3	14	2	1	2	2	1	1	1	1	1
154	0	1	3	14	2	2	1	1	1	1	1	1	2
155	0	1	3	14	2	3	10	2	1	1	2	1	1
156	1	1	3	15	2	3	6	1	3	1	1	1	1
157	0	1	3	15	2	1	6	2	2	1	1	1	4
158	1	1	1	12	1	1	15	2	1	1	1	1	1
159	1	1	1	13	2	1	7	1	1	1	1	1	1
160	1	1	1	12	2	2	3	1	2	1	1	1	4
161	1	1	1	12	2	3	5	2	1	1	2	1	4
162	1	1	5	15	0	2	5	2	1	4	1	2	1
163	0	1	5	17	2	2	4	1	1	1	1	1	1
164	0	1	5	17	2	4	7	2	2	1	3	4	1
165	1	1	1	12	2	1	7	2	1	1	1	1	3
166	0	1	1	13	2	2	3	2	2	1	1	2	1
167	0	1	1	12	2	2	2	2	2	1	2	2	2
168	1	1	1	13	2	2	4	2	2	1	1	2	1
169	1	1	1	13	2	3	4	2	1	1	2	1	1
170	0	1	1	12	2	2	6	2	1	1	2	1	2
171	0	1	1	12	2	1	6	2	1	1	1	1	1
172	0	1	1	12	1	1	7	2	1	1	1	1	1
173	0	1	1	13	2	3	11	2	2	1	1	1	3
174	1	1	1	13	2	1	5	2	1	1	1	1	1
175	0	1	1	12	2	2	5	2	2	1	1	1	1
176	0	1	1	13	0	4	7	2	2	1	1	1	1
177	0	1	1	14	2	2	1	2	2	2	1	2	1
178	1	1	1	14	1	4	1	1	1	4	1	1	4
179	0	1	1	12	1	1	4	2	2	3	3	2	4
180	1	1	1	13	0	1	10	1	1	1	1	1	2
181	1	1	1	12	2	3	10	2	2	1	1	1	1
182	1	1	1	12	2	2	4	2	2	1	1	2	1
183	1	1	1	13	2	1	2	2	2	1	1	1	1
184	0	1	3	14	2	1	5	2	1	1	1	1	1
185	1	1	3	14	0	1	1	1	2	4	2	1	1
186	1	1	3	14	1	1	10	1	1	1	1	1	1
187	0	1	3	14	2	3	13	2	1	1	1	1	1
188	1	1	3	15	0	1	5	2	2	1	3	2	1
189	1	1	3	13	2	2	3	1	2	1	4	1	1
190	0	1	2	14	2	3	8	2	1	1	1	2	3
191	0	1	3	16	1	3	11	1	2	1	1	1	1

192	0	1	3	14	2	1	5	2	2	1	3	1	1
193	0	1	3	14	0	2	9	2	2	1	1	1	1
194	1	1	2	12	2	1	7	2	1	1	1	1	1
195	1	1	4	15	0	1	5	2	2	1	1	3	1
196	0	1	4	15	2	3	5	1	1	1	1	1	1
197	1	1	4	17	1	2	3	2	2	1	1	1	1
198	1	1	4	17	2	1	6	1	1	2	1	1	1
199	1	1	4	17	0	2	2	2	1	1	1	2	3
200	1	1	4	17	2	1	5	2	1	1	1	2	1
201	1	1	4	17	0	2	4	2	1	1	1	1	2
202	0	1	4	16	2	2	3	2	1	1	1	1	1
203	0	1	4	16	2	1	2	2	1	1	1	1	1
204	0	1	4	16	1	2	2	2	1	1	1	2	1
205	0	1	4	16	2	2	4	2	1	1	1	1	4
206	0	1	4	15	2	1	6	2	1	1	1	1	1
207	0	1	4	14	2	2	3	2	2	1	1	2	1
208	0	1	4	15	1	3	3	2	1	1	1	1	4
209	1	1	4	16	2	2	3	2	1	1	1	1	1
210	0	1	4	16	2	2	2	2	1	1	3	2	3
211	1	1	4	15	2	1	3	3	1	3	1	2	2
212	0	1	5	17	0	2	4	2	1	1	1	1	2
213	0	1	5	16	0	2	3	2	2	1	2	2	1
214	1	1	5	16	2	1	2	2	2	1	1	2	1
215	0	1	5	16	0	1	3	2	2	1	1	1	2
216	1	1	5	17	1	1	4	1	1	1	1	2	3
217	1	1	5	16	1	3	6	1	1	1	1	1	1
01	1	0	3	13	0	1	1	1	2	2	1	1	3
02	1	0	3	13	2	1	6	2	1	1	1	2	1
03	1	0	3	17	2	1	3	2	1	2	1	1	1
04	0	0	3	14	2	1	3	1	1	2	1	1	2
05	1	0	3	16	2	2	5	2	1	2	1	1	2
06	0	0	3	14	2	1	8	1	1	1	1	1	1
07	1	0	3	15	2	1	6	1	1	2	1	1	1
08	0	0	3	15	2	1	1	2	2	2	1	1	1
09	1	0	3	15	2	2	3	2	1	1	1	2	2
10	0	0	3	16	2	2	5	2	1	2	1	1	1
11	1	0	3	17	2	2	3	2	1	2	3	1	1
12	1	0	3	14	2	1	2	2	1	1	1	1	1
13	0	0	3	15	2	2	2	2	1	1	1	2	1

14	0	0	3	14	2	3	4	2	1	2	1	1	1
15	0	0	3	14	2	1	5	2	2	2	1	1	1
16	0	0	3	14	2	1	5	2	2	2	1	1	1
17	0	0	3	14	2	1	6	1	2	2	1	1	1
18	1	0	3	14	2	1	4	2	1	1	1	1	1
19	1	0	3	15	2	1	2	2	1	2	1	1	1
20	1	0	3	14	0	1	4	1	1	1	1	2	1
21	1	0	3	14	0	1	6	1	1	1	1	2	1
22	0	0	1	12	2	1	3	2	1	1	1	1	1
23	0	0	1	12	1	2	4	1	2	2	1	1	1
24	0	0	1	13	0	1	2	1	3	2	1	1	1
25	0	0	1	14	2	1	7	1	1	2	1	1	1
26	0	0	1	12	2	1	2	2	1	2	1	1	1
27	0	0	1	12	0	2	12	2	1	1	1	2	1
28	0	0	1	12	2	1	6	2	1	1	1	1	1
29	0	0	1	12	2	1	6	2	1	1	1	1	1
30	1	0	1	13	2	1	1	1	2	2	1	2	1
31	1	0	1	12	2	2	2	1	2	2	1	2	1
32	0	0	1	12	2	3	5	2	1	1	1	1	1
33	0	0	1	13	2	1	5	1	1	2	1	1	1
34	0	0	1	12	2	1	3	1	1	2	1	1	1
35	0	0	1	12	2	1	3	1	2	2	1	1	1
36	1	0	1	13	2	1	4	2	2	1	1	1	1
37	1	0	1	12	0	2	6	1	2	2	1	2	1
38	1	0	1	12	2	2	4	2	2	1	4	2	1
39	1	0	1	12	2	2	2	1	1	1	1	1	1
40	0	0	1	12	2	1	2	2	1	1	1	1	1
41	0	0	5	16	1	3	2	2	1	2	3	4	1
42	0	0	1	12	2	3	6	2	2	1	1	1	1
43	0	0	5	17	2	2	1	2	3	2	4	1	1
44	0	0	5	16	1	2	6	2	1	2	1	2	2
45	1	0	5	16	0	3	4	2	1	1	1	1	1
46	0	0	5	16	2	1	4	2	1	1	1	1	1
47	0	0	5	16	1	1	6	2	1	1	1	2	1
48	0	0	5	17	2	2	2	2	1	1	1	2	2
49	1	0	5	16	2	1	5	2	1	1	1	1	1
50	1	0	5	17	0	1	1	2	2	2	1	2	3
51	0	0	5	16	2	1	2	2	2	2	4	2	1
52	1	0	5	16	2	1	12	2	1	1	1	1	1

53	0	0	5	16	2	2	1	2	2	2	1	2	1
54	1	0	5	17	2	2	6	2	2	1	1	2	1
55	0	0	5	17	2	4	1	2	1	1	1	2	3
56	0	0	5	17	2	1	5	1	1	2	1	1	3
57	0	0	5	17	0	1	20	2	1	1	1	1	1
58	0	0	5	17	2	2	3	2	2	1	1	1	3
59	0	0	5	16	2	2	2	2	2	2	1	2	2
60	0	0	5	16	2	1	5	2	1	1	1	1	1
61	0	0	4	15	2	2	5	2	1	2	1	1	1
62	0	0	4	16	0	4	5	2	1	1	1	4	1
63	0	0	4	16	0	2	3	2	1	2	1	1	1
64	0	0	4	15	2	4	2	1	1	2	1	3	1
65	0	0	4	15	2	1	3	2	2	1	1	1	4
66	0	0	4	15	2	2	5	2	2	1	1	1	1
67	0	0	4	15	2	1	3	2	2	1	1	1	1
68	0	0	4	16	2	2	1	2	1	1	1	1	1
69	0	0	4	15	2	4	4	2	2	1	2	4	1
70	1	0	4	15	1	2	1	2	1	1	1	2	1
71	0	0	4	15	2	1	5	2	1	2	1	1	1
72	0	0	4	16	2	1	3	2	1	2	1	2	1
73	0	0	4	15	2	3	6	2	1	2	1	3	1
74	1	0	4	16	2	1	5	2	1	1	1	1	1
75	0	0	4	15	1	2	2	2	2	1	1	1	2
76	0	0	4	16	2	2	3	2	1	1	1	2	1
77	0	0	4	15	2	1	2	2	1	2	1	1	1
78	1	0	4	15	2	2	7	2	2	2	1	1	1
79	1	0	4	16	2	1	7	1	1	2	3	1	1
80	1	0	4	14	2	2	2	2	1	2	1	1	1
81	1	0	4	15	2	1	5	2	1	1	1	2	1
82	1	0	1	14	0	1	3	1	3	2	3	1	1
83	1	0	1	13	0	1	4	1	3	2	3	2	4
84	0	0	1	16	2	1	3	1	2	2	1	3	1
85	1	0	1	13	2	1	2	2	2	2	2	2	3
86	0	0	1	12	1	2	3	2	1	1	1	1	1
87	1	0	1	13	1	2	3	2	2	2	1	1	3
88	1	0	1	13	0	2	3	2	1	1	3	2	4
89	0	0	1	12	2	1	4	2	1	1	1	2	1
90	0	0	1	13	2	1	2	1	1	2	1	2	3
91	1	0	1	13	0	3	3	2	2	2	1	1	1

92	1	0	1	12	2	1	10	2	2	1	1	1	1
93	0	0	1	12	2	2	1	2	2	2	3	2	1
94	0	0	1	13	0	1	4	2	1	1	3	1	1
95	0	0	1	14	0	3	6	1	2	2	3	4	1
96	0	0	1	13	1	1	6	2	2	2	3	1	4
97	1	0	1	14	2	1	3	2	2	1	1	2	3
98	1	0	1	13	2	2	7	2	1	1	1	1	1
99	0	0	1	12	2	1	2	2	1	1	1	1	3
100	1	0	1	12	1	1	2	2	1	2	1	2	4
101	0	0	1	12	2	2	5	1	2	1	1	2	1
102	1	0	4	16	2	1	6	1	2	2	3	1	3
103	0	0	4	15	2	2	4	2	1	1	1	2	1
104	1	0	4	17	2	3	4	2	1	2	1	2	1
105	1	0	4	15	2	1	3	2	1	2	1	1	1
106	0	0	4	15	2	1	4	2	1	2	1	2	1
107	0	0	4	16	2	4	4	2	1	1	3	1	1
108	1	0	4	15	2	2	3	2	1	1	1	2	1
109	1	0	4	16	2	2	3	2	1	2	1	1	1
110	1	0	4	14	2	1	10	1	1	1	1	1	1
111	0	0	4	15	2	2	3	2	1	1	1	2	1
112	0	0	4	16	0	2	4	2	1	2	1	2	1
113	0	0	4	15	2	1	4	2	2	1	1	1	1
114	0	0	4	15	2	1	4	2	1	1	1	1	1
115	0	0	4	15	2	1	8	2	1	1	1	2	1
116	0	0	4	15	0	1	3	2	1	1	1	1	1
117	1	0	4	15	2	3	3	2	1	1	1	1	1
118	1	0	4	16	2	1	6	2	2	1	1	1	1
119	0	0	4	15	2	1	2	2	1	1	1	1	1
120	1	0	4	15	0	3	10	2	1	1	1	1	1
121	0	0	4	15	2	1	3	2	2	1	1	1	1
122	0	0	4	15	2	1	3	2	1	1	1	1	1
123	0	0	4	16	2	1	2	1	1	1	1	1	1
124	1	0	4	16	2	2	4	2	1	2	1	2	1
125	1	0	4	16	2	1	3	1	1	1	2	1	1
126	0	0	4	15	2	2	2	2	2	3	1	1	1
127	1	0	1	12	2	1	2	1	1	2	1	1	1
128	1	0	1	12	2	1	10	2	1	1	1	1	1
129	1	0	1	12	0	4	4	2	1	2	3	1	1
130	0	0	4	15	2	3	4	2	1	1	1	1	1

131	0	0	4	16	2	2	3	2	1	2	1	1	1
132	1	0	4	15	2	1	5	2	2	3	1	1	1
133	1	0	4	16	2	2	4	2	2	2	1	2	1
134	1	0	4	16	2	1	4	2	1	2	1	1	4
135	1	0	3	17	2	1	3	2	1	2	1	1	1
136	1	0	3	15	2	1	6	1	1	2	1	1	1
137	1	0	3	14	2	1	2	2	1	1	1	1	1
138	0	0	3	15	2	2	2	2	1	1	1	2	1
139	0	0	3	14	2	1	5	2	2	2	1	1	1
140	0	0	1	12	1	2	4	1	2	2	1	1	1
141	0	0	1	12	2	1	6	2	1	1	1	1	1
142	0	0	1	13	2	1	5	1	1	2	1	1	1
143	0	0	1	12	2	3	6	2	2	1	1	1	1
144	1	0	5	16	2	1	5	2	1	1	1	1	1
145	1	0	5	17	2	2	6	2	2	1	1	2	1
146	0	0	5	16	2	1	5	2	1	1	1	1	1
147	0	0	4	16	0	4	5	2	1	1	1	1	4
148	0	0	4	15	2	1	3	2	2	1	1	1	4
149	0	0	4	16	2	1	3	2	1	2	1	2	1
150	1	0	4	16	2	1	7	1	1	2	3	1	1
151	0	0	1	12	1	2	3	2	1	1	1	1	1
152	1	0	1	13	0	3	3	2	2	2	1	1	1
153	0	0	1	13	1	1	6	2	2	2	3	1	4
154	0	0	4	15	2	2	4	2	1	1	1	2	1
155	1	0	4	14	2	1	10	1	1	1	1	1	1
156	0	0	4	15	2	1	4	2	2	1	1	1	1
157	1	0	4	16	2	1	6	2	2	1	1	1	1
158	0	0	4	15	2	1	3	2	1	1	1	1	1
159	1	0	1	12	2	1	2	1	1	2	1	1	1

MATRIZ DE RESULTADOS - CISEX														
GRADO INSTRUCCIÓN DE PADRES O APOD.	CONSUMO DE ALCOHOL	PROBLEMAS POR USO DE ALCOHOL	PREG. SEXO	CAMBIO VOZ	HABLAR TEM. SEX.	MASTURBO	ATRACCION	JUEGOS SEX.	VELLOS AXILAS	REL.SEX.≠ sexo	MESTRUAR	REL.SEX.=se xo	EYACULO	ENAMORAD O(A)
4	2	1					11							13
3	1	1	10	12	12		12							12
3	2	1	12	11					12					10
4	2	2									13			
3	2	2		11			9							12
4	1	1		11			8		12					
3	2	1	14	12	13				13				11	
3	2	1	10	11	10	11	9	10		11			10	11
2	1	1	10	12	13		13						12	
3	2	2	11	10	12		12		11		12			
3	2	1		11	11		12		11		12			
3	2	1	12	9	12		7	7						7
3	2	1		11										
4	2	2		12					11		10			8
3	1	1		12			11		11		12			
3	2	1	11	13	11	13	12	12	13				13	11
4	1	1		10	12		9						11	7
4	2	1		12		12	12		12					11
4	2	1	10	9			8							
3	2	2	10	11	11	11	10		12				10	11
4	2	1	10	11	12	5			13				13	11
4	1	1		13									12	
3	1	1	12	11	12				12					
4	2	1		12			13		12				13	13
4	2	1	12	12	12		12		12				12	11
3	2	1	10	9			8				11			
3	1	1		13	12		12		13		12			
2	2	1	13	13	13		9						13	10
3	1	1	12	12	12		11		12		11			
3	2	2	11	12	12		12		12		10			12
3	2	1	12	12	13	9	8	10	11		10			
3	2	1	12	13	13		12		13		12			11
4	1	1	11	12	12		12				12			
3	1	1	13		12		12		11		10			13
3	2	1	16	15	16		13		15		15			14

2	2	2	15	13	15	16	12	13	15	16				12
2	2	2	14	13	14		13		15		14			14
3	2	1	14	14	14	14	15	15	16	16			14	15
3	2	1	13		13	15	13	16		15			14	14
3	2	1	13	13	14		10	15	14	15			13	10
3	4	3	8	13	2	14	4	11	14	15	15	15		8
1	2	2	14	13	14	13	11		14		13			
3	2	1	13	13	13		13		13					13
3	2	2	13	13	13	13	13	13	13	13		13	13	13
3	2	1	12	13	13		13		13		12			
4	2	2	13	11	13		12		13		11			
3	1	1	13	12	14	15	13	15	13	15	12			12
4	2	2	12	12					13		12			
3	1	1	12	12	12		11	12	10	12	11			12
3	2	1	12		12		12		13		12			13
3	2	2	12	13	12		11		13		11			11
3	3	2		11			10				11			13
4	1	1		12			10							10
3	1	1	8	9	12				12					11
3	1	1	11	12	11		9	13	14	12			14	11
4	2	1	10	13	10	14	13	14	14				13	8
3	1	1	11	12	11	12	11	13	13				11	11
4	2	1	8	11	10	12	5	12	12				12	5
3	2	1	14	12	13		13	13	12	15			15	14
3	2	1	11	12			12		12					
3	2	2	10	10	12	12	10		12					
3	1	1	11	11	13	12	13	13	13				13	12
3	2	1	14	12	13		11							9
3	2	1	15	15	15		11	15	12		12			15
4	1	1	13	14							14			
4	2	1	12	12	12		14		14	15			12	13
3	2	4		14			9	14	14	15	11			14
3	3	1	13	12			14		13		13			14
3	1	1		14			13		14		12			
3	1	4		13	13		11		14				14	
3	2	2	12	13	12		10	12	14		13			14
3	2	2	13	13	12		11							12
3	2	3	14	12	13	12	12		12		11			12
4	2	2	10	12	10	13	9	9	13		12	12		9

4	1	1	13	12	13		12							12
3	1	1	15	13	12		14		13					15
3	2	1	13	15	15		11	16	17					12
3	2	2	12	13	14		11	13	12	13			13	13
3	2	2	14	13	14		15	15	16		15			15
2	2	1	14	14	13		15	16	14		14			15
4	2	2		13	13				14		13			
3	1	1		13	15		15		14		14			
2	1	1	12		12		13		13		12			15
4	1	1	14	13	15		14		14		12			15
2	2	2	12	14	12		14	15	14		14			15
3	2	1	13	12		14	11	14	10					14
4	2	1	10	11	12	12	9	13	13				12	10
2	2	2	9	10	8	11	12	12	13	13				10
3	2	1	13	13	13		13		13					
4	1	1	10	11	10	8	8	8	13	13				10
4	2	1		12					12					
3	2	2	12	12	13		11		12		12			12
3	2	1					12		12		12			
4	2	1	11	13	13	12	8	14	12	14				11
3	1	1	13	11	13		10				10			10
3	1	1	12	13			11	11						11
3	2	2	9	13	10	13	12	10	11	14				14
3	2	1	12	13	12		13		14					14
3	1	1		10			10	11	12		12			5
4	2	2	13	12	14		14							14
3	2	2	13	13	13		10	13						11
3	1	1		10	11		10	12	13		12			13
3	2	1	13	13	13	12	13		14					14
4	1	1	13	12	13		12	14	14	15				10
4	1	1		12	15	14	15	15	14	16				14
3	2	2		12		14	6	8	14	14				13
3	2	1		13			11		14					12
3	1	1	13	12	14	12	10		13	7				8
4	2	1		13	14		14		13		13			14
3	2	2	14	13	14		13	14	14	15				13
3	1	2	14	14	14		13				11			
4	2	1	13	12	15	12	15	14	12	12				9
4	4	2					13							11

3	2	1	13	12	11		13		12						
3	2	1	13	14	14		13		12		12	10			13
4	1	1		13			10		12		11				14
3	1	1		12	13	12		14		14					
3	1	1	12	13	12		13		14		12				13
3	2	1	14	14	14	15	13	14	14	15			14	13	
3	1	1	13	12	13		10	13	13		12				12
4	1	1	13	12	12		13		13		11				14
3	2	1	11	13	12	15	7	14		14					14
4	2	1	12	13	12		12		12		12				
4	2	1	11	12	11	11	8	11	12	14			12	9	
3	1	1	14	15	15				14		13				
3	2	1	13	11	13		13	13	13		11				14
4	1	1	13	10	13	13	11	14	11		13				11
3	2	1	12	13	13		12	13	14						14
3	2	1	13	14	14		12		15				13	12	
3	1	1	12	13	12		12	15	12						
3	1	1	13	11	13		13	14	13		11				13
2	1	1	11	10	9		11	12	15		12				12
3	2	2	12	13	12		11	15	15				11	11	
3	1	1	12	13	12		12		12		11				14
2	1	1	12	12	12		12	14	14		14				14
3	1	1	13	14	14		14	13	15				12	14	
4	2	1	16	12	15		11		13		13				13
3	2	1	7	12	11	12	11	12	11		12				15
3	2	1	5	14	9		13	15	16		13				13
1	2	2	13	15	13		16	16		16					16
3	2	2	13	13	13				13		12				
2	2	2	12	13	13		8	15	15		12				15
4	1	1	9		12	10	9	14	13	14	10				9
4	2	1		15	15		15	14	15						14
3	2	1	13	12	14	16	15	16	14	16			15	13	
2	2	1	15	16	15		6	17	16			16	16	15	
3	1	1	14	15	15		14		15						15
3	1	1		12			11								17
3	2	2	11	12	13		14	15	14		12				10
3	1	1	12	12	12				12						

3	2	2		14	8		12		15		14		14
3	2	2		12			10						
3	2	1	13	12	13		10		12				14
4	2	1	14	13	12		12	14	12		13		12
4	2	2	12	13	12		13	13	13		12		12
3	1	1		14			14	14	14				
4	2	2	12	13	14		8		14		14		10
4	1	1	11	11	12		11	12				12	11
4	2	2	10	11	12		12					11	
4	2	2	10	10	11	12	8	11	12				13
4	2	1	10	11	12		11					11	
4	2	1	12	11	12		11	12	12	12		12	12
3	2	2	16	13	16		12	15	15		12		12
4	2	1	11	10	13		9	14	12		12		16
4	3	1	12				11						
4	1	1	9	10	9		8		12		12		
3	2	1	9	10	9		9		11		11		
4	2	1	11	10	11		13						
3	2	2	6	13	7	7		9	12	13			8
3	1	1	12	12	12		12				11		
3	1	1		10		11	11				12		
3	1	1		9		11	11				12		
3	2	1	12	11	10	12	10	13	11		11		10
4	1	1	8	10	10	11	11	13	13	13		11	12
2	2	1	11	10	10	10	9		11		11		
4	2	2	7	10	9	12	13	10	12		9		12
3	1	1					11	13			12		8
1	2	1	10	10	10		8	10	10	10		10	10
3	2	1		11									
3	1	1		11	12		12		11				
3	2	1	11	11	12		10	12	11				10
3	2	1	11	10	12		11		12				11
3	2	1		10									
3	2	2	10	13	13		12		13		13		14
4	1	1	12	13	13		8	13	12			11	
3	2	1	12	14	14		8		14			11	8
3	2	1					13		13				14
3	1	1	13	14	13	13	13	13	13	13	8		12
3	3	2	5	8	5	4	13	12	11			12	10

3	2	1		13	14			9		14	13	14		14
3	1	1	15	14	15		11		13		12			6
3	2	1	13	12	13			13						
4	1	1	12	13	13	11	11		12		11			
4	2	1				11	11							12
3	2	2	14	13	14		11	13	13	14				13
3	1	1	15	15	15		14		14		13			14
3	2	1	15	13	15		14	16	14	16		16	15	14
4	1	1	11	13	10	13	10	15	16	16				15
2	2	1	13	14	14		16		14					16
2	1	1	15	14	15		15	15	16			15	14	15
3	2	2	15	16	15	15	16	15	15					16
3	1	1	16	14	15		13		13		11			13
2	2	1	16	15	16		14		16		13			15
3	1	1	15				14				14			
3	2	1	13	12	11		12		11	13	12			12
3	2	2	12	13	13		14		13		12			13
4	2	2		14			14				13			13
3	1	1	15	14	15	13	14	14			13			13
4	2	2	11	13			14		15					
3	1	1	6	12	15		15	16	15		11			14
3	1	1	12	12	12		10		12			12		
3	2	2					10		13		12			16
4	1	1	12		12		13	16	16	15	15			12
3	2	2	10	11	9		5	7	9	10			10	10
3	2	2		13			12		14		12			
2	2	2	11	12	15	13	11	12	15	12				12
3	2	2	12	13	11	14	11	13	14	14			13	12
3	2	2	13	13	12		12						13	13
4	1	1												
2	1	1	15	15	16		13	16	15					15
4	2	1	13	13	13		11		13					11
3	1	1	12	15	14	15	13	13	16				11	13
4	2	1		13					13		13			
2	2	1	14		14		12							14
3	1	1	14	14		13	15		13		12			
3	1	1	11		13		12		13		10			14
3	2	2	14	13	14		13	16	13	16				15
2	2	2		15	14		15	16	16	16				

4	1	1	12	13	13		12	13	13				13	13
4	2	1		14		11	15		15		11			15
4	2	1	12	14			12		13		11			13
2	2	1	14	12	14		11		12		13			11
3	1	1	14	13	14		11		12		12			11
3	1	1	14	12	14	13	14	14	14		14			14
4	1	1	12	13	12	13	12	12	14	13			12	12
3	1	1	10	11	10	12				14				
3	1	1	14	13	14	14	14	14	14					13
2	1	1	14	13	14	13	14	14	14				14	14
4	1	1	10	11	11		11		11					
3	2	2	10	11	11		11		11					
4	1	1	10	9	11	8	4	5	13					12
4	2	2	3	11			12							11
3	2	1	3	10										
3	1	1			12		12				12			
3	1	1	3	10			11				12			
3	2	2			12		12							
3	1	1	10	11	13	13	12	13	13				12	13
4	2	1					11	12	11					11
4	2	1	10	9	11		11							
3	2	1	13		13									
3	2	1	12		12									
2	2	1	10	11	10				11		12			12
2	1	1		12			13		13					
2	2	2		12			12	12						
4	1	1		11	12		12	11	12					12
4	2	1		12	12	11	11							12
4	1	1	9	10	11		10							
2	1	2	11	14	15		13	13	14		13			13
4	1	1		12			12	12						12
2	2	1	15	16	16		12		13		13			13
4	2	1	13	12	14	16	12	15	13	15	11			12
3	2	1	14	13	14		15	14	15	14				13
3	2	1	14	14	15		15	14	14				14	13
2	1	1	15	14	14		13	15	14	15	14			14
3	2	1	13	13	12		8	14	14		12			13
4	1	1	11	14	11		10						12	13
2	2	1	14	13	14	14	15	15	15	16			14	15

3	2	1	14	14	14	13	13	14	12	15	11			14
4	2	1	13	12	13	14	12		15					15
3	1	1	11	12	13		10	13	13	15	11			13
1	2	2	12	14	12	15	12	12	12	13		16	13	15
4	2	2	14	14	15		15		14	15	14			15
2	1	1	12	11	14		14	13	12		11			13
3	1	1	8	10	13		15	16	16		11			16
2	2	2	16	14	15		15	15	13	17	13			15
3	2	1	15	15	15		13		15		14			14
4	1	1	11	12	11	11	11	13	12		13			12
3	1	1	14	14	15		14		15		14			14
3	1	1	12	13	11	11	14	14	16	17		12	15	13
3	1	1	14	13	14		14		15		12			15
2	1	2	12	13	14		15		10		13			14
3	2	2	15	13	11		12	14	12		12			13
4	1	1	13	14	12		12	14	13		12			
3	1	1	13	13	13		13	14	13		12	12		14
3	1	2	15	13	15		15		13		12			15
4	1	1	12	13	13		13	13	14	12	11	12		13
4	1	1	12	14	12		12		14				14	
4	1	1		13	14		14		13		13			15
3	1	1		13	13		14		13		10			14
4	2	1		14	14		13		14		13			14
2	1	1		14			15		14					15
4	2	2	14	13		14	13						14	15
4	1	1		13			12	14			14			15
4	2	1		12			13	14	13		10			14
1	1	1	10	14	15	14	10	15	15				15	14
3	1	1	11	12	12		12		14				13	14
3	1	1		14	13		13	13	13					10
4	1	1		14	15	15	12	12	15	15				10
3	3	2	10	14	8		11	7	9	5		14	15	13
3	1	1	5	13	13			11	12	12			12	12
4	1	1	6	9	12	12	13		13		12			
3	1	1		15	13	14	14	5	10	8				
2	2	2	12	10	12	12	12							
3	1	1	11	13	11									
3	1	1												
2	2	1		12							10			

2	1	1	6	13	13	12	13	13							
3	2	1	12	11	13		9	12							12
3	2	1	11		11		11	11							
2	1	1	12	12	12		10					12			
2	1	1		12					12		12				10
1	2	1					12								
2	1	1	12	12	12		10		12		12				12
3	2	1		12			13								14
3	1	1	13	11	13		12		11	13		11	13		10
1	1	1	11						12						
2	1	1	12	10	12		12		10						11
4	2	2	10	11	12		12	10	11						12
3	1	1	16	16			16		14						
4	2	1	12	14	11				14		12				
4	2	1	16	15	17		14		16						16
4	2	1	11	15	13		6	13							12
3	2	2	14	15	13		13		12		13				14
3	2	2	16	13	16		15	16	13		12				11
2	1	1	14	13	16		15		16		13				
3	2	1	13	14	13		11	13	13						11
3	1	1	14	14	14		13	14	14						14
4	2	1	14	14					14		13				
2	2	1	15	14	15		16		13		13				
4	2	2		13	14		12	14		4	12				13
4	1	1	13	14	13		12		15		12				12
2	2	2	13	12			12		12		13				13
4	2	2		14			12		13		12				12
4	2	2	13	13	13	14	12	14	14	14					14
4	2	2	8	14	10		13		13						12
4	2	1		11			12		11		13				12
4	2	1	13	14	15		11		14						13
3	2	1			14		13		14		12				
4	1	1		13			12		14		15				12
4	2	1		14			12		14		11				12
4	1	1							14						10
3	2	2	11	14	11	12	10	11	14	12					14
4	2	1	15		15		13		13		12				13
2	2	1	11	12			12		12						
4	1	1		12	11				11						

2	2	2		12			10	11	11					
4	4	4	13	13	14		13		14		13			14
3	2	1					14				14			14
3	1	1	10				10	15	15					14
2	2	2	12	6			13	5	13				12	12
3	1	1		15			15		14					
2	1	1	15	15	16		13	16	15					15
2	2	1	14		14		12							14
4	1	1	12	13	13		12	13	13				13	13
4	2	1		14		11	15		15		11			15
3	1	1	14	13	14		11		12		12			11
3	2	2	10	11	11		11		11					
3	2	2			12		12							
3	2	1	13		13									
4	1	1		12			12	12						12
4	1	1	11	14	11		10						12	13
1	2	2	12	14	12	15	12	12	12	13		16	13	15
4	1	1	11	12	11	11	11	13	12		13			12
3	1	1	15	15	15		16		16		14			16
3	2	2	15	13	11		12	14	12		12			13
3	1	1		13	13		14		13		10			14
3	1	1	11	12	12		12		14				13	14
2	2	2	12	10	12	12	12							
3	2	1	12	11	13		9	12						12
2	1	1	12	12	12		10		12		12			12
4	2	1	12	14	11				14		12			
3	1	1	14	14	14		13	14	14				14	13
4	2	2		13	14		12	14		4	12			13
4	2	2	8	14	10		13		13				12	
4	1	1		13			12		14		15			12
2	2	1	11	12			12		12					

INICIO SEXUAL	MATRIZ DE RESULTADOS - PACS								MATRIZ DE RESULTADOS - FACES III				
	COMUN. ABIERTA MADRE	COMUN. ABIERTA MADRE	COMUN. ABIERTA PADRE	COMUN. ABIERTA PADRE	PROB. DE COMUN. MADRE	PROB. DE COMUN. MADRE	PROB. DE COMUN. PADRE	PROB. DE COMUN. PADRE	COHESION	COHESION	ADAPTABILIDAD	ADAPTABILIDAD	SISTEMA FAMILIAR
0	21	1	15	1	12	1	19	1	12	1	10	4	3
0	36	3	36	4	20	5	20	5	38	3	28	2	1
0	31	2	31	3	27	3	30	4	35	2	28	2	1
0	15	1	12	1	20	5	19	1	15	1	24	3	2
0	33	2	32	3	19	1	19	1	38	3	22	3	1
0	29	2	34	3	20	5	23	2	39	3	28	2	1
0	28	1	30	3	25	3	25	3	36	2	26	2	1
1	29	2	34	3	21	2	22	2	36	2	32	1	2
0	33	2			21	2			40	3	24	3	1
0	37	3	30	3	23	2	23	2	33	2	20	3	1
0	38	3	30	3	25	3	27	3	34	2	23	3	1
0	40	4	34	3	19	1	18	1	37	2	29	2	1
0	23	1	28	2	25	3	25	3	33	2	19	4	2
0	16	1	41	4	18	1	26	3	26	1	26	2	2
0	34	3	32	3	20	5	18	1	36	2	20	3	1
0	27	1	36	4	22	2	17	1	34	2	29	2	1
0	38	3	36	4	22	2	19	1	36	2	22	3	1
0	38	3	37	4	17	1	23	2	42	3	24	3	1
0	45	5	40	4	27	3	29	4	44	4	26	2	2
0	46	5			22	2			47	4	40	1	3
0	15	1	14	1	20	5	21	2	15	1	18	4	3
0	40	4	33	3	19	1	20	5	40	3	27	2	1
0	32	2	34	3	22	2	26	3	38	3	23	3	1
0	38	3	37	4	16	1	15	1	31	1	23	3	2
0	29	2	32	3	16	1	17	1	30	1	22	3	2
0	27	1	28	2	29	4	27	3	46	4	28	2	2
0			32	3			19	1	36	2	28	2	1
0	37	3	41	4	16	1	15	1	36	2	32	1	2
0	42	4	35	3	27	3	26	3	37	2	29	2	1
0	39	3	32	3	21	2	23	2	32	2	32	1	2
0	28	1	23	1	26	3	24	3	28	1	33	1	3
0	28	1	30	3	30	4	31	5	34	2	22	3	1
0	42	4	42	5	24	3	25	3	42	3	25	2	1
0	40	4	39	4	26	3	25	3	37	2	25	2	1
0	25	1	22	1	22	2	24	3	34	2	32	1	2

1	29	2			30	4			22	1	18	4	3
0	20	1	20	1	25	3	25	3	16	1	18	4	3
1	29	2	29	2	25	3	21	2	30	1	29	2	2
1	42	4			22	2			40	3	25	2	1
1	40	4	32	3	32	5	30	4	33	2	28	2	1
1	25	1	17	1	26	3	27	3	31	1	28	2	2
0	41	4			34	5			34	2	25	2	1
0	44	4			17	1			34	2	31	1	2
1	46	5	46	5	25	3	25	3	29	1	19	4	3
0	36	3	30	3	22	2	26	3	29	1	26	2	2
0	38	3	26	2	25	3	26	3	29	1	24	3	2
1	46	5	14	1	24	3	36	5	26	1	13	4	3
0	40	4	38	4	26	3	26	3	36	2	23	3	1
1	22	1	22	1	20	5	24	3	40	3	35	1	2
0	30	2	41	4	27	3	29	4	38	3	23	3	1
0	33	2	29	2	16	1	18	1	32	2	27	2	1
0	46	5	34	3	15	1	21	2	36	2	24	3	1
0	23	1	23	1	14	1	14	1	28	1	26	2	2
0	33	2	19	1	24	3	27	3	40	3	23	3	1
1	37	3	32	3	14	1	17	1	26	1	24	3	2
0	38	3			27	3			25	1	32	1	3
0	42	4	36	4	19	1	19	1	36	2	30	1	2
0	34	3	36	4	21	2	22	2	38	3	33	1	2
1	28	1	29	2	31	5	31	5	31	1	36	1	3
0	40	4	37	4	20	5	20	5	41	3	33	1	2
0	40	4	32	3	39	5	34	5	44	4	31	1	3
0	34	3	34	3	25	3	25	3	33	2	30	1	2
0	29	2			29	4			39	3	21	3	1
0	22	1	16	1	26	3	25	3	38	3	25	2	1
0	23	1	21	1	19	1	14	1	29	1	21	3	2
1	35	3	37	4	22	2	24	3	39	3	28	2	1
1	21	1	22	1	21	2	18	1	27	1	29	2	2
0	32	2	15	1	24	3	34	5	33	2	26	2	1
0	33	2	23	1	30	4	29	4	34	2	22	3	1
0	46	5	42	5	25	3	17	1	41	3	39	1	2
0	38	3	20	1	28	4	24	3	40	3	21	3	1
0	29	2	30	3	26	3	28	4	29	1	20	3	2

0	24	1	24	1	30	4	32	5	24	1	26	2	2
1	34	3	32	3	31	5	28	4	35	2	31	1	2
0	34	3	21	1	31	5	35	5	31	1	20	3	2
0	40	4	35	3	25	3	24	3	38	3	26	2	1
0	34	3	35	3	32	5	31	5	40	3	35	1	2
1	31	2	31	3	20	5	20	5	28	1	28	2	2
0	26	1	21	1	22	2	17	1	45	4	34	1	3
0	31	2			19	1			24	1	26	2	2
0	37	3	34	3	35	5	37	5	41	3	41	1	2
0	37	3	36	4	19	1	19	1	38	3	35	1	2
0	29	2	29	2	26	3	26	3	44	4	21	3	2
0	24	1	18	1	30	4	33	5	21	1	23	3	2
0	35	3	20	1	25	3	26	3	36	2	27	2	1
0	24	1	11	1	24	3	26	3	19	1	15	4	3
0	38	3	33	3	21	2	19	1	38	3	22	3	1
1	31	2	32	3	30	4	31	5	25	1	34	1	3
0	36	3	32	3	24	3	20	5	32	2	32	1	2
1	37	3	35	3	36	5	27	3	37	2	34	1	2
0	31	2	28	2	21	2	19	1	39	3	24	3	1
0	24	1	24	1	18	1	19	1	36	2	28	2	1
0	28	1	19	1	25	3	19	1	21	1	17	4	3
1	40	4	32	3	24	3	29	4	33	2	25	2	1
0	36	3	36	4	21	2	22	2	33	2	24	3	1
0	39	3	40	4	29	4	29	4	44	4	42	1	3
1	33	2	27	2	25	3	29	4	39	3	26	2	1
0	29	2	25	2	25	3	23	2	27	1	21	3	2
0	14	1	18	1	22	2	22	2	24	1	21	3	2
0	33	2	27	2	24	3	22	2	36	2	26	2	1
0	25	1	25	2	14	1	16	1	32	2	26	2	1
0	21	1	31	3	22	2	21	2	16	1	15	4	3
0	27	1			25	3			28	1	25	2	2
1			35	3			19	1	33	2	33	1	2
1	28	1	34	3	33	5	30	4	35	2	27	2	1
1	28	1	30	3	29	4	30	4	26	1	32	1	3
0	37	3			25	3			44	4	29	2	2
1	27	1	31	3	23	2	21	2	35	2	22	3	1
0	27	1	27	2	33	5	34	5	28	1	29	2	2
1	33	2	23	1	25	3	26	3	29	1	25	2	2
0			28	2			25	3	44	4	29	2	2

1	39	3	34	3	35	5	35	5	34	2	25	2	1
0	23	1	28	2	42	5	39	5	23	1	19	4	3
0	35	3	33	3	24	3	24	3	36	2	30	1	2
1	29	2	36	4	29	4	27	3	36	2	34	1	2
0	23	1			16	1			34	2	35	1	2
0	37	3	38	4	23	2	24	3	41	3	32	1	2
0	44	4			20	5			29	1	16	4	3
1	28	1	33	3	27	3	28	4	32	2	30	1	2
0	39	3	28	2	20	5	20	5	37	2	26	2	1
0	28	1	29	2	28	4	29	4	41	3	33	1	2
1	39	3	36	4	18	1	18	1	19	1	15	4	3
0	44	4	44	5	19	1	16	1	35	2	33	1	2
1	31	2	30	3	19	1	19	1	34	2	28	2	1
0	35	3	35	3	27	3	29	4	45	4	32	1	3
0	37	3	35	3	30	4	30	4	37	2	29	2	1
0	33	2	29	2	25	3	24	3	36	2	29	2	1
0	28	1	28	2	31	5	29	4	29	1	24	3	2
0	34	3	30	3	23	2	21	2	37	2	29	2	1
0	37	3	20	1	26	3	17	1	31	1	23	3	2
0	25	1	28	2	22	2	20	5	29	1	29	2	2
0	39	3	38	4	27	3	27	3	39	3	26	2	1
0	42	4	24	1	21	2	21	2	38	3	24	3	1
0	34	3	33	3	34	5	33	5	28	1	21	3	2
0	39	3	26	2	24	3	28	4	26	1	28	2	2
0	35	3	39	4	29	4	29	4	36	2	30	1	2
0	38	3	24	1	26	3	30	4	38	3	36	1	2
0	37	3	33	3	23	2	23	2	37	2	34	1	2
0	44	4	42	5	17	1	18	1	26	1	23	3	2
1	36	3	27	2	16	1	20	5	43	3	39	1	2
0	28	1	31	3	23	2	20	5	26	1	30	1	3
0	42	4	43	5	14	1	14	1	34	2	21	3	1
1	38	3	32	3	24	3	27	3	36	2	33	1	2
0	27	1	32	3	22	2	23	2	31	1	24	3	2
1			31	3			31	5	40	3	37	1	2
1	40	4	39	4	14	1	19	1	24	1	22	3	2
0	33	2			32	5			38	3	30	1	2
0	34	3			24	3			33	2	34	1	2
0	23	1	28	2	22	2	28	4	29	1	30	1	3
0	27	1	28	2	15	1	15	1	32	2	27	2	1

0	23	1	20	1	26	3	30	4	31	1	26	2	2
0	15	1	20	1	31	5	28	4	16	1	17	4	3
0	30	2	35	3	26	3	26	3	30	1	20	3	2
0	34	3			19	1			33	2	30	1	2
0	38	3	18	1	38	5	36	5	22	1	30	1	3
0	30	2	30	3	26	3	26	3	37	2	35	1	2
0	32	2	30	3	26	3	26	3	31	1	23	3	2
0	37	3	38	4	21	2	20	5	41	3	35	1	2
0	34	3	31	3	24	3	23	2	39	3	32	1	2
0	30	2	29	2	26	3	27	3	31	1	25	2	2
0	40	4	35	3	30	4	30	4	38	3	27	2	1
1	40	4	41	4	23	2	24	3	41	3	21	3	1
0	12	1			21	2			11	1	10	4	3
0	30	2	34	3	33	5	28	4	40	3	31	1	2
0	24	1	29	2	14	1	17	1	24	1	19	4	3
0	44	4	45	5	16	1	20	5	42	3	32	1	2
0	40	4	35	3	21	2	21	2	40	3	24	3	1
0	20	1	20	1	25	3	23	2	23	1	19	4	3
1	29	2	27	2	26	3	25	3	31	1	26	2	2
0	45	5			37	5			46	4	36	1	3
0	36	3	38	4	22	2	23	2	37	2	28	2	1
0	34	3	33	3	19	1	18	1	35	2	30	1	2
0	25	1	20	1	31	5	36	5	32	2	26	2	1
1	22	1	22	1	18	1	18	1	33	2	26	2	1
0	46	5			27	3			45	4	19	4	3
0	15	1	10	1	36	5	10	1	27	1	29	2	2
0	36	3	11	1	19	1	15	1	24	1	32	1	3
1	29	2	36	4	33	5	39	5	28	1	37	1	3
0	28	1	28	2	27	3	29	4	21	1	18	4	3
0	38	3	37	4	22	2	21	2	40	3	29	2	1
0	28	1	31	3	22	2	23	2	35	2	25	2	1
0	33	2	35	3	24	3	25	3	30	1	32	1	3
0	27	1	27	2	18	1	23	2	39	3	32	1	2
0	32	2	36	4	36	5	32	5	38	3	26	2	1
0	43	4	40	4	38	5	40	5	38	3	30	1	2
0	17	1	17	1	38	5	38	5	33	2	31	1	2
0	34	3	33	3	22	2	21	2	36	2	21	3	1
1	29	2	24	1	26	3	29	4	29	1	27	2	2
0	42	4	12	1	31	5	12	1	45	4	22	3	2

1	25	1	27	2	21	2	25	3	30	1	28	2	2
0	35	3	26	2	20	5	27	3	38	3	29	2	1
0	31	2	21	1	23	2	24	3	28	1	28	2	2
0	43	4	37	4	31	5	27	3	38	3	22	3	1
0	32	2	21	1	28	4	18	1	34	2	26	2	1
1	26	1	27	2	20	5	19	1	38	3	28	2	1
0	29	2	29	2	20	5	14	1	14	1	22	3	2
1	45	5			22	2			37	2	25	2	1
1	41	4	45	5	22	2	22	2	31	1	32	1	3
0	38	3	32	3	29	4	31	5	32	2	25	2	1
1	26	1	37	4	29	4	29	4	33	2	33	1	2
0	38	3	23	1	34	5	23	2	26	1	26	2	2
0	28	1	27	2	28	4	27	3	39	3	20	3	1
0	36	3	35	3	19	1	19	1	34	2	33	1	2
0	25	1	25	2	25	3	26	3	23	1	25	2	2
1	26	1	22	1	28	4	25	3	37	2	27	2	1
0	29	2	42	5	22	2	20	5	38	3	25	2	1
0	20	1	20	1	20	5	20	5	11	1	11	4	3
0	31	2	27	2	25	3	20	5	34	2	29	2	1
0	23	1			32	5			20	1	21	3	2
0	21	1	18	1	40	5	41	5	24	1	17	4	3
0	41	4			38	5			38	3	35	1	2
0	34	3	22	1	27	3	24	3	37	2	25	2	1
1	27	1	40	4	22	2	26	3	43	3	35	1	2
1	31	2	27	2	28	4	33	5	24	1	28	2	2
0	46	5	31	3	19	1	32	5	31	1	21	3	2
1	25	1	31	3	31	5	29	4	25	1	24	3	2
1	32	2	26	2	23	2	25	3	33	2	34	1	2
0	23	1	36	4	17	1	17	1	18	1	18	4	3
0	33	2	32	3	31	5	31	5	35	2	36	1	2
0	26	1	26	2	30	4	29	4	31	1	18	4	3
0	41	4	37	4	20	5	20	5	39	3	31	1	2
0	22	1			18	1			33	2	27	2	1
0	46	5	28	2	20	5	20	5	34	2	21	3	1
0	35	3	32	3	24	3	28	4	41	3	25	2	1
0	40	4	37	4	16	1	16	1	38	3	33	1	2
0	40	4			21	2			35	2	30	1	2
0	21	1			21	2			26	1	17	4	3
0	29	2			26	3			36	2	20	3	1

0	15	1	15	1	29	4	27	3	18	1	24	3	2
0	37	3	25	2	21	2	13	1	36	2	28	2	1
0	37	3	31	3	15	1	17	1	33	2	25	2	1
0	37	3	34	3	28	4	29	4	31	1	24	3	2
0	36	3	34	3	19	1	18	1	30	1	24	3	2
0	34	3	24	1	28	4	21	2	26	1	29	2	2
1	25	1	25	2	21	2	22	2	29	1	20	3	2
1	35	3	35	3	30	4	30	4	46	4	19	4	3
0	40	4	43	5	36	5	41	5	41	3	37	1	2
0	31	2	36	4	28	4	34	5	33	2	35	1	2
0	24	1	21	1	18	1	14	1	28	1	32	1	3
0	32	2	33	3	32	5	23	2	29	1	29	2	2
0	27	1	28	2	33	5	24	3	30	1	26	2	2
0	28	1	24	1	27	3	25	3	38	3	27	2	1
0	36	3	40	4	23	2	22	2	36	2	26	2	1
0	28	1			21	2			36	2	27	2	1
0	43	4	34	3	25	3	23	2	38	3	27	2	1
0	27	1	24	1	26	3	25	3	36	2	28	2	1
0	29	2	25	2	23	2	22	2	35	2	24	3	1
0	34	3			23	2			30	1	23	3	2
0	32	2	15	1	21	2	14	1	25	1	22	3	2
0	38	3	34	3	31	5	29	4	31	1	26	2	2
0	38	3	37	4	27	3	25	3	34	2	27	2	1
0	33	2	33	3	23	2	24	3	36	2	18	4	2
0	44	4	44	5	23	2	23	2	38	3	29	2	1
0	28	1	24	1	24	3	22	2	32	2	29	2	1
0	36	3	36	4	21	2	21	2	38	3	30	1	2
0	40	4	36	4	30	4	30	4	41	3	38	1	2
0	38	3	33	3	12	1	13	1	41	3	30	1	2
0	25	1	26	2	18	1	21	2	34	2	22	3	1
0	41	4	41	4	38	5	37	5	35	2	22	3	1
0	26	1	10	1	31	5	10	1	26	1	30	1	3
1	40	4			22	2			36	2	29	2	1
1	31	2	40	4	21	2	21	2	23	1	38	1	3
0	41	4	41	4	27	3	27	3	30	1	28	2	2
1	39	3	10	1	21	2	10	1	47	4	22	3	2
0	27	1	20	1	38	5	33	5	41	3	27	2	1
0	35	3	27	2	20	5	19	1	38	3	30	1	2
0	30	2	33	3	23	2	25	3	34	2	34	1	2

1	27	1	30	3	28	4	25	3	40	3	30	1	2
0	42	4	30	3	22	2	18	1	36	2	35	1	2
1	26	1			25	3			37	2	25	2	1
1	33	2	10	1	24	3	10	1	29	1	22	3	2
1	38	3	30	3	22	2	26	3	46	4	30	1	3
0	35	3	31	3	31	5	30	4	29	1	24	3	2
0	23	1	20	1	22	2	24	3	50	4	40	1	3
1	21	1	21	1	30	4	30	4	16	1	20	3	2
0	40	4	31	3	25	3	18	1	30	1	35	1	3
0	37	3	36	4	28	4	30	4	36	2	31	1	2
0	31	2	21	1	29	4	31	5	24	1	19	4	3
1	39	3	32	3	28	4	29	4	34	2	28	2	1
0	35	3	11	1	25	3	17	1	25	1	19	4	3
0	34	3	12	1	20	5	17	1	27	1	24	3	2
0	24	1	24	1	31	5	26	3	17	1	21	3	2
0	27	1			27	3			24	1	21	3	2
1	43	4	38	4	23	2	24	3	35	2	30	1	2
0	15	1			18	1			21	1	37	1	3
1	26	1			19	1			38	3	25	2	1
0	29	2	42	5	21	2	31	5	34	2	27	2	1
0	42	4	36	4	20	5	19	1	38	3	36	1	2
0	42	4	40	4	25	3	25	3	42	3	24	3	1
0	41	4	28	2	22	2	26	3	37	2	31	1	2
0	35	3	35	3	15	1	15	1	39	3	29	2	1
0	34	3	20	1	28	4	28	4	14	1	21	3	2
0		41	4				20	5	40	3	32	1	2
0	37	3	36	4	22	2	21	2	38	3	30	1	2
0	20	1	20	1	15	1	16	1	27	1	28	2	2
0	41	4	44	5	25	3	26	3	43	3	38	1	2
0	35	3	23	1	22	2	24	3	25	1	26	2	2
1	46	5	45	5	26	3	29	4	41	3	26	2	1
1	26	1	27	2	27	3	32	5	18	1	29	2	2
1	27	1	29	2	17	1	21	2	26	1	29	2	2
0	29	2			27	3			33	2	23	3	1
1	28	1	30	3	29	4	30	4	25	1	31	1	3
0	39	3	39	4	22	2	22	2	32	2	26	2	1
0	21	1	17	1	19	1	25	3	18	1	25	2	2
0	28	1			22	2			32	2	29	2	1
0	26	1	20	1	29	4	29	4	15	1	18	4	3

0	42	4	45	5	43	5	46	5	27	1	31	1	3
0	23	1	24	1	23	2	21	2	27	1	14	4	3
0	25	1	23	1	26	3	28	4	30	1	17	4	3
0	37	3	24	1	20	5	28	4	30	1	30	1	3
0	40	4	35	3	24	3	24	3	43	3	28	2	1
0	33	2	33	3	16	1	16	1	36	2	39	1	2
0	29	2	33	3	23	2	23	2	32	2	23	3	1
0	36	3	34	3	29	4	30	4	24	1	35	1	3
1	36	3	35	3	34	5	38	5	27	1	32	1	3
0	36	3	29	2	16	1	19	1	36	2	36	1	2
0	26	1	33	3	35	5	27	3	28	1	23	3	2
0	43	4	43	5	35	5	31	5	44	4	33	1	3
0	32	2	31	3	30	4	29	4	42	3	34	1	2
0	33	2	27	2	27	3	23	2	42	3	23	3	1
0	44	4	33	3	17	1	15	1	43	3	27	2	1
0	32	2	24	1	24	3	27	3	29	1	17	4	3
0	31	2	20	1	36	5	18	1	29	1	33	1	3
0	18	1	18	1	36	5	36	5	16	1	31	1	3
0	45	5	16	1	25	3	16	1	43	3	30	1	2
0	37	3	39	4	39	5	44	5	38	3	38	1	2
0	40	4	34	3	29	4	32	5	35	2	27	2	1
0	17	1	30	3	27	3	29	4	21	1	19	4	3
0	22	1	21	1	36	5	38	5	31	1	29	2	2
1	46	5	24	1	21	2	41	5	30	1	22	3	2
0	31	2	30	3	31	5	31	5	32	2	22	3	1
0	15	1	16	1	30	4	32	5	22	1	29	2	2
0	29	2	30	3	25	3	27	3	37	2	33	1	2
1	43	4	30	3	22	2	22	2	26	1	17	4	3
0	33	2	27	2	33	5	28	4	23	1	23	3	2
0	27	1	34	3	27	3	26	3	46	4	26	2	2
0	42	4	12	1	21	2	31	5	42	3	26	2	1
0	25	1	20	1	24	3	25	3	35	2	19	4	2
0	32	2	29	2	26	3	23	2	43	3	32	1	2
0	30	2	26	2	35	5	33	5	32	2	24	3	1
0	29	2	35	3	28	4	41	5	39	3	32	1	2
1	35	3	33	3	25	3	27	3	27	1	24	3	2
0	42	4	20	1	25	3	36	5	26	1	30	1	3
0	35	3	31	3	19	1	19	1	31	1	29	2	2
0	34	3	35	3	19	1	20	5	32	2	31	1	2

0	41	4	42	5	25	3	20	5	35	2	30	1	2
0	29	2	28	2	25	3	24	3	31	1	20	3	2
0	35	3	10	1	29	4	10	1	39	3	37	1	2
0	22	1	10	1	14	1	10	1	28	1	26	2	2
0	16	1	10	1	15	1	10	1	29	1	28	2	2
0	43	4	32	3	33	5	30	4	37	2	20	3	1
0	26	1	26	2	30	4	29	4	31	1	18	4	3
0	37	3	31	3	25	3	26	3	41	3	25	2	1
0	15	1	15	1	29	4	27	3	18	1	24	3	2
0	37	3	25	2	21	2	13	1	36	2	28	2	1
0	36	3	34	3	19	1	18	1	30	1	24	3	2
0	32	2	33	3	32	5	23	2	29	1	29	2	2
0	27	1	24	1	26	3	25	3	36	2	28	2	1
0	38	3	35	3	30	4	29	4	31	1	26	2	2
0	41	4	41	4	38	5	37	5	35	2	22	3	1
0	35	3	27	2	20	5	19	1	38	3	30	1	2
1	33	2	10	1	24	3	10	1	29	1	22	3	2
0	37	3	36	4	28	4	30	4	36	2	31	1	2
0	34	3	25	2	19	1	35	5	28	1	19	4	3
0	24	1	24	1	31	5	26	3	17	1	21	3	2
0	42	4	40	4	25	3	25	3	42	3	24	3	1
0	41	4	44	5	25	3	26	3	43	3	38	1	2
0	39	3	39	4	22	2	22	2	32	2	26	2	1
0	23	1	24	1	23	2	21	2	27	1	14	4	3
0	29	2	33	3	23	2	23	2	32	2	23	3	1
0	33	2	27	2	27	3	23	2	42	3	23	3	1
0	40	4	34	3	29	4	32	5	35	2	27	2	1
1	46	5	24	1	21	2	41	5	30	1	22	3	2
0	33	2	27	2	33	5	28	4	23	1	23	3	2
0	32	2	29	2	26	3	23	2	43	3	32	1	2
0	35	3	31	3	19	1	19	1	31	1	29	2	2

CASOS CLÍNICOS

CASO 01: PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANAMNESIS

EXAMEN MENTAL

INFORME PSICOMÉTRICO

INFORME PSICOLÓGICO

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

1. DATOS GENERALES:

Nombres y apellidos : J.L.L.P.
Edad : 10 años
Sexo : Masculino
Fecha de nacimiento : 03/03/2007
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : 5to grado de primaria
Estado civil : Soltero
Procedencia : Arequipa
Religión : Católica
Ocupación : Estudiante
Informante : Paciente y abuelita
Lugar de evaluación : Puesto de salud
Fecha de evaluación : 08/07/2017
Examinado por : Deysi Calizaya Chivigorre

2. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es derivado por el servicio de medicina porque el niño, según referencia de la abuela, está muy bajo en su aprendizaje, no obedece, no toma interés en sus estudios y extraña mucho a su madre solicitando su presencia de manera constante, emitiendo llanto constante, sueños repetidos con ella y manifestando de “cuando va a volver mi mamá”.

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

De acuerdo a la abuela, el rendimiento académico del niño empezó a bajar desde el primer grado de primaria, aproximadamente, y desde hace un año se ha vuelto más desobediente, con menos interés en sus estudios y no quiere hacer sus tareas, prefiere ver televisión o jugar con el gato.

Sin embargo, en el nivel inicial, el niño tenía un buen rendimiento, sus cuadernos eran ordenados y le gustaba hacer sus tareas, era un niño alegre y tierno. Durante esta etapa la madre siempre estuvo pendiente de él ya que también intentaba llenar el vacío que dejó el padre, quien lo abandonó apenas se enteró que la madre estuvo embarazada. Cuando el niño ingresó al primer grado, la madre estuvo internada en el hospital durante cinco meses debido a problemas en la vesícula biliar. Pese a todo, la madre falleció cuando el niño tenía seis años quedando al cuidado de la abuela.

La reacción del niño frente a la muerte de su madre, al inicio, no tuvo cambios notorios en su comportamiento, jugaba como antes, comía igual, pero algo triste y no comentaba nada al respecto y los familiares evitaban hablar de lo sucedido; sin embargo, a los días de este hecho el niño decía que había visto a su mamá en un cajón con un vestido blanco que estaba dormida y que iba a regresar, a los meses reclamaba de por qué no regresaba su madre si se había ido al cielo “debe regresar”. A los 8 a 9 años, se le encontraba a veces llorando, triste y decía, cuándo iba a regresar su mamá, y hablaba de los recuerdos con ella, cuando hacían las cosas juntos, jugaban juntos, de cuando le ayudaba en las tareas y que a veces se soñaba con la madre.

Actualmente, el niño recuerda a la madre cada vez que necesita ayuda, se muestra muy triste y prefiere estar solo. En este sentido, el niño refiere que extraña mucho a su madre y desea que vuelva para que le ayude con las tareas, para ir a jugar y dormir con ella, y entre sollozos menciona “yo la amaba mucho”. Por otro lado, refiere que no hace las tareas porque no sabe cómo hacerlas, que no las entiende, no le gusta las matemáticas ni el curso de ciencia y ambiente y porque no copia o se demora en copiar las consignas debido a que en la clase le molestan diciéndole “Lira, Lira” “tú no te bañas”; y esto le molesta, le hace enojar, le entristece y prefiere estar solo.

Así mismo, la abuela menciona que su nieto empezó a bajar en su rendimiento a partir de que su madre falleció, además de que en casa no tiene una persona que le supervise y apoye en las tareas escolares de manera constante, ya que ella estudió solo hasta tercero de primaria y

que además no ve bien. La abuelita, también refiere que trataba en lo posible de darle todo lo que necesitaba, sobreproTEGERLO y complacerlo para que no sufra por la muerte de la madre y la ausencia del padre.

Finalmente, la abuelita refiere que en la actualidad, el niño no obedece, en lugar de ello, se pone a ver televisión, a jugar con el gato, a veces incluso se burla de lo que le habla por lo que le llama la atención, le grita o le amenaza con dejarlo solo o con regalar el gato. Sin embargo, a su tía sí le obedece.

Síntomas principales: Añoranza, tristeza, llanto, aislamiento, desobediencia, irritabilidad, desgano, falta de interés por las tareas escolares.

Antecedentes clínicos: Nació con la cabeza alargada y a un costado, como mirando a la derecha, aparentemente a causa de una inadecuada posición del feto. Fue evaluado por el especialista al momento de nacer cuyos resultados fueron de un buen pronóstico ya que no afectaba a su normal funcionamiento y que para la recuperación de su tamaño y posición normal recomendaron recibir terapias de rehabilitación física yendo de la mano con una evaluación constante hasta una recuperación completa. Actualmente, el niño no presenta dichas dificultades ya que tiene una cabeza de tamaño normal y con adecuados movimientos.

A los 8 años sufrió de sinusitis, según refiere la abuela, dicho problema inicio con un resfrio común complicándose a las dos semanas, por lo que el niño fue llevado al médico, donde recibió un tratamiento farmacológico teniendo resultados positivos. Sin embargo, a partir de este momento el niño empezó a meterse el dedo en la nariz de manera frecuente ya que afirmaba que le molestaba algo. Actualmente el niño sigue metiéndose el dedo en la nariz pero con menor frecuencia, lo que aparentemente, ha influido para que el niño presente una voz nasal.

4. ANTECEDENTES PERSONALES

Periodo del desarrollo

Etapa prenatal: Se cuenta con poca información debido a que la madre falleció. Sin embargo, la abuela refiere que el embarazo fue a término y que fue su primera gestación.

Etapa natal: Parto por cesaria debido a una inadecuada posición del feto, además de que no hubo presencia de signos de trabajo de parto.

Etapa posnatal: Según la abuelita y su carnet de vacunas, nació con la cabeza alargada y como mirando para el lado derecho. Su peso al nacer fue de 3.275 gr., talla de 50 cm., puntaje apgar al 1min. fue de 8 y a los 5min. de 9.

Alimentación: Lactancia materna hasta el año de edad, complementada a partir de los 6 meses con papillas y a partir del año de edad con una alimentación completa.

La madre siempre estuvo al cuidado del niño hasta los 5 años de edad. Aparentemente, no tuvo dificultades y actualmente es un niño que come la cantidad necesaria y dieta completa.

Desarrollo psicomotor: No se cuenta con suficiente información. Sin embargo, la abuela refiere, que al parecer todo su desarrollo fue normal, porque lo vio caminar y jugar pero no recuerda las edades en que se dieron. El niño muestra dominancia de la mano derecha, realiza pinza digital sin dificultad al cortar y escribir, juega básquet, corre, etc.

Lenguaje: La abuela refiere que hasta los 3 años decía solo palabras y pedía las cosas con señales y llanto, no lograba decir frases, por lo que recibió terapia de lenguaje, sin embargo, a los 5 años hablaba casi correctamente.

Actualmente, es un niño que tiene un lenguaje claro y comprensivo, aunque tiene dificultades de pronunciación en algunas palabras como “tlabajo” observándose dificultades relacionadas con la “r” y en el tono, como que estuviera hablando con la nariz tapada (voz nasal).

Educación esfinteriana. Hábitos higiénicos.

El control de esfínter vesical e intestinal aprox. se logró a los 3 años, sin dificultades posteriores.

Actualmente, el niño realiza su aseo personal de forma independiente, es decir se baña, se lava los dientes, las manos, etc. Aunque la abuelita refiere que hay que estar recordándole algunas veces.

Sueño: La abuela refiere que por lo general ha tenido un sueño tranquilo y hasta hace 1 año dormían juntos y actualmente duerme en el mismo cuarto pero en otra cama. A veces duerme a las 11pm, porque se pone a ver televisión o porque tiene que esperar a su tía para que le ayude en sus tareas escolares. No presentó, ni presenta pesadillas ni terrores nocturnos.

Rasgos neuropáticos: A raíz de su problema de la sinusitis (a los 8 años de edad) empezó a “meterse el dedo a la nariz” frecuentemente, incluso en ocasiones, llegaba hacerse heridas. Actualmente, la frecuencia de esta conducta es menor y el niño refiere que lo hace porque siente que algo le molesta.

Etapa escolar

La abuela refiere que el niño ingresó a los 4 años al jardín, en el que aparentemente le fue bien, porque sus cuadernos eran bien cuidados, ordenados y con buenas calificaciones. A los 6 años ingresó a la primaria, el primer día no se quiso quedar y tenía ganas de llorar, pero le explicó que era para que aprenda y que tenga muchos amigos, aceptando quedarse sin tener problemas posteriores. En este primer año tuvo algunas dificultades con las matemáticas por lo que recibió clases particulares de este curso teniendo resultados positivos.

En los años siguientes tenía dificultades, mayormente, en los cursos de matemáticas y ciencia y ambiente; incluso en dos años consecutivos tuvo que dar exámenes de recuperación para poder pasar de grado. Actualmente, cursa el 5to grado, su rendimiento es bajo en los cursos de matemáticas y ciencia y ambiente, el niño no quiere hacer las tareas porque dice que no

entiende las divisiones y que se inventa las respuestas, además de que no copia las instrucciones dadas en la clase. Sin embargo, manifiesta que le gustan los cursos de comunicación y personal social en los que tiene notas entre A y B. Por otro lado, escribe bien, tiene una letra legible y comprensiva, le gusta leer historietas y cuentos.

Así mismo, el niño refiere que no logra copiar las instrucciones de las tareas debido a que sus compañeros le molestan (le dicen “lira, lira, lira” “tú no te bañas”) por lo que se enoja y se pone triste; también manifiesta que, desde que ingresó a la escuela, tenía cinco buenos amigos con los que se llevaba bien, jugaba y hacía sus tareas; sin embargo, durante este año tiene solo un amigo ya que los demás fueron cambiados de sección.

Por otra parte, la abuelita refiere que el niño usa lentes permanentes por referencia del oftalmólogo pero que a veces no quiere usarlo. Ante ello, el niño manifiesta que solo lo usa para leer y no le gusta ponerse porque tiene miedo a que le molesten y le digan “cuatro ojos”. Y que además, puede ver sin lentes las letras grandes.

Según la abuela, su nieto es un niño tranquilo, juguetón, a veces travieso, hablador, le gusta tener amigos. Desde hace un año se ha vuelto burlón, no le gusta que le llamen la atención y es celoso, no le gusta que haya otro niño en casa y no le gusta compartir sus cosas con éstos.

Desarrollo y función sexual

Aparentemente sigue su curso normal.

Antecedentes mórbidos personales

Sufrió de sinusitis a los 8 años por lo cual recibió tratamiento. Usa lentes desde este año debido a que tiene disminución de la agudeza visual.

El niño refiere que no le duele nada y a veces le molesta la nariz como que hubiera “moco” y por eso se mete los dedos.

Le gusta jugar básquet y a las carreras con otros niños de su edad durante las clases de catequesis; pero en casa juega solo, es activo e intenso en sus juegos. Juega con el gato, el perro y con sus juguetes. Prefiere las pelotas y los muñecos de superhéroes. Le gusta ver televisión hasta 5 horas diarias.

Sociabilidad

Se lleva bien con niños de su edad, es juguetón, pero en la escuela tiene frecuencia con un amigo y no le gusta hacer amigos con compañeros que le molestan; en su curso de catequesis también tiene amigos; en el barrio no los tiene porque no sale.

Se desenvuelve con confianza con los adultos, es hablador y le gusta preguntar. Además el niño refiere que le gustaba la profesora del año pasado porque le entendía y le explicaba sus dudas, pero su actual maestra es “mala” porque cuando se queja no le hace caso y le llama mucho la atención.

Reacciones afectivas

Desde muy pequeño fue sonriente, alegre, tranquilo, juguetón y hablador; actualmente, es un niño cariñoso, sentimental, alegre, tranquilo, juguetón, sociable y se emociona fácilmente con algo que le agrada, se enoja cuando se le llama la atención o no se le permite que haga lo que quiera y es desobediente.

Al recordar a su madre se pone triste, reniega, se altera con facilidad, prefiere estar solo, llora, busca recuerdos de cuando estaban juntos y refiere que extraña mucho a su mamá y que quisiera que regrese. Estas reacciones fueron aumentando conforme pasaba el tiempo ya que antes, aparentemente, no presentó cambios notorios según refiere la abuela.

5. ANTECEDENTES FAMILARES:

Composición familiar

Vive junto a la abuela materna (65 años) a quien le dice “mamá” y quien está al completo cuidado del niño, tiene dificultades en la vista debido a cataratas y no trabaja; su tía (30 años) trabaja como obrera en turnos rotativos y sus dos primos (20 y 18 años respectivamente) a

quienes le dice hermanos, son estudiantes universitarios. La madre falleció hace 4 años y el padre vive en Puno, trabaja en la Selva, tiene otra familia; y, hace tres años lo visitó en tres oportunidades y en cada uno de esas visitas le ofreció una propina.

Dinámica familiar

El niño manifiesta que quiere mucho a su abuelita, porque lo cuida, se preocupa por él y le da mucho cariño; también dice querer mucho a su primo menor, con quien juega y le ayuda, a veces, en sus tareas; sin embargo, su primo mayor es renegón y no le gusta que le agarren sus cosas; con su tía tiene una buena relación, le ayuda en las tareas, le compra juguetes, pero a veces le grita por no obedecer y dice respetarla porque ella es muy seria.

Así mismo, la abuela refiere que a la única que le obedece es a su tía y a ella no, llegando a amenazarlo con dejarlo solo o mandarle con su papá y a veces le pega en las manos. En tanto, que el niño refiere extrañar mucho a su madre y quererla más que a todos y desea que su padre viva con él o que al menos venga a verlo más seguido ya que las veces que se encontraron fue bonito y la pasó muy feliz.

Condición socioeconómica

Vive en casa de la abuela materna, la casa es de material noble y cuenta con los servicios básicos. El ingreso económico que recibe es de parte de un tío (padre de los primos) y su tía que vive con el niño, logrando cubrir sus necesidades básicas. Algunas veces, tienen problemas económicos porque no les alcanza para cubrir los servicios básicos y menos para contar con el servicio de un profesor particular que pueda ayudarle en las tareas.

La abuelita no trabaja y el padre no pasa ningún tipo de pensión, salvo las veces que vino a visitarlo, le dejó en total 300 soles.

Antecedentes familiares patológicos:

La madre del niño falleció por complicaciones postoperatorias, infección generalizada, debido a una intervención de la vesícula biliar. No se tiene otro antecedente.

6. RESUMEN

Niño de 10 años de edad, según la abuela está muy bajo en su aprendizaje, no obedece, no toma interés en sus estudios y extraña mucho a su madre.

La abuela refiere que el niño empezó a tener dificultades en la escuela desde primer grado; posteriormente, la disminución en su rendimiento fue gradual teniendo más problemas con los cursos de matemática y ciencia ambiente. Y desde hace un año se ha vuelto más desobediente, con menos interés en sus estudios y no quiere hacer sus tareas.

Mientras cursaba el primer grado, la madre falleció debido a una enfermedad. La reacción del niño frente a este hecho, al inicio, no tuvo cambios notorios en su comportamiento; sin embargo, a los días de este hecho el niño decía que había visto a su mamá en un cajón con un vestido blanco que estaba dormida y que iba a regresar, a los meses reclamaba de por qué no regresaba su madre si se había ido al cielo “debe regresar”. A los 8 a 9 años, se le encontraba a veces llorando, triste, reclamaba de cuando iba a regresar y hablaba de los recuerdos con ella. Actualmente, el niño recuerda a la madre cada vez que necesita ayuda, se muestra muy triste, prefiere estar solo, la extraña mucho y desea que vuelva para que le ayude con las tareas, para ir a jugar, dormir con ella y entre sollozos menciona “yo la amaba mucho”. Asimismo, la abuela refiere que por este motivo trató de sobreprotegerlo, dándole sus gustos y complaciéndolo en lo que deseaba para llenar el vacío que dejaron sus progenitores.

Ingresó al jardín a los cuatro años, periodo en el que sus cuadernos eran ordenados y tenía buenas calificaciones. A los 6 años ingresó a la primaria, el primer día tuvo problemas para quedarse. Refiere que no le gustan los cursos de matemáticas y ciencia y ambiente, prefiere más los cursos de comunicación y personal social en los que su notas van de regular a bueno. Y que no hace las tareas porque no las entiende, porque no copia las instrucciones en clase debido a que otros niños le molestan y le distraen por lo que se enoja, se entristece y prefiere estar solo; además de que en casa no cuenta con apoyo ni supervisión.

Proviene de un embarazo a término, parto por cesaría, nació con la cabeza alargada y con el cuello desviado hacia la derecha, por lo que recibió tratamiento logrando su total recuperación; su peso y talla fueron adecuados para la edad. Su desarrollo psicomotor aparentemente fue normal, salvo que demoró en hablar, hasta los tres años solo decía palabras, por lo que recibió terapia de lenguaje y al cabo de los 5 años ya hablaba casi correctamente; el control de esfínteres se logró a los 3 años; no presenta problemas en el sueño ni la alimentación. A los 8 años sufrió de sinusitis, y desde ese momento empezó a “meterse el dedo a la nariz”, actualmente dicha conducta se presenta con menor frecuencia.

Vive junto a su abuela materna, su tía y sus dos primos; la relación con la abuelita es muy estrecha y afectiva; la relación con el primo mayor es distante y con el menor es de confianza y juego; y con la tía es de respeto. Al padre lo vio solo por tres oportunidades.

Su condición económica es baja, algunas veces no llegan a cubrir el costo de sus necesidades básicas y vive en una casa de material noble que cuenta con los servicios básicos.

Es un niño tranquilo, juguetón, algunas veces travieso, le gusta hacer amigos, hablador, alegre y sentimental; se enoja cuando le llaman mucho la atención o cuando le molestan y es celoso con las personas que quiere y sus cosas. Al recordar a su madre se pone triste, irritable, prefiere estar solo, llora, busca recuerdos de cuando estaban juntos, refiere extrañarla mucho y desea que regrese. Estas reacciones fueron aumentando conforme pasaba el tiempo ya que antes, aparentemente, no presentó cambios notorios según refiere la abuela.

EXAMEN MENTAL

1. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y apellidos : J.L.L.P.
Edad : 10 años
Sexo : Masculino
Fecha de nacimiento : 03/03/2007
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : 5to grado de primaria
Estado civil : Soltero
Procedencia : Arequipa
Religión : Católica
Ocupación : Estudiante
Informante : Paciente y abuelita
Lugar de evaluación : Puesto de salud
Fecha de evaluación : 12/07/2017
Examinado por : Deysi Calizaya Chivigorre

2. PORTE COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

J.L.L.P es un niño que aparenta su edad, con peso y estatura de acuerdo a su edad; vestido y aseado adecuadamente; su tono de voz es fuerte pero su habla es nasal, tiene una postura erguida, marcha normal. Al inicio de la evaluación, se muestra tranquilo y algo desconfiado, pero luego se suelta por lo que se muestra hablador y preguntón, a veces suele hablar con la mirada baja y su actitud es de colaboración. Así mismo, se muestra atento a las indicaciones que se le da. Al hablar de su madre se pone triste y se pone a llorar.

Según la abuela, su actitud frente a los estudios, actualmente es de desgano, desinterés, apatía más aun con los cursos de matemáticas y ciencia y ambiente.

3. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACION

Atención: El niño se muestra atento ante las indicaciones y mantiene su concentración en lo que hace, sin embargo algunas veces se distrae al hablar y comentar sobre lo que está realizando por lo que en ocasiones se demora en los procedimientos asignados.

Se observa predominio de una atención voluntaria con una duración de más de 30 min.

Conciencia: Se presenta lúcido, atento, coherente y responde a los estímulos logrando discriminar algunos elementos presentados durante la evaluación.

Orientación: El niño está orientado en tiempo, espacio y persona. Reconociendo y discriminando características y cualidades de manera adecuada de la información y contenidos presentados.

4. LENGUAJE

El niño presenta un adecuado lenguaje comprensivo siguiendo adecuadamente las consignas dadas, logrando precisar la información requerida y manteniendo una fluidez narrativa. En cuanto a su lenguaje expresivo se percibe un tono fuerte y algo nasal, es entendible, articula fonemas y palabras adecuadamente a excepción de algunos errores en la pronunciación de algunas palabras (“tlabajo”); maneja un vocabulario acorde a su edad y mantiene una adecuada fluidez verbal.

5. PENSAMIENTO (curso y contenido)

En cuanto al curso del pensamiento presenta ideas coherentes que guardan relación con las preguntas o temas planteados, dice frases completas y con sentido lógico.

El contenido de su pensamiento hace referencia a sus problemas con los cursos escolares y la tristeza respecto a la ausencia de su madre.

A partir de los 8 a 9 años, el niño habla de sus recuerdos con la madre y hace reproches de cuando regresará, tiene confusión respecto al proceso de la muerte y la creencia que se tiene sobre la muerte dentro de su familia.

Tiene miedo a quedarse solo y que otros familiares también se desaparezcan al igual que su madre.

6. PERCEPCIÓN

Su percepción es apropiada, discrimina y reconoce la calidad y cualidad de estímulos auditivos, visuales, olfativos y táctiles en tiempo real y con coherencia. Discrimina ruidos, melodías, palabras y localiza la dirección de sonidos; diferencia colores y formas, objetos, signos y símbolos; identifica olores; reconoce texturas, tamaños y la temperatura.

A partir de este año le detectaron dificultades en la agudeza visual por lo que usa lentes permanentes.

7. MEMORIA

Presenta una memoria inmediata y remota adecuada. Recuerda hechos que hizo en el momento y los sucesos del pasado. Repite y evoca una serie de más de cuatro palabras no relacionadas, repite una serie de dígitos; copia y reproduce letras, reproduce letras, números y algunos objetos sin tener la figura o muestra correspondiente.

8. PROCESOS DE LA LECTURA Y ESCRITURA

Respecto a la lectura, el niño lee fonemas, palabras, oraciones y párrafos de forma global aunque en ocasiones tiene una lectura fonémática en palabras largas, poco conocidas y algunas mezclas (sustitución tlabajo-trabajo); discrimina fonemas diferentes, parecidos e iguales; segmenta silabas adecuadamente pero en algunas palabras con vocales juntas tiene errores; identifica fonemas de acuerdo al sonido; la velocidad de su lectura es normal y modulada. Comprende lo que lee.

En cuanto a la escritura, su tipo de escritura es ligada, velocidad aceptable y lenta en ocasiones para lo que repite en voz alta la palabra a escribir, es legible, con algunos errores ortográficos, es organizado de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo.

9. LATERALIDAD

Tiene una lateralidad manual, visual, auditiva y podálica diestra.

10. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Conocimientos generales: Presenta conocimientos en relación a diferentes categorías de acuerdo a su edad.

Pensamiento: razonamiento y juicio: Tiene la capacidad para establecer similitudes, semejanzas, diferencias y realiza asociaciones de acuerdo a diferentes categorías.

Los procesos de la memoria y atención se mantienen conservados ya que el niño es capaz de evocar historias pasadas, repite palabras y dígitos, reproduce letras, objetos sin tener una muestra, etc. Tiene una atención voluntaria con una duración de más de 30 min.

Sin embargo, su rendimiento escolar va entre bajo y regular teniendo en cuenta sus promedios; prefiere los cursos de comunicación y personal social en los que tiene notas de regular a bueno (A-B), pero sus notas son bajas en los cursos de matemáticas y ciencia y ambiente.

11. ESTADO DE ANIMO Y AFECTO

El niño muestra un estado de ánimo alegre y activo, su expresa cariñoso y sensible. Sin embargo, ante algunos sucesos, como la ausencia de su madre se muestra triste, lloroso y evita hablar del tema, ante sus problemas de relación con sus compañeros, muestra enojo e impotencia.

Desde que falleció la madre, al inicio se puso algo triste, pero su juego, alimentación y sueño era normal; sin embargo, conforme pasaba el tiempo, la tristeza era mayor, en ocasiones con llanto, sin ganas de hacer nada, apático, desobediente, con poca motivación hacia sus estudios.

Durante este año escolar, lo separaron de sus amigos, otros compañeros le molestan, y según el niño, la profesora no lo toma en cuenta, lo cual le genera tristeza, ira, frustración y desinterés.

12. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA

El niño es consciente de su comportamiento y sus problemas con la abuelita, con las tareas escolares y su rendimiento escolar, además reconoce que su madre le hace falta pero aun no

entiende de por qué se fue y porque no regresa, si dicen “que está en el cielo, entonces es porque ¿está viva?”. Muestra disposición para el cambio.

13. RESUMEN

J.L.L.P. es un niño que aparenta su edad en cuanto peso y estatura, se muestra aseado y vestido adecuadamente. Su actitud durante la evaluación y el examinador es de colaboración. Se muestra lúcido, atento y está orientado en espacio, tiempo y persona; su lenguaje comprensivo es adecuado, mientras que su lenguaje expresivo presenta algunos errores de pronunciación, el curso de su pensamiento es coherente, pero el contenido de la misma está en relación a sus problemas escolares y la ausencia de su madre; su percepción es adecuada; su memoria tanto inmediata como remota se mantienen conservadas; su pensamiento y sus conocimientos generales son acordes a su edad.

Presenta una lectura global, comprensiva, con una velocidad normal y modulada, comprende lo que lee. Su escritura es ligada, velocidad aceptable, legible, con algunos errores ortográficos, organizado de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo.

Tiene una lateralidad manual, visual, auditiva y podálica diestra.

Es un niño alegre y sensible, sin embargo expresa tristeza ante la pérdida de su madre y enojo ante sus problemas de relación en clase. Es consciente de sus problemas y tiene una actitud de colaboración ante las recomendaciones.

INFORME PSICOMÉTRICO

1. DATOS GENERALES:

Nombres y apellidos : J.L.L.P.
Edad : 10 años
Sexo : Masculino
Fecha de nacimiento : 03/03/2007
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : 5to grado de primaria
Estado civil : Soltero
Procedencia : Arequipa
Religión : Católica
Ocupación : Estudiante
Informante : Paciente y abuelita
Lugar de evaluación : Puesto de salud
Fecha de evaluación : 12/07/2017 – 15/07/2017
Examinado por : Deysi Calizaya Chivigorre

2. OBSERVACIONES GENERALES:

Paciente que aparenta su edad, aseado y vestido correctamente, se muestra interesado y atento ante la evaluación. Ante el test de la familia la hoja fue aceptado en sentido horizontal, hizo algunas borraduras, no pidió material adicional, empezó dibujando a la madre (fallecida) seguida de él, la profesora del año pasado y por último a la de este año, encuadrado en la parte superior de la hoja, y en la mitad inferior a unas sirenas. En cuanto al test de matrices progresivas, resuelve de manera rápida y concentrada, en los últimos problemas resuelve al azar. Y por último, en el test guestráltico visomotor, es atento a las indicaciones, al inicio realiza algunas preguntas respecto al uso de hojas; es ordenado en cuanto a la ubicación de sus dibujos y tiene cierta tendencia a la perfección.

3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Observación
- Entrevista
- Test de matrices progresivas en color de J. C. Raven.
- Test de la familia de L. Corman (Josep M. Lluís - Font)
- Test guestáltico visomotor para niños de Bender

4. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Test de matrices progresivas

Análisis cuantitativo:

El puntaje parcial : serie A es de 10. Serie AB es de 10 y la serie B es de 07
El puntaje total : 27
Discrepancia : 0- 0- 0
Percentil : superior a 50
Rango : III+

Interpretación cualitativa:

Según lo anterior el niño muestra un coeficiente intelectual promedio, lo que significa que el niño tiene la capacidad de conceptualizar y aplicar el razonamiento sistemático a problemas nuevos, basándose en la observación, comparación y pensamiento racional.

Test guestáltico visomotor para niños

Edad cronológica: 10 años 4 meses 5 días

Interpretación cuantitativa:

Diagnóstico de la madurez de la percepción visomotora

Número de errores: 0 PD=0

Media (P.P.): 1.6

Desviación estándar: 1.67

Límites críticos de desviación normal (+/-): 0 a 3.3

Edad de maduración: 10-6 a 10-11 años

Diagnóstico: Normal. Su rendimiento en la percepción visomotora y su edad maduracional corresponde a su edad cronológica.

Diagnóstico de la madurez en escolaridad

Número de errores: 0

Media: 1.5 (es el puntaje que más se aproxima)

Desviación estándar: 1.88

Límites críticos de desviación normal (+/-): 0 a 3.4

Grado de escolaridad: 4to grado de primaria

Edad media: de 8 a 9 años de edad

Diagnóstico: Inferior. Sin embargo, no se tiene certeza de este resultado debido a que en la tabla de los datos normativos de la prueba no está considerado el puntaje de cero errores por lo que se toma el más cercano (1.5) correspondiendo al grado de escolaridad de cuarto grado que es inferior a la que cursa el niño y no existe el quinto grado por tanto tampoco hay una interpretación.

Diagnóstico de indicadores de lesión cerebral

<u>Nº de errores</u>	<u>Porcentaje</u>
Errores AS : 0	0%
Errores S : 0	0%
Errores NS : 0	0%
Diagnóstico : No hay presencia de lesión cerebral	

Interpretación cualitativa:

El niño realizó la prueba durante 8 min y utilizó una hoja, lo cual se encuentra dentro los parámetros normales.

Presenta una madurez de percepción visomotora acorde a su edad, es decir que presenta un funcionamiento adecuado de la percepción visual, de la coordinación motriz o de la integración de ambas; el grado de escolaridad alcanzado es el 4to Grado, lo cual es inferior a la que cursa actualmente (5to grado); y finalmente, no hay presencia de lesión cerebral.

Test de la familia:

El dibujo realizado es presentado en un tamaño normal, emplazado en la parte superior izquierda lo que indica que el niño huye de la realidad buscando satisfacciones en las fantasías y lo espiritual, lo cual evidencia cierta tendencia regresiva. Con respecto al tipo de líneas observadas, se asocia a su capacidad de adaptación, sensibilidad, imaginación y sociabilidad. Además presenta un sombreado en el cabello de la madre y las sirenas dibujadas en la parte inferior, indicando tensiones emocionales, índices de angustia y ansiedad, cierta descarga de agresividad. Realizó borraduras en la figura de la madre, confirmando la presencia de ansiedad, conflictos emocionales que se debe a una insatisfacción consciente. En cuanto a la distancia entre los personajes, la madre (fallecida) es dibujada junto al niño, lo cual indica que el niño desea estar unido a su mamá emocional y físicamente. Las profesoras son dibujadas separadas de la figura de su madre y él, según ello, éstas no son consideradas parte de su familia pero son personajes que interactuaron con el niño ya sea de forma positiva o negativa. La madre dibujada en primer lugar y más grande que el resto de figuras, da lugar a una valorización de identificación o de dependencia con la madre. A su vez, es la figura que le provoca tensiones emocionales (sombreado). El niño se dibuja en segundo lugar, pequeño, rígido, comprimido y sin interacción con los personajes presentados, ello indica inseguridad, falta de confianza en sí mismo, retraimiento y soledad. Y finalmente, ni el padre ni la abuela aparecen en el dibujo, lo cual nos indica una desvalorización por problemas de relación con el niño.

5. RESUMEN

J.L.L.P. presenta una inteligencia promedio, lo cual indica que tiene la capacidad de resolver problemas nuevos aplicando el razonamiento sistemático, la observación y la comparación.

Es un niño cuyo comportamiento se caracteriza por ser sensible, sociable, con mucha imaginación y una capacidad de adaptación. Sin embargo, refleja también índices de ansiedad, inseguridad, falta de confianza en sí mismo, retraimiento y cierta agresividad, lo cual nos da indicios de la existencia de problemas emocionales causadas probablemente por la pérdida de la madre por lo que desea vivir en la fantasía junto a ella y no acepta su partida; por los problemas de relación que mantiene con su actual maestra en la escuela y desea que regrese la profesora del año pasado. Así mismo, la desvalorización de la abuelita, a pesar de que vive con él, nos indica que existe una relación que no le satisface, y por el último, el padre es totalmente desvalorizado.

Su percepción visomotora se encuentra dentro de los límites de la normalidad, su grado de escolaridad actual (5to grado) no es acorde con lo obtenido (4to Grado) y finalmente, se descarta presencia de lesión cerebral.

Deysi Calizaya Chivigorre

Bachiller en psicología

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES

Nombres y apellidos : J.L.L.P.
Edad : 10 años
Sexo : Masculino
Fecha de nacimiento : 03/03/2007
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : 5to grado de primaria
Estado civil : Soltero
Procedencia : Arequipa
Religión : Católica
Ocupación : Estudiante
Informante : Paciente y abuelita
Lugar de evaluación : Puesto de salud
Fecha de evaluación : 18/07/2017
Examinado por : Deysi Calizaya Chivigorre

2. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es derivado por el servicio de medicina porque el niño, según referencia de la abuela, está muy bajo en su aprendizaje, no obedece, no toma interés en sus estudios y extraña mucho a su madre solicitando su presencia de manera constante, emitiendo llanto constante, sueños repetidos con ella y manifestando de “cuando va a volver mi mamá”.

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Niño de 10 años de edad, según la abuela está muy bajo en su aprendizaje, no obedece, no toma interés en sus estudios y extraña mucho a su madre.

La abuela refiere que el niño empezó a tener dificultades en la escuela desde primer grado; posteriormente, la disminución en su rendimiento fue gradual teniendo más problemas con

los cursos de matemática y ciencia ambiente. Y desde hace un año se ha vuelto más desobediente, con menos interés en sus estudios y no quiere hacer sus tareas.

Mientras cursaba el primer grado, la madre falleció debido a una enfermedad. La reacción del niño frente a este hecho, al inicio, no tuvo cambios notorios en su comportamiento; sin embargo, a los días de este hecho el niño decía que había visto a su mamá en un cajón con un vestido blanco que estaba dormida y que iba a regresar, a los meses reclamaba de por qué no regresaba su madre si se había ido al cielo “debe regresar”. A los 8 a 9 años, se le encontraba a veces llorando, triste, reclamaba de cuando iba a regresar y hablaba de los recuerdos con ella. Actualmente, el niño recuerda a la madre cada vez que necesita ayuda, se muestra muy triste, prefiere estar solo, la extraña mucho y desea que vuelva para que le ayude con las tareas, para ir a jugar, dormir con ella y entre sollozos menciona “yo la amaba mucho”. Asimismo, la abuela refiere que por este motivo trata de sobreprotegerlo, dándole sus gustos y complaciéndolo en lo que deseaba para llenar el vacío que dejaron sus progenitores.

Ingresó al jardín a los cuatro años, periodo en el que sus cuadernos eran ordenados y tenía buenas calificaciones. A los 6 años ingresó a la primaria, el primer día tuvo problemas para quedarse. Refiere que no le gustan los cursos de matemáticas y ciencia y ambiente, prefiere más los cursos de comunicación y personal social en los que su notas van de regular a bueno. Y que no hace las tareas porque no las entiende, porque no copia las instrucciones en clase debido a que otros niños le molestan y le distraen por lo que se enoja, se entristece y prefiere estar solo; además de que en casa no cuenta con apoyo ni supervisión.

Proviene de un embarazo a término, parto por cesaría, nació con la cabeza alargada y con el cuello desviado hacia la derecha, por lo que recibió tratamiento logrando su total recuperación; su peso y talla fueron adecuados para la edad. Su desarrollo psicomotor aparentemente fue normal, salvo que demoró en hablar, hasta los tres años solo decía palabras, por lo que recibió terapia de lenguaje y al cabo de los 5 años ya hablaba casi correctamente; el control de esfínteres se logró a los 3 años; no presenta problemas en el

sueño ni la alimentación. A los 8 años sufrió de sinusitis, y desde ese momento empezó a “meterse el dedo a la nariz”, actualmente dicha conducta se presenta con menor frecuencia.

Vive junto a su abuela materna, su tía y sus dos primos; la relación con la abuelita es muy estrecha y afectiva; la relación con el primo mayor es distante y con el menor es de confianza y juego; y con la tía es de respeto. Al padre lo vio solo por tres oportunidades.

Su condición económica es baja, algunas veces no llegan a cubrir el costo de sus necesidades básicas y vive en una casa de material noble que cuenta con los servicios básicos.

Es un niño tranquilo, juguetón, algunas veces travieso, le gusta hacer amigos, hablador, alegre y sentimental; se enoja cuando le llaman mucho la atención o cuando le molestan y es celoso con las personas que quiere y sus cosas. Al recordar a su madre se pone triste, irritable, prefiere estar solo, llora, busca recuerdos de cuando estaban juntos, refiere extrañarla mucho y desea que regrese. Estas reacciones fueron aumentando conforme pasaba el tiempo ya que antes, aparentemente, no presentó cambios notorios según refiere la abuela.

4. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

J.L.L.P. es un niño que aparenta su edad en cuanto peso y estatura, se muestra aseado y vestido adecuadamente. Su actitud durante la evaluación y hacia el examinador es de colaboración. Se muestra lúcido, atento y está orientado en espacio, tiempo y persona; su lenguaje comprensivo es adecuado, mientras que su lenguaje expresivo presenta algunos errores de pronunciación, el curso de su pensamiento es coherente, pero el contenido de la misma está en relación a sus problemas escolares y la ausencia de su madre; su percepción es adecuada; su memoria tanto inmediata como remota se mantienen conservadas; su pensamiento y sus conocimientos generales son acordes a su edad.

Presenta una lectura global, comprensiva, con una velocidad normal y modulada, comprende lo que lee. Su escritura es ligada, velocidad aceptable, legible, con algunos errores ortográficos, organizado de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo.

Tiene una lateralidad manual, visual, auditiva y podálica diestra.

Es un niño alegre y sensible, sin embargo expresa tristeza ante la pérdida de su madre y enojo ante sus problemas de relación en clase. Es consciente de sus problemas y tiene una actitud de colaboración ante las recomendaciones.

5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Test de matrices progresivas en color de J. C. Raven.
- Test de la familia de L. Corman (Josep M. Lluís - Font)
- Test guestáltico visomotor para niños de Bender

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Según los resultados obtenidos, el niño presenta una inteligencia normal lo que significa que tiene la capacidad de resolver problemas utilizando su razonamiento, la observación, la comparación y sus conocimientos. Dicha capacidad no se refleja en su rendimiento escolar ya que tiene dificultades en la comprensión de las tareas y los problemas matemáticos. Sin embargo, acude a resolverlos de manera no precisa los problemas que en ocasiones la profesora le plantea generándole tranquilidad y no llegando a medir las consecuencias de su conducta. Por otro lado, encontramos que el niño tiene la memoria, percepción, atención, orientación y motricidad conservadas; el proceso de la lectura y escritura tienen un desarrollo acorde a su edad. Por tanto, se descarta la presencia de problemas de aprendizaje.

Presenta una madurez de percepción visomotora normal lo que significa que tiene la habilidad para coordinar la visión y los movimientos de su cuerpo. No hay presencia de lesión cerebral.

Respecto a su comportamiento y vida afectiva, es un niño sensible, juguetón, alegre, tranquilo, hablador, celoso y sociable, pero que a veces necesita mayor confianza para desenvolverse mejor con los adultos. No obstante, el niño también refleja estados de tristeza,

llanto, ansiedad, inseguridad, aislamiento, falta de confianza en sí mismo, dependencia, falta de motivación por los estudios, desobediencia y poca tolerancia a la frustración.

Por lo tanto, el niño presenta problemas emocionales y del comportamiento causados por el fallecimiento de la madre, ausencia del padre, la falta de límites claros en casa, la falta de apoyo y supervisión de tareas, además de los problemas de relación con sus compañeros de clase. Dicho problema emocional y comportamental fue afectando gradualmente su desempeño a nivel escolar.

7. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA:

J.L.L.P. es un niño de 10 años de edad que tiene una inteligencia normal que le permite tener la capacidad de resolver problemas a pesar de sus dificultades de aprendizaje y personales, pero esto no quiere decir que esas respuestas sean coherentes con los contenidos presentados ya que al no serlo le generan poca tolerancia a la frustración emitidas en emociones negativas como son molestia, llanto y enojo. A pesar de ser un niño tranquilo, sensible, alegre, sociable y hablador en casa, presenta estados de tristeza, añoranza y aislamiento expresados en llanto, desgano y desobediencia frente a la falta de motivación por los estudios y bajo esta situación trata de manipular a las personas de su entorno, ya que conocedoras de su tristeza mantenida después de 4 años de la desaparición de su madre evita ceñirse a instrucciones y reglas dadas en casa y colegio, provocando percepciones inadecuadas por parte de la profesora e integrantes de su familia actual manifestando que es un niño desobediente, egoísta, poco aprehensivo y engreído. Por todo lo anteriormente descrito, descartando la presencia de lesión cerebral de forma psicométrica e identificando la presencia de familia disfuncional y un déficit sensorial a nivel de la vista, identificamos un trastorno de las emociones y del comportamiento sin especificación (F98.9).

8. PRONÓSTICO

Favorable, por la disposición inmediata del niño para la evaluación y el trabajo inicial de la psicoterapia así como la disponibilidad de la abuela en seguir las recomendaciones.

9. RECOMENDACIONES:

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia familiar
- Terapia de apoyo
- Evaluación médica de la especialidad (neuropediatra u odontólogo)

Deysi Calizaya Chivigorre

Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

1. DATOS GENERALES:

Nombres y apellidos : J.L.L.P.
Edad : 10 años
Sexo : Masculino
Fecha de nacimiento : 03/03/2007
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : 5to grado de primaria
Estado civil : Soltero
Procedencia : Arequipa
Religión : Católica
Ocupación : Estudiante
Informante : Paciente y abuelita
Lugar de evaluación : Puesto de salud
Fecha de evaluación : 19/07/2017
Examinado por : Deysi Calizaya Chivigorre

2. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO:

J.L.L.P. es un niño de 10 años de edad que tiene una inteligencia normal que le permite tener la capacidad de resolver problemas a pesar de sus dificultades de aprendizaje y personales, pero esto no quiere decir que esas respuestas sean coherentes con los contenidos presentados ya que al no serlo le generan poca tolerancia a la frustración emitidas en emociones negativas como son molestia, llanto y enojo. A pesar de ser un niño tranquilo, sensible, alegre, sociable y hablador en casa, presenta estados de tristeza, añoranza y aislamiento expresados en llanto, desgano y desobediencia frente a la falta de motivación por lo estudios y bajo esta situación trata de manipular a las personas de su entorno, ya que conocedoras de su tristeza mantenida después de 4 años de la desaparición de su madre evita ceñirse a instrucciones y reglas dadas en casa y colegio provocando percepciones inadecuadas por parte de la profesora e integrantes de su familia actual, manifestando que es un niño desobediente, egoísta, poco

aprehensivo y engreído. Por todo lo anteriormente descrito, descartando la presencia de lesión cerebral de forma psicométrica e identificando la presencia de familia disfuncional y un déficit sensorial a nivel de la vista, identificamos un trastorno de las emociones y del comportamiento sin especificación (F98.9).

3. OBJETIVOS GENERALES:

- Favorecer el proceso de aceptación de la pérdida y adaptación a la ausencia de la madre.
- Mejorar su autoestima a través de un conocimiento más preciso, objetivo y favorable de sí mismo.
- Propiciar el mejoramiento de su comportamiento en general a través del aumento evidente de las conductas deseadas y disminución de la problemáticas.

4. ACCIONES PSICOTERAPÉUTICAS:

- Identificar las creencias respecto a la muerte y reconocer emociones acerca desapego emocional del niño y la culpa. (5 sesiones)
- Identificar las creencias que tiene el niño respecto a su auto concepto y reconocer sus cualidades positivas y negativas. (4 sesiones)
- Concientizar y orientar a la familia sobre las relaciones familiares positivas, la escucha activa y las alianzas. (2 sesiones)
- Entrenar en habilidades sociales para expresar sus sentimientos y emociones de manera adecuada, además de aprender a solucionar problemas. (1 sesión)

5. DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS PICOTERAPÉUTICAS:

SESIONES	OBJETIVO	TÉCNICA	META
1ra sesión Concientización	Lograr que la abuela y el niño tengan conocimiento sobre la naturaleza de las sesiones.	Orientación sobre la intervención. Organización de actividades mediante un horario.	
2da sesión Relajación	Reducir sus niveles de ansiedad	Respiración diafragmática Relajación muscular de Koeppen	Que el niño tenga una adecuada autoestima, logre aceptar y superar la pérdida de su madre
3ra sesión Duelo	Modificar y poner en evidencia las creencias irracionales del niño respecto a la muerte.	Detección de creencias irracionales y persuasión verbal	reconstruyendo su vida de manera positiva.
4ta sesión Duelo	Facilitar la expresión de emociones y sentimientos respecto a la muerte de la madre.	Lenguaje evocador Dibujo, objetos de vinculación y cartas.	Que obtenga comportamientos adecuados para relaciones positivas. Que la familia conozca y aplique nuevas
5ta sesión Duelo	Establecer un dialogo con la persona fallecida para facilitar la expresiones de emociones y descubrir conflictos pendientes.	Fantasía guiada Persuasión verbal	
6ta sesión Duelo	Reconstruir la relación con el ausente.	Libro de memorias	

7ma sesión Duelo	Modificar y poner en evidencia las creencias irracionales del niño respecto a la culpa.	Detección de creencias irracionales y persuasión verbal	pautas de crianza y educación.
8va sesión Terapia familiar	Reconstruir la relación familiar.	Fijación de fronteras Escucha activa Alianza alternante Consejo profesional Contrato conductual	
9na sesión Autoestima	Determinar el autoconcepto que el niño tiene de sí mismo.	Reatribución – metáfora Autoregistro Afrontamiento	
10ma sesión Autoestima	Determinar las creencias que se tienen acerca del propio cuerpo.	Descubrimiento guiado Medición del malestar: termómetro y autoregistro Role play Auto instrucciones	
11ava sesión Autoestima	Identificar las actividades que brindan placer al niño	Descubrimiento guiado Medición del malestar: termómetro. Autoregistro Contrato conductual: buscando cualidades positiva y dándose un gusto personal a la semana.	
12ava sesión Autoestima	Reconocer y aceptarme con mis cualidades positivas y negativas.	Retribución – metáfora Medición del malestar: termómetro Role play	

		Afrontamiento Autoinstrucciones	
13ava sesión Terapia familiar	Favorecer una relación familiar positiva.	Fijación de fronteras Escucha activa Alianza alternante Consejo profesional: pautas de crianza y estrategias para buenos hábitos de estudio.	
14ava sesión Asertividad	Expresar lo que siento y pienso de manera adecuada y aprender a resolver una situación problemática.	Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad Modelado Entrenamiento en solución de problemas	
15ava sesión Apoyo	Favorecer una actitud positiva de sí mismo, las relaciones interpersonales y el vínculo familiar.	Terapia de apoyo: Deporte, biblioterapia, catequesis y apoyo social.	
16ava sesión Seguimiento	Lograr que el paciente mantenga las conductas logradas.	Seguimiento	

6. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Las sesiones de psicoterapia se realizarán dos veces por semana con una duración de una hora cada una por lo que el plan psicoterapéutico se desarrollaría aproximadamente en tres meses.

7. AVANCES TERAPÉUTICOS

En cuanto a los avances logrados se ha llegado a realizar nueve sesiones de psicoterapia a dos sesiones por semana donde se consiguió lograr los objetivos planteados en cada sesión.

- A. Con la abuela se logró que tenga conocimiento del proceso de las sesiones, los resultados y tenga la motivación para asistir, así como de estrategias para crear un horario de actividades personales y escolares, normas y límites claros en casa y orientación sobre técnicas de modificación de conducta (reforzamiento positivo, costo de respuesta, negociación).
- B. Con el niño se disminuyen sus niveles de ansiedad durante la sesión para conseguir mayor tranquilidad y confianza, que identifique sus creencias respecto a la muerte y ponga en evidencia su validez con pensamientos más adaptativos, exprese sus emociones respecto a la pérdida de la madre para finalmente aceptar una interacción simbólica con esta figura teniendo en cuenta sus creencias religiosas. Además de que el niño refuerce su conocimiento de qué es la autoestima e identifique sus capacidades y debilidades.

La falta de continuidad en las sesiones de psicoterapia se debió a la escasez de recursos económicos a pesar de que se le indicó que sería atendido gratuitamente, ya que el seguro integral de salud (SIS) no cubría el costo de las sesiones. Sin embargo, no tuvieron la disposición debido a la incomodidad de no tener los recursos económicos para cubrir el costo que según ellos era lo justo.

Deysi Calizaya Chivigorre
Bachiller en Psicología

ANEXOS DE CASO CLÍNICO 01

HOJA DE EVALUACION DE LAPRUEBA DE RAVEN

HOJA DE EVALUACION DEL TEST DE LA FAMILIA

HOJA DE EVALUACION DEL TEST GESTALTICO VISOMOTOR

PROTOCOLO DE LA PRUEBA DE RAVEN
ESCALA ESPECIAL

INSTITUTO, ESCUELA o CLINICA

Nombre: José Grado 5º primaria Sexo Masculino

Hora Inicio: 8:15 Hora Final: 9:23 Duración: 1 hora 7 min.

Padre Profesión Edad

Madre Profesión Edad

Examinador: Deyai Calzaya

Fecha de examen	2017	07	04
Fecha de nacimiento	2007	03	02
Edad cronológica	10	04	02

A				AB				B			
Nº	Tanteos	R	+/-	Nº	Tanteos	R	+/-	Nº	Tanteos	R	+/-
1		4	+	1		4	+	1		2	+
2		3	+	2		5	+	2		3	+
3		1	+	3		1	+	3		1	+
4		2	+	4		6	+	4		2	+
5		6	+	5		2	+	5		2	-
6		3	+	6		2	-	6		3	+
7		5	-	7		3	+	7		5	+
8		2	+	8		4	+	8		4	-
9		1	+	9		6	+	9		6	-
10		3	+	10		2	-	10		6	-
11	4	5	+	11		5	+	11		4	+
12		6	-	12		2	+	12		4	-
Aciertos	10	Aciertos	10	Aciertos	7						
Errores	2	Errores	2	Errores	5						
Punt. Parcial	10	Punt. Parcial	10	Punt. Parcial	7						

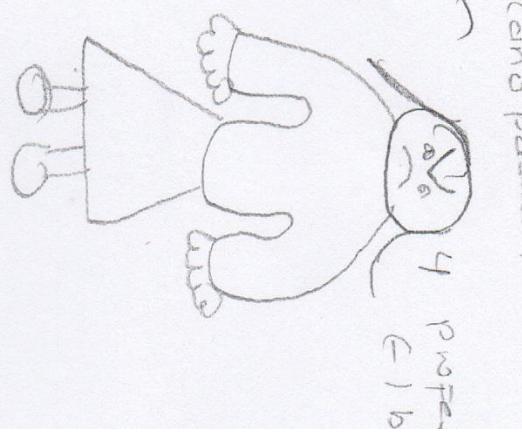
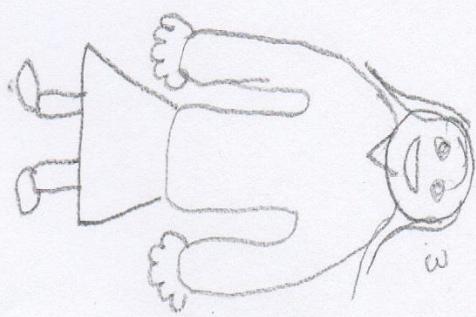
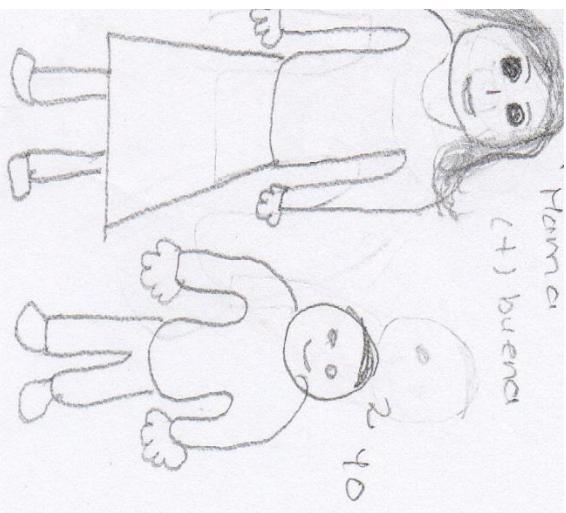
ACTITUD DEL SUJETO											
Intuitiva	Forma de trabajo	Reflexiva	Rápida	Disposición	Fatigada	Desinteresada	Intranquila	Distraída	Interesada	Tranquila	Segura
Lenta			Inteligente								
Torpe			Concentrada								
Distraída											
Perseverancia											
Irregular	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
				[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
				Uniforme							

INDICADORES DE R. M.	
Fallas al cierre	Resuelve
Respuesta al azar	No resuelve
Estereotipada	Resuelve problemas difícil
No comprende la prueba por la forma cuaderno	

DIAGNOSTICO.....

Edad Cronológica	10 a 4 m 5 d
Tiempo / min.	8 min
Discrepancias	0,0,0

Total Aciertos	27
Percentil	Superior a 50
Rango	III +



HERNAN REYNOSO
INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

I. DATOS DE INFORMACION GENERAL: DIAGNOSTICO DE LA MADUREZ (P.D.) EN ERRORES (P.D.) MEDIA (P.D.)

1.1. NOMBRES Y APELLIDOS: LIMITE CRITICOS DE DESVIACIONES

ROBLES INFERIOR
1.2. FECHA DE APLICACION: 2017 07 08
1.3. FECHA DE NACIMIENTO: 2007 03 03
1.4. EDAD CRONOLOGICA: 10 años 04m 05d
SEXO: Hombre
1.5. GRADO: 5to primaria
1.6. EXAMINADOR: Deysi Calizaya
1.7. HORA INICIO: 8:07 am
HORA FINAL: 8:14
TIEMPO: 7 min

II. ITEMS DE PUNTUACION

FIGURA A

1. DISTORSION DE LA FORMA 1a (sig)
1b (sig.7años)
2. ROTACION (sig)
3. INTEGRACION (sig)

FIGURA 1

4. DISTORSION DE LA FORMA (sig)
5. ROTACION (altamente sig.)
6. PERSEVERACION (altamente sig.7años)

FIGURA 2

7. ROTACION (sig. 8 años)
8. INTEGRACION (altamente sig.7años)
9. PERSEVERACION (altamente sig.7años)

FIGURA 3

10. DISTORSION DE LA FORMA (sig.7años)
11. ROTACION (altamente sig.8años)
12. INTEGRACION 12a (sig.6años)
12b (altamente sig.)

FIGURA 4

13. ROTACION (altamente sig.)
14. INTEGRACION (sig.)

FIGURA 5

15. MODIFICACION DE LA FORMA (sig.9años)
16. ROTACION (sig.)
17 INTEGRACION 17a (no sig.)
17b (altam. sig.)

FIGURA 6

18. DISTORSION DE LA FORMA 18a (sig.7años)
18b (alt.sig.)
19. INTEGRACION (altamente sig.7años)
20. PERSEVERACION (altamente sig.7años)

FIGURA 7

21. DISTORSION DE LA FORMA 21a (sig.8años)
21b (sig.9años)
22. ROTACION (altamente sig.7años)
23. INTEGRACION (sig.7años)

FIGURA 8

24. DISTORSION DE LA FORMA (sig.7años)
25. ROTACION (altamente sig.)

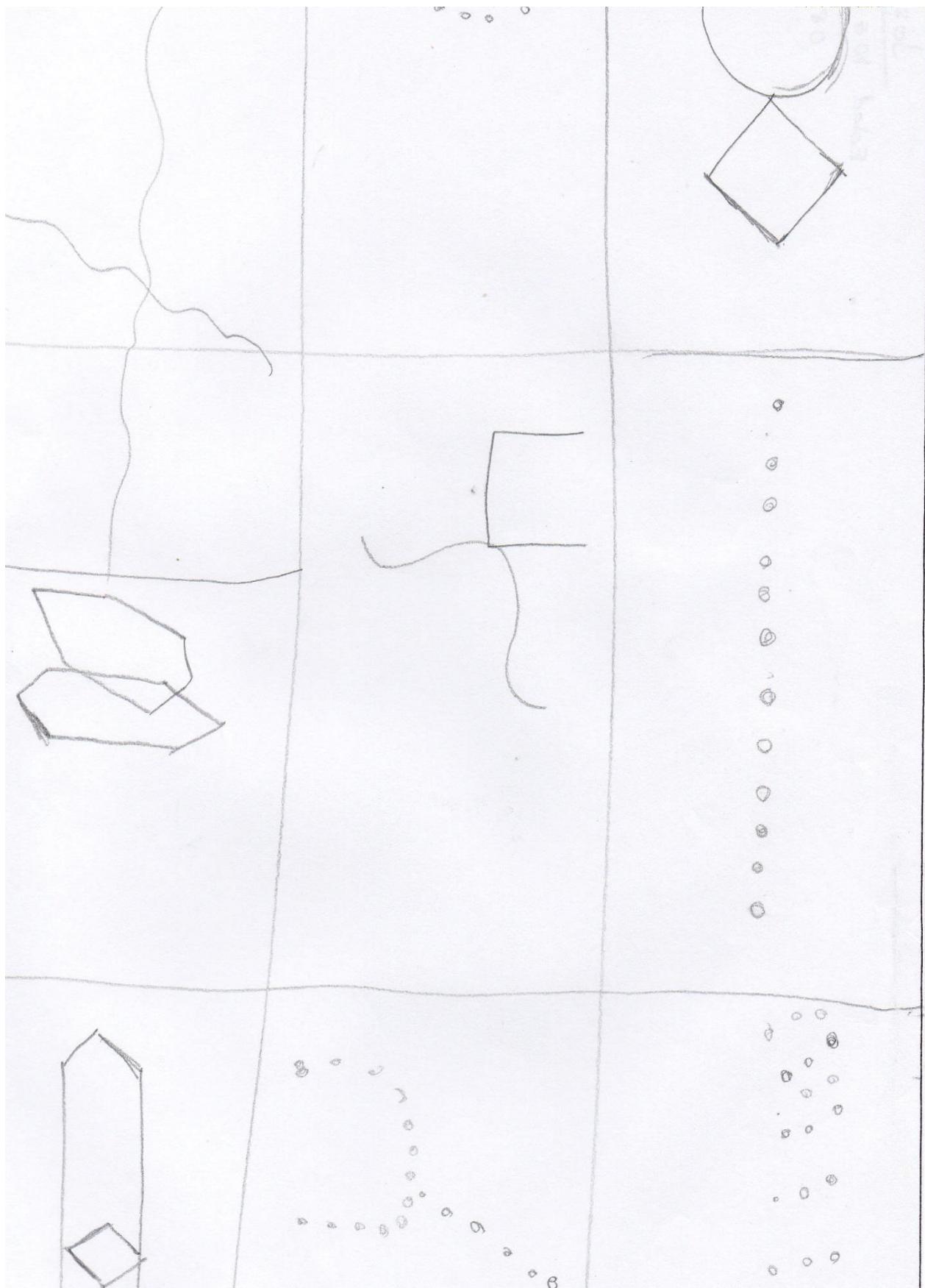
NUMERO TOTAL Y PARCIAL DE ERRORES

VALORES RELATIVOS

	ERROR	A.S.	S.	N.S.
FIGURA A	0	-	-	-
1. DISTORSION DE LA FORMA 1a (sig) 1b (sig.7años)	0	-	-	-
2. ROTACION (sig)	0	-	-	-
3. INTEGRACION (sig)	0	-	-	-
FIGURA 1	0	-	-	-
4. DISTORSION DE LA FORMA (sig)	0	-	-	-
5. ROTACION (altamente sig.)	0	-	-	-
6. PERSEVERACION (altamente sig.7años)	0	-	-	-
FIGURA 2	0	-	-	-
7. ROTACION (sig. 8 años)	0	-	-	-
8. INTEGRACION (altamente sig.7años)	0	-	-	-
9. PERSEVERACION (altamente sig.7años)	0	-	-	-
FIGURA 3	0	-	-	-
10. DISTORSION DE LA FORMA (sig.7años)	0	-	-	-
11. ROTACION (altamente sig.8años)	0	-	-	-
12. INTEGRACION 12a (sig.6años)	0	-	-	-
12b (altamente sig.)	0	-	-	-
FIGURA 4	0	-	-	-
13. ROTACION (altamente sig.)	0	-	-	-
14. INTEGRACION (sig.)	0	-	-	-
FIGURA 5	0	-	-	-
15. MODIFICACION DE LA FORMA (sig.9años)	0	-	-	-
16. ROTACION (sig.)	0	-	-	-
17 INTEGRACION 17a (no sig.)	0	-	-	-
17b (altam. sig.)	0	-	-	-
FIGURA 6	0	-	-	-
18. DISTORSION DE LA FORMA 18a (sig.7años)	0	-	-	-
18b (alt.sig.)	0	-	-	-
19. INTEGRACION (altamente sig.7años)	0	-	-	-
20. PERSEVERACION (altamente sig.7años)	0	-	-	-
FIGURA 7	0	-	-	-
21. DISTORSION DE LA FORMA 21a (sig.8años)	0	-	-	-
21b (sig.9años)	0	-	-	-
22. ROTACION (altamente sig.7años)	0	-	-	-
23. INTEGRACION (sig.7años)	0	-	-	-
FIGURA 8	0	-	-	-
24. DISTORSION DE LA FORMA (sig.7años)	0	-	-	-
25. ROTACION (altamente sig.)	0	-	-	-

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

1. DIAGNOSTICO DE LA MADUREZ DE LA PERCEPCION VISOMOTORA:
 NO ERRORES (P.D.) MEDIA (P.P) 1.6 DESV. STANDAR 1.67
 LIMITES CRITICOS DE DESVIACION NORMAL (+/-) 0 a 3.3
- | | | | | |
|------------------------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|----------|
| DIAGNOSTICO : SUPERIOR | <input checked="" type="checkbox"/> | NORMAL | <input checked="" type="checkbox"/> | INFERIOR |
|------------------------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|----------|
2. DIAGNOSTICO DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL:
 E.C. 10 a 4m E.M. 10 a 11 meses C.I. 105
 DIAGNOSTICO APROX. C.I Normal
3. DIAGNOSTICO DE MADUREZ EN ESCOLARIDAD:
 NO ERRORES MEDIA 1.5 DESV. STANDAR 1.88
 LIMITES CRITICOS DE DESVIACION NORMAL (+/-) 0 a 3.4
- GRADO ESCOLARIDAD 4^{to} grado EDAD MEDIA 9 - 8 años
 DIAGNOSTICO inferior
4. DIAGNOSTICO DE INDICADORES DE LESION CEREBRAL:
- | | NO ERRORES | PORCENTAJE |
|----------------------------------|--|------------|
| ERRORES ALTAMENTE SIGNIFICATIVOS | <u>0</u> | <u>0 %</u> |
| ERRORES SIGNIFICATIVOS | <u>0</u> | <u>0 %</u> |
| ERRORES NO SIGNIFICATIVOS | <u>0</u> | <u>0 %</u> |
| DIAGNOSTICO | <u>No hoy presencia de lesión cerebral</u> | |
5. FACTORES RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO DE LESION CEREBRAL:
 TIEMPO: El tiempo ocupado fue de 7 minutos, lo cual se ubica dentro de los límites críticos de tiempo (de 4 a 8 min.)
 ESPACIO: Se utiliza al hoja, lo cual indica normalidad
 INDAGACION DE ERRORES: No presentó errores
- OBSERVACION DE CONDUCTAS: Durante la evaluación se muestra tranquilo y atento.
El niño pregunta si puede utilizar dos hojas o dibujarlas al revés de la hoja, intenta contar los puntos de la lámina por lo que se le indica que solo copie lo de la lámina.
Ordenado y algo perfeccionista.
6. SINTESIS DIAGNOSTICA: Jose se muestra tranquilo, atento y concentrado durante la evaluación, aunque al inicio pregunta sobre el uso de hojas. Es ordenado y con tendencia a la perfección.
Su percepción visomotora se encuentra dentro de los límites de la normalidad lo que es acorde con su edad. Su grado de escolaridad no corresponde a su grado actual, siendo el 4^{to} grado. Se descarta presencia de lesión cerebral.



CASO 02: PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANAMNESIS

EXAMEN MENTAL

INFORME PSICOMÉTRICO

INFORME PSICOLÓGICO

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

HISRORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

1. DATOS GENERALES:

Nombres y apellidos : H.J.C.S.
Edad : 5 años
Sexo : Masculino
Fecha de nacimiento : 14/10/11
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : preescolar 5 años
Estado civil : Soltero
Procedencia : Arequipa
Religión : Católica
Ocupación : Estudiante
Informante : Madre - Paciente
Lugar de evaluación : Puesto de salud
Fecha de evaluación : 05/08/17
Examinado por : Mayleth Fiorella Gonzales Pachao

2. MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente es traído a consulta por la madre, la cual refiere: “mi hijito no puede hablar bien como que tartamudea al empezar a hablar, y también la profesora me ha dicho que es desobediente y malcriado. Además tiene mucho miedo a la araña y a chucky”

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

La madre refiere que, su niño al parecer tiene este problema a partir del mes de enero de este año porque es cuando notó que a veces no podía pronunciar una palabra y ella le decía que hablara bien y porqué hacía eso pero después no le prestó atención, sin embargo

el padre le llamaba la atención cada vez que no podía hablar y peor se ponía nervioso y asustado. Por otro lado, en el jardín, la profesora se empezó a quejar desde abril aproximadamente. Decía que su hijo está tartamudeando cada vez que le pregunta o le llama la atención por su mal comportamiento además de que ya no contesta cuando se le pregunta prefiere quedarse callado. El niño refiere también que a veces le tiene miedo a la profesora porque le dice “malcriado porque no me contestas”, también agrega que le tiene miedo a chucky porque vio la película con su papá y mata gente; a las arañas antes le tenía mucho miedo por las patas que tienen pero ahora solo un poquito.

La madre manifiesta que en el mes de enero de este año se salió de la casa sin pedir permiso a su padre, lo que motivo a este ir a buscarlo con una soga para castigarlo; sin embargo solo le dio una reprimenda, pero al parecer se asustó ya que por la noche no pudo dormir y se despertaba llorando y diciendo “no papá...”. Por otro lado, poco después, de este incidente estuvo jugando con unos primos a las escondidas y uno de ellos le asustó con una máscara de chucky esto ocasiono que el niño se ponga a llorar desconsoladamente y posteriormente se enfermó por una semana con fiebre y pesadillas donde le decía a la madre de que por las noches aparecería chucky con su cuchillo y que tenía miedo a que los matara.

Respecto a su mal comportamiento, según la madre, empezó cuando tenía 4 años porque en el jardín la profesora lo maltrataba, le pegaba, le gritaba, no lo trataba bien, además de que había otro niño que lo molestaba, pero esto empeoró este año según dice la profesora porque en casa no es tanto.

Síntomas principales: Dificultad de habla al iniciar la entonación de una palabra, con pausa o silencios y repeticiones de 2 a 3 veces de la misma sílaba “bu,bu,buenos días”, además de mostrar un leve esfuerzo al querer pronunciar, nerviosismo y miedo. La madre refiere que en casa este problema no es tan frecuente ya que solo tiene esta dificultad cuando recibe llamadas de atención por su mal comportamiento o cuando su padre le dice “¡habla bien!”; sin embargo, también manifiesta que en el colegio la profesora le dijo que

su niño tartamudea cada vez que le preguntan y le llaman la atención, además dice que es un niño “malcriado” porque no contesta cuando se le pregunta prefiere quedarse callado.

Por otro lado, la madre refiere que cada vez que ve una araña el niño grita y empieza a temblar, y también a veces presenta pesadillas al soñarse supuestamente con la imagen de chucky.

Respecto a su mal comportamiento, la madre, refiere que en casa es travieso, a veces desobediente, se enoja fácilmente; y en el jardín, según la profesora, es malcriado.

Antecedentes clínicos: La madre refiere que a los tres años se enfermó de gripe con fiebre muy alta sin llegar a la convulsión; sin embargo a los pocos días el niño se despertaba en la noche o cuando dormía sus siestas llorando, asustado diciendo “mamá sácame estas arañas de mi cuerpo tengo muchas arañas, no me dejes solo”, esto ocurrió en tres ocasiones y con una duración de aproximadamente media hora.

Según la madre no hubo explicaciones de porque le paso esto ya que le llevó al médico, al psicólogo y no le dijeron nada, además de que le hicieron análisis y un electroencefalograma y todo está normal.

4. ANTECEDENTES PERSONALES

Periodo del desarrollo

Etapa prenatal: Embarazo de riesgo porque la madre tenía 44 años, sin embargo fue un embarazo sin complicaciones, se presentó la molestias físicas normales tales como náuseas, sueño, dolor de cabeza los tres primeros meses, hubo problemas emocionales relacionados con la salud de su bebé debido a que la gente le decía que su niño podría nacer enfermo.

Etapa natal: Nació por parto normal sin complicaciones.

Etapa posnatal: Según la madre su niño al nacer no lloró inmediatamente por lo que le tuvieron que estimular su llanto. El niño no presentó ningún problema.

Alimentación: Tomó lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y en forma complementaria hasta los dos años, papillas a partir de los seis meses y a partir del año fue incluido en la alimentación adulta. La madre refiere que a partir del año no come mucho y que no gusta de las verduras por lo que a veces le grita y le da poco a poco. Pero ya come solo.

Desarrollo psicomotor: La madre refiere que su niño empezó a sentarse sin apoyo a los 7 meses, a gatear a los 8 meses, se paró a los 9 meses, y caminó al año y 3 meses aprox. Recibió todos sus controles de niño sano con un desarrollo aparentemente dentro de lo normal. Actualmente es un niño que corre y camina sin dificultad, tiene un buen manejo de la pinza con los dedos de la mano por lo que dibuja y pinta.

Lenguaje: El niño dijo su primera palabra al año 4m, y sus primeras frases a los 2 años. Según la madre su niño hablaba casi correctamente a los tres años, sin embargo a los 5 años empezó a tener dificultades al hablar, como que tartamudea y repite las primeras silabas de las palabras lo cual aumentó en el jardín.

Educación esfinteriana. Hábitos higiénicos.

El control de esfínter vesical e intestinal aprox. se logró a los 2 años 3m, sin dificultades posteriores.

Actualmente el niño realiza su aseo personal de forma independiente, pero a veces necesita ayuda y hacerle recordar.

Sueño. La madre refiere que su niño a los tres años presentó como tipo pesadillas, después que tuvo una fiebre alta en la que se despertaba diciendo ver arañas en su cuerpo y su reacción era de llanto y miedo, lo cual ocurrió en tres ocasiones. Sin embargo, este año en enero se despertaba por las noches gritando, llorando, y con mucho miedo y

diciendo que se soñaba con chucky o diciendo “no papá”, esto después de que el padre le asustó con pegarle con una soga y su primo con una máscara de chucky.
Actualmente, el niño no presenta ninguna alteración del sueño.

Rasgos neuropáticos. Presentó pesadillas a los tres años y a los 5 años, ya descritas en el ítem anterior.

Etapa preescolar.

El niño asiste al jardín desde los 4 años de edad, teniendo problemas de adaptación ya que los dos primeros días no quiso quedarse, se puso a llorar y triste, sin embargo los días siguientes se quedó sin problema alguno. Respecto a su rendimiento, la madre refiere que en sus calificaciones tiene “A”, pero que el año pasado en los últimos meses bajó un poco debido a que la profesora no tenía un buen control de los niños ya que los maltrataba, además de que no había mucho orden entre los niños, porque su niño venía a casa con rasguños o siempre se quejaba; y es en este momento cuando su niño cambio su comportamiento a ser desobediente y caprichoso.

Durante el jardín de 5 años no hubo problemas de adaptación, tiene un buen rendimiento, sin embargo, según la profesora el niño tiene problemas al hablar, y que a veces no le escucha y no le responde cuando le habla.

La madre refiere que su niño es generalmente tranquilo, juguetón, le gusta jugar con niños de su edad, y fácilmente consigue amigos, pero que cuando lo tratan mal es muy sensible, por ello a veces llora, se enoja y no habla.

Desarrollo y función sexual.

Aparentemente sigue su curso normal.

Antecedentes mórbidos personales. La madre refiere que a los tres años se enfermó de gripe con fiebre muy alta sin llegar a la convulsión. A los tres años presentó como tipo

pesadillas, después de la fiebre alta en la que se despertaba diciendo ver arañas en su cuerpo y su reacción era de llanto y miedo, lo cual ocurrió en tres ocasiones. Sin embargo, este año en enero se despertaba por las noches gritando, llorando, y con mucho miedo y diciendo que se soñaba con chuky o diciendo “no papá” esto después de que su padre le asustó con pegarle con una soga y su primo con una máscara de chuky.

Juego. Le gusta jugar con niños de su edad a las escondidas, a carreras, pero en casa juega solo, es activo e intenso en sus juegos, se ríe y habla. Juega con el gato, el perro y con sus juguetes. Prefiere las pelotas y los muñecos de superhéroes. Le gusta ver televisión, se le permite hasta 2 horas diarias.

Sociabilidad. Es un niño que fácilmente consigue amigos de su edad, juega con ellos y mantiene una conversación; sin embargo, tiene miedo a los adultos hasta entrar en confianza.

Reacciones afectivas. Desde muy pequeño fue sonriente, alegre, tranquilo, juguetón y hablador; actualmente, es un niño cariñoso, sentimental, alegre, tranquilo, juguetón, sociable y se emociona fácilmente con algo que le agrada, se enoja cuando se le llama la atención o no se le permite que haga lo que quiere y es desobediente.

5. ANTECEDENTES FAMILARES:

Composición familiar: La madre refiere que tuvo un compromiso anterior en la que tuvo tres hijos, el primero de 28 años, la segunda de 25 años y la tercera de 19 años; y en su último compromiso tuvo a Héctor de 5 años. Actualmente, en casa viven el padre de 35 años, la madre de 48 años, la media hermana de 19 años y el niño.

Dinámica familiar: la madre manifiesta que es ella quien generalmente está al cuidado del niño ya que el padre trabaja todo el día y la hermana estudia medio día; es por ello que el niño se apega más a la madre y por lo que el vínculo afectivo es muy estrecho y es con

ella que tiene mayor confianza; pero el padre es más engreidor por lo que accede a lo que quiere y desea hacer el niño y es quien a veces desautoriza a la madre; sin embargo, con la hermana la relación es distante debido a que pelean, no se entiende, y el niño no le obedece.

La madre también refiere que su relación familiar es buena, ya que ya convive 13 años con su pareja y generalmente se llevan bien.

Condición socioeconómica: El niño pertenece a un nivel socio económico bajo. Vive en un pueblo urbano marginal, cuenta con los servicios básicos, vivienda de material noble. Los ingresos económicos superan el mínimo, el padre trabaja como carpintero, la madre se dedica a su casa.

Antecedentes familiares patológicos:

Primo de parte del padre sufre de retardo mental. No se tiene otro antecedente.

6. RESUMEN

H.J.C.S., de 5 años de edad que según la madre no habla bien porque tartamudea al empezar a hablar, repite de 2 a 3 veces la primera sílaba de la palabra desde enero de este año y lo presenta con mayor frecuencia en el jardín cuando recibe llamadas de atención o cuando siente miedo. La madre refiere que antes de que presentara esta dificultad al hablar se asustó debido a que el padre le amenazó con pegarle con una soga por lo que el niño estuvo asustado y por la noche tuvo una pesadilla en donde el niño se despertó llorando y diciendo “no papá”; poco después se volvió a asustar a raíz de una máscara de chucky que se había puesto uno de sus primos con los que estaba jugando, por lo que el niño se llegó a enfermar y empezó a tener pesadillas con sueños de este episodio cuyas reacciones eran de llanto, miedo y ansiedad. Actualmente, no presenta dichas pesadillas. Por otro lado, la madre refiere que su niño tiene miedo a las arañas ya que cuando las ve se asusta y trata de evitarlas.

Es un niño proveniente de un embarazo de riesgo debido a la edad de la madre (43 años), sin embargo, nació por parto normal sin complicaciones. Su desarrollo psicomotriz sigue su curso normal y es adecuada para su edad. A excepción del lenguaje ya que a partir de este año, 5 años, el niño ha empezado a tener dificultades en la fluidez del habla.

En cuanto a su escolaridad, la madre refiere que el niño empezó a asistir al jardín desde los 4 años en la que los dos primeros días tuvo problemas de adaptación, tuvo un buen rendimiento, pero en cuanto a su comportamiento hubo cambios ya que se volvió desobediente y se enojaba muy rápido debido a que la profesora lo maltrataba y no ponía orden en la clase y el niño venía a casa rasguñado y con quejas de que otros niños le pegaban y le molestaban. Actualmente, es un niño que sigue teniendo un buen rendimiento, pero que según la profesora el niño no obedece, no escucha, ni le responde.

El niño, actualmente vive con sus padres y su media hermana, la relación con la madre es más estrecha que con el padre ya que la madre está al cuidado del niño y el padre trabaja todo el día; sin embargo, es éste quien lo engríe y desautoriza a la madre; la relación con la hermana es distante y de falta de comprensión. Sin embargo, hay una buena relación de padres. Perteneces a un nivel socio económico bajo.

El niño desde muy pequeño fue sonriente, alegre, tranquilo, juguetón y hablador; actualmente, es un niño cariñoso, sentimental, alegre, tranquilo, juguetón, sociable y se emociona fácilmente con algo que le agrada, se enoja cuando se le llama la atención o no se le permite que haga lo que quiere y es desobediente.

EXAMEN MENTAL

1. DATOS GENERALES:

Nombres y apellidos	: H.J.C.S.
Edad	: 5 años
Sexo	: Masculino
Fecha de nacimiento	: 14/10/11
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: preescolar 5 años
Estado civil	: Soltero
Procedencia	: Arequipa
Religión	: Católica
Ocupación	: Estudiante
Informante	: Madre - Paciente
Lugar de evaluación	: Puesto de salud
Fecha de evaluación	: 11/08/17
Examinado por	: Mayleth Fiorella Gonzales Pachao

2. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

El menor aparenta su edad cronológica, vestido ordenadamente, es de tez trigueña, cabellos negros lacos, ojos negros, contextura delgada, estatura conforme a su edad, presenta cuidado en su aseo personal, de postura encorvada; en su expresión facial denota desconfianza frente al entrevistador al inicio de la entrevista, con la mirada esquiva y la cabeza agachada, en el transcurso de la misma fue cambiando su actitud; se lo notaba más relajado, en confianza, respondiendo a todas las preguntas formuladas, al hablar de sus miedos presentó momentos de quietud, su tono de voz es débil notándose cierto nerviosismo y tartamudeo, es hermético en relación a su familia; en general el menor mostró predisposición durante la entrevista.

3. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

Atención: El menor presenta una atención voluntaria poco estable se distrae con facilidad frente a estímulos externos, teniendo que repetir las preguntas formuladas, y en algunos casos se aprecia enojo y frustración al no poder responder con rapidez a los ítems presentados, quedándose callado.

Conciencia: Se encuentra lúcido, responde a diversas preguntas en forma coherente, percibe y discrimina estímulos del exterior.

Orientación: El niño se orienta en tiempo; reconociendo aproximadamente la hora en que se realizó la entrevista, el día de la semana, mes y año; reconoce el espacio donde se encuentra, identificando la calle y el nombre del lugar, así mismo, responde a la fecha de su nacimiento, nombres, apellidos y edad; por lo que concluimos que el menor no presenta alteración alguna.

4. LENGUAJE

El menor presenta un lenguaje comprensivo adecuado, con dificultades en la fluidez del habla, porque tartamudea y repite las primeras silabas de las palabras lo cual aumentó en el jardín, el timbre de voz que emplea es oscilante entre débil y fuerte.

5. PENSAMIENTO (curso y contenido)

Presenta un pensamiento coherente pues guarda relación con las preguntas o temas planteados, sin embargo en cuanto al contenido se encuentra cargado de nerviosismo y ansiedad hacia su padre y al muñeco Chucky.

6. PERCEPCIÓN

En cuanto a la percepción, este se encuentra adecuado pues el menor discrimina y

reconoce la calidad y cualidad de los estímulos tanto visuales, auditivos, olfatorios y táctiles.

7. MEMORIA

Esta función se encuentra normal pues en lo que concierne a su memoria mediata el menor recuerda con precisión ejercicios planteados, al igual que su memoria remota evoca y narra episodios de su vida, recuerda con malestar experiencias asociados con su padre y al muñeco que le enseño su primo; en cuanto a su memoria inmediata recuerda hechos o sucesos ocurridos durante las semanas y días, no presentando anomalía alguna.

8. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Conocimientos generales: Presenta conocimientos en relación a diferentes categorías de acuerdo a su edad.

Pensamiento: razonamiento y juicio: Tiene la capacidad para establecer similitudes y semejanzas entre los objetos entregados reconoce sus funciones y propiedades comunes.

9. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTO

El niño presenta un buen estado de ánimo, es sonriente, alegre, tranquilo, juguetón y hablador; un tanto cariñoso, se emociona fácilmente con algo que le agrada, se enoja cuando se le llama la atención o no se le permite que haga lo que quiere y desobedece, manifiesta un poco de miedo hacia el padre porque lo amenazó con una soga y al muñeco Chucky.

10. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA

El menor se muestra consciente frente a su comportamiento, percibe y comprende su problema de lenguaje y las consecuencias frente a sus familiares, menciona no tener la culpa de su forma de hablar, muestra aceptación frente a la ayuda psicológica, toma una

actitud de compromiso, de cambiar su forma de hablar para que sus compañeros no le molesten o miren con indiferencia y su profesora no le diga malcriado ya que se queda callado cuando ella le hace preguntas, y sobre todo para que su padre no se enoje por que no puede hablar bien.

11. RESUMEN

El menor aparenta su edad cronológica, de tez trigueña, cabellos lacios, ojos negros de contextura delgada, estatura normal para su edad, presenta cuidado en su aseo personal, vestido ordenadamente, de postura encorvada; en su expresión facial denota desconfianza frente al entrevistador al inicio de la entrevista, colaborador frente a las preguntas de su comportamiento y lenguaje, hermético en relación a su familia, de lenguaje coherente, con dificultades en la fluidez, tiene problemas para hablar debido a la tartamudez que presenta, generando en el niño ansiedad. El menor se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona, su memoria se encuentra conservada, su percepción es adecuada, el pensamiento es rígido con contenidos hostiles, posee un estado de ánimo bueno, es sonriente, alegre, tranquilo, juguetón y hablador; un tanto, cariñoso, se emociona fácilmente con algo que le agrada, se enoja cuando se le llama la atención o no se le permite que haga lo que quiere, manifiesta un poco de miedo al padre que lo amenazó con una soga y al muñeco chucky que le enseño su primo.

INFORME PSICOMÉTRICO

1. DATOS GENERALES:

Nombres y apellidos : H.J.C.S.
Edad : 5 años
Sexo : Masculino
Fecha de nacimiento : 14/10/11
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : preescolar 5 años
Estado civil : Soltero
Procedencia : Arequipa
Religión : Católica
Ocupación : Estudiante
Informante : Madre - Paciente
Lugar de evaluación : Puesto de salud
Fecha de evaluación : 19/08/17 - 02/09/17
Examinado por : Mayleth Fiorella Gonzales Pachao

2. OBSERVACIONES GENERALES:

El menor que aparenta su edad cronológica, de contextura delgada, estatura conforme a su edad, presenta cuidado en su aseo personal, vestido ordenadamente, de postura encorvada, colaborador frente a preguntas de su comportamiento, lenguaje y hermético en referencia a su familia. El menor se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona, su memoria se encuentra conservada. Muestra cierta curiosidad al ver las pruebas y empezar a dibujar; frente al test de la familia la hoja fue aceptada en sentido horizontal, no realizó borraduras, no pidió material adicional, empezó dibujando al padre, luego a la madre, después a él y por último a su hermana, encuadrado en la parte superior de la hoja; en cuanto al test de matrices progresivas resuelve de manera rápida y concentrada, durante el

desarrollo de la prueba fue realizando preguntas cuando no entendía el ejercicio; en relación al test gestáltico visomotor, desarrollo de forma concentrada y segura.

3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Observación
- Entrevista
- Test de matrices progresivas en color de J. C. Raven.
- Test de la familia de L. Corman
- Test gestáltico visomotor para niños de Bender

4. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Test de matrices progresivas.

Análisis cuantitativo:

El puntaje parcial : serie A es de 7. Serie AB es de 4 y la serie B es de 3

El puntaje total : 14

Discrepancia : 0, 0, -1

Percentil : igual a 50

Rango : II+

Análisis cualitativo:

El niño en la evaluación obtiene un puntaje directo de 14, ubicándose en el rango II+ con un percentil de 50, teniendo un coeficiente intelectual término medio, lo que significa que el niño tiene habilidades cognitivas de niños de su edad, adecuada capacidad de conceptualizar y aplicar el razonamiento sistemático a problemas nuevos, basándose en la observación, comparación y pensamiento racional. La prueba fue desarrollada de manera reflexiva y concentrada, dando respuestas seguras.

Test gestáltico visomotor para niños

Edad cronológica: 5 años, 9 meses

Análisis cuantitativo:

Diagnóstico de la madurez de la percepción visomotora:

Número de errores (P.D.)	: 1
Media (P.P)	: 9.8
Desviación estándar	: 3.72
Límites críticos de desviación estándar	: 6.1 a 13.5
Diagnóstico en el rendimiento	: Superior

Edad de maduración de la percepción visomotora: 9-0 a 9-5, presenta una edad maduracional superior a su edad cronológica.

Diagnóstico de la madurez en escolaridad

Número de errores	: 1
Media	: 8.1
Desviación estándar	: 4.41
Límites críticos de desviación estándar	: 4.0 a 12.2
Grado de escolaridad	: Primer grado
Edad media	: 6 – 5 años
Diagnóstico	: Superior, el niño presenta una madurez visomotora de niños que cursan el primer grado de primaria, lo cual no es acorde con su edad ni con el nivel que cursa.

Diagnóstico de indicadores de lesión cerebral

	Número de errores	Porcentaje
Errores altamente significativos	0	0%
Errores significativos	1	100%
Errores no significativos	0	0%
Diagnóstico:	No hay presencia de lesión cerebral	

Análisis cualitativo:

H.J.C.S. durante la evaluación se mostró tranquilo y concentrado; el tiempo que utilizó para el desarrollo de la prueba fue de 12 minutos, este tiempo excede de los tiempos críticos de 4 a 10, en dos minutos, esto puede indicar cierto grado de perfeccionismo. Se utilizó para la evaluación una hoja de papel bond, la secuencia utilizada por el niño para reproducir las figuras es lógica, reflejando una capacidad de organización y planificación. En la calificación de la prueba se encontró un error que fue significativo por su integración. La percepción visomotora tiene como categoría superior, es decir que tiene buena habilidad para coordinar su visión y movimientos corporales lo cual es normal para su edad; la madurez en la escolaridad es de un niño de 6 años y que se encuentra cursando el primer grado, lo cual es superior al grado escolar que cursa, por último, no se encuentra la presencia de lesión cerebral.

Test de la familia:

El niño refleja, según su dibujo, problemas emocionales relacionados con la ansiedad y depresión debido a una insatisfacción consiente e inseguridad, la cual podemos relacionarla con su tartamudez; expresa necesidad de apoyo y dependencia, en relación al ambiente familiar y entorno escolar. Existe una valorización y se identifica con la madre, ya que con ella pasa el mayor tiempo, refleja un rechazo no significativo a la figura paterna debido a que en una ocasión le quiso pegar con una soga, su padre es muy importante para él, la hermana también se encuentra identificada dentro de la familia.

5. RESUMEN

El niño presenta problemas emocionales, tales como la ansiedad y depresión debido a la falta de seguridad de sí mismo, a causa de la tartamudez; evidencia necesidad de apoyo, dependencia emocional, y falta de comunicación, relacionadas con el entorno familiar y escolar. Su coeficiente intelectual es término medio, lo que significa que el niño posee habilidades cognitivas de niños de su edad, tiene adecuada capacidad de conceptualizar y aplicar el razonamiento sistemático a problemas nuevos, basándose en la observación, comparación y pensamiento racional. La percepción visomotora tiene como categoría superior, es decir que tiene buena habilidad para coordinar su visión y movimientos corporales, lo cual es normal para su edad; la madurez en la escolaridad es de un niño de 6 años y que se encuentra cursando el primer grado, siendo superior al grado escolar que cursa; no se encuentra la presencia de lesión cerebral.

Mayleth Fiorella Gonzales Pachao
Bachiller de Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES:

Nombres y apellidos : H.J.C.S.
Edad : 5 años
Sexo : Masculino
Fecha de nacimiento : 14/10/11
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : preescolar 5 años
Estado civil : Soltero
Procedencia : Arequipa
Religión : Católica
Ocupación : Estudiante
Informante : Madre - Paciente
Lugar de evaluación : Puesto de salud
Fecha de evaluación : 08/09/17
Examinado por : Mayleth Fiorella Gonzales Pachao

2. MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente es traído a consulta por la madre, la cual refiere: “mi hijito no puede hablar bien como que tartamudea al empezar a hablar, y también me ha dicho la profesora que es desobediente y malcriado. Además tiene mucho miedo a la araña y a chucky”

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

El niño de 5 años de edad que según la madre no habla bien porque tartamudea al empezar a hablar, repite de 2 a 3 veces la primera sílaba de la palabra desde enero de este año y lo presenta con mayor frecuencia en el jardín cuando recibe llamadas de atención o cuando siente miedo. La madre refiere que antes de que presentara esta dificultad al hablar se asustó, a consecuencia que el padre le amenazó con pegarle con una soga por lo que el

niño estuvo asustado y por la noche tuvo una pesadilla en donde se despertó llorando y diciendo “no papá”; poco después se volvió a asustar a raíz de una máscara de chucky que se había puesto uno de sus primos con los que estaba jugando, por lo que el niño se llegó a enfermar y empezó a tener pesadillas con sueños de este episodio cuyas reacciones eran de llanto, miedo y ansiedad. Actualmente, no presenta dichas pesadillas.

Por otro lado, la madre refiere que su niño tiene miedo a las arañas ya que cuando las ve se asusta y trata de evitarlas. Es un niño proveniente de un embarazo de riesgo a causa de la edad de la madre (44 años), sin embargo, nació por parto normal sin complicaciones.

Su desarrollo psicomotriz sigue su curso normal y es adecuada para su edad. A excepción del lenguaje ya que a partir de este año, 5 años, el niño ha empezado a tener dificultades en la fluidez del habla.

En cuanto a su escolaridad, la madre refiere que el niño empezó a asistir al jardín desde los 4 años en la que los dos primeros días tuvo problemas de adaptación, tuvo un buen rendimiento, en cuanto a su comportamiento hubo cambios ya que se volvió desobediente, debido a que la profesora lo maltrataba y no ponía orden en clase ya que el niño venía a casa rasguñado y con quejas de que otros niños le pegaban y le molestaban. Actualmente, es un niño que sigue teniendo un buen rendimiento, pero que según la profesora el niño no obedece, no le escucha, ni le responde.

El niño, vive con sus padres y su media hermana, la relación con la madre es más estrecha que con el padre ya que la madre está al cuidado del niño y el padre trabaja todo el día; sin embargo, es éste quien lo engríe y desautoriza a la madre; la relación con la hermana es distante y de falta de comprensión. Sin embargo, hay una buena relación de padres.

Pertenece a un nivel socio económico bajo.

El niño desde muy pequeño fue sonriente, alegre, tranquilo, juguetón y hablador; actualmente, es un niño cariñoso, sentimental, alegre, tranquilo, juguetón, sociable y se

emociona fácilmente con algo que le agrada, se enoja cuando se le llama la atención o no se le permite que haga lo que quiere y es desobediente.

4. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA:

H.J.C.S es un niño que aparenta su edad, con peso y estatura de acuerdo a su edad, vestido y aseado adecuadamente. Se muestra tranquilo y algo asustado al principio de la evaluación, pero luego se fue soltando y desenvolviéndose con mayor confianza, mantiene la mirada con la evaluadora. Se muestra atento a las indicaciones que se le da y resuelve las tareas de manera concentrada. Está orientado en tiempo, espacio y persona.

Su lenguaje es compresible, el tono de voz es oscilante entre débil y fuerte, su habla es normal, salvo que en situaciones de estrés y miedo el niño presenta dificultad en la fluidez del habla repitiendo 2 a 3 veces la misma sílaba de una palabra junto a un esfuerzo leve de la musculatura de la cara. Pensamiento y memoria conservados.

Su actitud es de colaboración.

5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Observación
- Entrevista
- Test de matrices progresivas en color de J. C. Raven.
- Test de la familia de L. Corman
- Test gestáltico visomotor para niños de Bender

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Según la observación y la entrevista el paciente es un niño de 5 años que tiene una capacidad intelectual en desarrollo, ya que se desenvuelve de acuerdo al objetivo que desea lograr; por ejemplo: sabe dibujar y pintar, distinguir cantidades, diferencias, etc. su motricidad gruesa y fina es adecuada para su edad.

En cuanto a su lenguaje, presenta dificultades en la fluidez del habla al empezar a decir una palabra ya que repite de 2 a 3 veces la misma sílaba y haciendo un esfuerzo leve de la musculatura de la cara, dicho problemas estaría causada por problemas emocionales relacionadas a la ansiedad originada por situaciones traumáticas; tales como la reacción de amenaza del padre y el impacto negativo de la máscara de chucky y las arañas.

Presenta una madurez de percepción visomotora superior, es decir que tiene buena habilidad para coordinar su visión y movimientos corporales, lo cual es normal para su edad; sin embargo su madurez en la escolaridad es de un niño de 6 años que se encuentra cursando el primer grado, siendo superior al grado escolar que cursa; no se encuentra la presencia de lesión cerebral.

En la esfera afectiva, es un niño cariñoso, tranquilo, sensible, juguetón, sociable. Sin embargo, también presenta problemas de conducta caracterizadas por llanto, enojo y desobediencia cada vez que no se le da lo que desea; lo cual estaría relacionada con su baja tolerancia a la frustración, y a la falta de acuerdos entre los padres para la educación de su niño.

Por lo tanto, el niño presenta problemas emocionales y del comportamiento causado por problemas en la fluidez del habla, relacionados con ansiedad ante la reacción de amenaza del padre, el impacto negativo de la máscara de chucky y las arañas. Este problema se presenta con mayor énfasis cuando al niño se le llama la atención o se le pregunta algo y por miedo se queda callado.

7. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA:

H.J.C.S. es un niño de 5 años de edad que tiene una inteligencia en término medio, lo que le capacita enfrentar y resolver problemas nuevos en relación a su nivel de desarrollo, lo cual se refleja en su madurez visomotora y grado de escolaridad teniendo un desempeño superior. Sin embargo, esta capacidad no se muestra en su manejo emocional ya que tiene una baja tolerancia a su frustración expresando respuestas negativas de llanto, enojo y desobediencia en situaciones donde no se le presta atención, así mismo presenta estados de ansiedad relacionados con el miedo a hablar debido a que tiene dificultades en iniciar el habla ya que repite de dos a tres veces las primeras silabas por lo que no desea participar en clase, prefiere quedarse callado para evitar burlas y llamadas de atención de parte de la profesora y el padre. Por otro lado, el niño se muestra cariñoso, juguetón, tranquilo y sociable en el hogar y con cierta dependencia hacia la madre.

Se descarta lesión cerebral de forma psicométrica y por todo lo anteriormente descrito el niño presenta problemas en la fluidez del habla o disfemia.

8. PRONÓSTICO

Favorable, por la disposición por parte del niño para realizar y llevar a cabo el trabajo terapéutico así como también de la familia.

9. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia familiar.
- Psicoterapia de apoyo.

Mayleth Fiorella Gonzales Pachao
Bachiller de Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

1. DATOS GENERALES:

Nombres y apellidos : H.J.C.S.
Edad : 5 años
Sexo : Masculino
Fecha de nacimiento : 14/10/11
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : preescolar 5 años
Estado civil : Soltero
Procedencia : Arequipa
Religión : Católica
Ocupación : Estudiante
Informante : Madre - Paciente
Lugar de evaluación : Puesto de salud
Fecha de evaluación : 15/09/17
Examinado por : Mayleth Fiorella Gonzales Pachao

2. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO:

H.J.C.S. es un niño de 5 años de edad que tiene una inteligencia en término medio, lo que le capacita enfrentar y resolver problemas nuevos en relación a su nivel de desarrollo, lo cual se refleja en su madurez visomotora y grado de escolaridad teniendo un desempeño superior. Sin embargo, esta capacidad no se muestra en su manejo emocional ya que tiene una baja tolerancia a su frustración expresando respuestas negativas de llanto, enojo y desobediencia en situaciones donde no se le presta atención, así mismo presenta estados de ansiedad relacionados con el miedo a hablar debido a que tiene dificultades en iniciar el habla ya que repite de dos a tres veces las primeras silabas por lo que no desea participar en clase, prefiere quedarse callado para evitar burlas y llamadas de atención de

parte de la profesora y el padre. Por otro lado, el niño se muestra cariñoso, juguetón, tranquilo y sociable en el hogar y con cierta dependencia hacia la madre.

Se descarta lesión cerebral de forma psicométrica y por todo lo anteriormente descrito el niño presenta problemas en la fluidez del habla o disfemia.

3. OBJETIVOS GENERALES:

- Generar la disminución de las situaciones que le generen ansiedad.
- Mejorar el control emocional utilizando nuevas alternativas de respuestas mantenerlas y transferirlas; las cuales aumenten la fluidez y modifiquen la disfemia.
- Mejorar la calidad de vida en el aspecto personal, familiar y escolar.

4. ACCIONES PSICOTERAPÉUTICAS:

- Ayudar al niño a identificar las situaciones ansiosas y apoyarse en respuestas que no le ocasionen altos niveles de ansiedad ni esfuerzo para hablar, sobretodo en lugares públicos. (13 sesiones)
- Entrenamiento en habilidades sociales para que pueda relacionarse con sus pares y demás personas sin dificultades. (1 sesión)
- Orientar a los padres de familia en la importancia de su participación, colaboración, y apoyo para mejorar el habla del niño. (2 sesiones)

5. DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS PICOTERAPÉUTICAS:

Nº DE SESIONES	TÉCNICA	OBJETIVO	META
1ra sesión	Educativa y evaluativa. Se explica a la madre y el niño sobre el proceso de la psicoterapia. Se evalúa la dificultad del habla.	Lograr que la madre tenga conocimiento sobre la naturaleza de las sesiones.	
2da sesión	Técnica de Relajación: Elaboración de la jerarquía de estímulos ansiosos. Reforzamiento positivo.	Reducir la ansiedad del niño.	
3ra sesión	Técnica de relajación Desensibilización sistemática enriquecida Reforzamiento positivo	Reducir la ansiedad del niño ante estímulos específicos. Aumentar las conductas positivas logradas.	Que el niño supere la dificultad de habla.
4ta sesión	Técnica de relajación Desensibilización sistemática enriquecida Reforzamiento positivo	Reducir la ansiedad del niño ante estímulos específicos. Aumentar las conductas positivas logradas.	Que aprenda a manejarse ante situaciones que le generen ansiedad.
5ta sesión	Técnica de relajación Desensibilización	Reducir la ansiedad del niño ante estímulos	

	sistemática enriquecida Reforzamiento positivo	específicos. Aumentar las conductas positivas logradas.	
6ta sesión	Técnicas de relajación Técnica de seguimiento, habla en sombra o eco	Conseguir que el niño atienda prioritariamente a la información que llega al canal auditivo.	
7ma sesión	Técnica de encubrimiento o enmascaramiento	Se pretende que el niño aprenda a hablar con un ritmo determinado.	
8va sesión	Técnica de retroalimentación auditiva demorada o habla retardada.	Lograr que el niño escuche su propia voz.	
9na sesión	Pautas generales de la tartamudez.	Capacitar y orientar a los padres de familia en el conocimiento de la tartamudez.	
10ma sesión	Técnica de relajación Técnica de refuerzo positivo a respuestas alternativas a la tartamudez	Logra el reconocimiento o aprobación de los periodos sin tartamudez. Participación de los padres de familia.	
11va sesión	Técnica de tiempo fuera	Ayudar al niño en el control de los tiempos de tartamudeo.	
12va sesión	Técnicas de relajación Contra condicionamiento:	Entrenar al niño para interrumpir su habla en	

	Economía de Token	el momento de tartamudear e inspirar profundamente.	
13va sesión	Técnica de relajación. Técnica de respiración. Soplos y juegos con la musculatura de la cara. Modelado: enlentecimiento del habla, habla rítmica y comienzo suave de la inspiración. Reforzamiento positivo	Reducir la ansiedad para hablar. Relajar la musculatura de la cara. Modificar la forma de hablar del niño.	
14va sesión	Técnica de relajación. Técnica de respiración. Soplos y juegos con la musculatura de la cara. Modelado: enlentecimiento del habla, habla rítmica y comienzo suave de la inspiración. Reforzamiento positivo	Reducir la ansiedad para hablar. Relajar la musculatura de la cara. Modificar la forma de hablar del niño.	
15va sesión	Reforzamiento positivo Extinción Costo de respuesta Contrato conductual	Aumentar la frecuencia de una conducta deseada. Disminuir o eliminar una conducta problemática	

16va sesión	Entrenamiento en habilidades sociales	Entrenamiento en técnicas de relación social y assertividad	
17va sesión	Orientación y consejería a los padres del niño.	Mejorar la comunicación capacitarlos en formas adecuadas de educación de su niño.	
18va sesión	Seguimiento	Lograr que el paciente mantenga las conductas logradas.	

6. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Las sesiones de psicoterapia se realizarán dos veces por semana, por un periodo de tres meses. Cada una tendrá una duración de 40 a 45 minutos.

7. AVANCES TERAPÉUTICOS

En relación a los avances logrados se ha llevado a cabo trece sesiones de psicoterapia descontando las sesiones de evaluación, los objetivos que fueron planteados para cada sesión fueron alcanzados, más no, todos los objetivos generales. En dichas sesiones realizadas se consiguió que el niño tenga mayor conciencia de su problema en la fluidez del habla, manejar situaciones que le causen ansiedad, controlar los tiempos de tartamudez, saber respirar, se obtuvo la participación activa de los padres en la disminución de la disfemia.

La discontinuidad en las sesiones psicoterapéuticas se debió a que la familia se trasladó a otra ciudad por motivos de trabajo.

Mayleth Fiorella Gonzales Pachao

Bachiller de Psicología

ANEXOS DE CASO CLÍNICO 02

HOJA DE EVALUACION DE LAPRUEBA DE RAVEN

HOJA DE EVALUACION DEL TEST DE LA FAMILIA

HOJA DE EVALUACION DEL TEST GESTALTICO VISOMOTOR

PROTOCOLO DE LA PRUEBA DE RAVEN
ESCALA ESPECIAL

INSTITUTO ESCUELA 6 CLINICA

Nombre: Héctor Grado Inicial: Sexo Masculino

Hora Inicio: 11:04 Hora Final: 11:14 Duración: 10 minutos

Padre Roberto Profesión Carpintero Edad 43

Madre Julieta Profesión Ama de casa Edad 43

Examinador: Maryeth Florita Gómez Pachas

Fecha de examen	2017	03	05
Fecha de nacimiento	2011	10	14
Edad cronológica	5	9	21

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	L		+
4	2		+	4	4		-	4	2		-
5	6		+	5	6		-	5	1		-
6	3		+	6	5		-	6	3		-
7	4		-	7	3		+	7	2		-
8	1		-	8	2		-	8	5		-
9	5		-	9	3		-	9	1		-
10	3		+	10	3		-	10	1		-
11	2		-	11	1		-	11	4		-
12	2		-	12	4		-	12	2		-
Aciertos				Aciertos				Aciertos			
Errores				Errores				Errores			
Punt. Parcial				Punt. Parcial				Punt. Parcial			
Discrepancia				Discrepancia				Discrepancia			

ACTITUD DEL SUJETO											
Intuitiva	Forma de trabajo	Reflexiva	Disposición	Fatigada	Desinteresada	Distracta	Resuelve Serie	Resuelve al cierre	Resuelve Serie	No resuelve Serie	
Lenta		Rápida		Desinteresada		Interesada					
Torpe		Inteligente		Intranquiila		Tranquila					
Distracta		Concentrada		Vacilante		Segura					
Perseverancia											
Irregular				Uniforme							

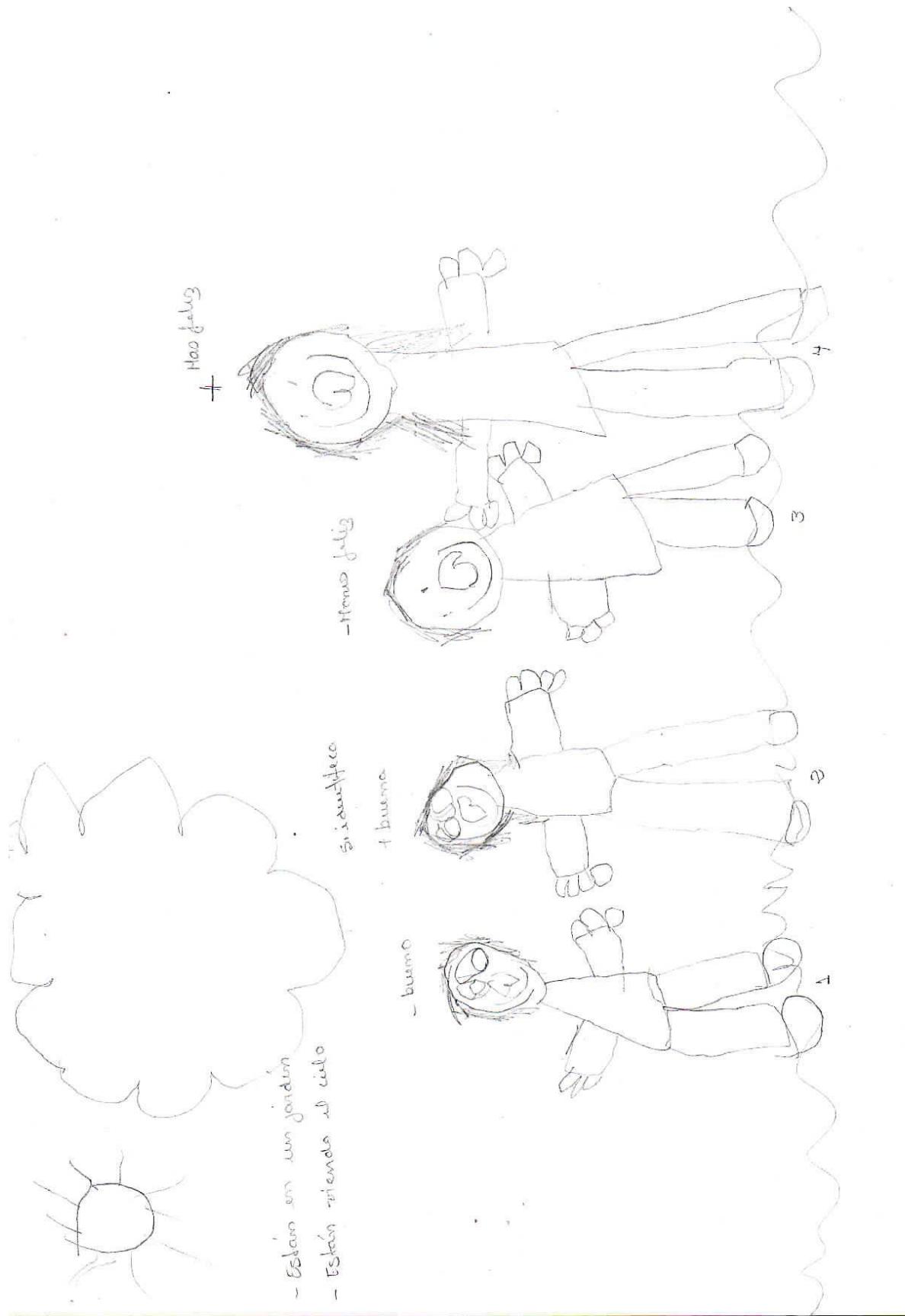
INDICADORES DE R. M.			
Fallas al cierre	X	Resuelve Serie	
Respuesta al azar		No resuelve Serie	
Esteriotipada		Resuelve problemas difícil.. Serie	
No comprende la prueba por la forma cuadro			

DIAGNOSTICO.

Edad Cronológica 5 a 9 meses 21 días
Tiempo / min. 10 minutos
Discrepancias 0,0, -1

Total Aciertos 14
Percentil 50
Rango II +

Capacidad intelectual Término Medio



HOJA DE EVALUACION

HERNAN REYNOSO D.

I. DATOS DE INFORMACION GENERAL:

1.1. NOMBRES Y APELLIDOS: Héctor

1.2. FECHA DE APLICACION:

AÑO	MES	DIA
2017	08	05
2011	10	14

1.3. FECHA DE NACIMIENTO:

1.4. EDAD CRONOLOGICA: 5, 9 meses

SEXO: Masculino

1.5. GRADO: Inicial

1.6. EXAMINADOR: Blauleth Fiorillo Gonzalo Pachano

1.7. HORA INICIO: 3:10

HORA FINAL: 3:22

TIEMPO: 12 minutos

II. ITENS DE PUNTUACION

FIGURA A

1. DISTORSION DE LA FORMA 1a (sig)
1b (sig.7años)
2. ROTACION (sig)
3. INTEGRACION (sig)

ERROR A.S. S. N.S.

○			
○			

FIGURA 1

4. DISTORSION DE LA FORMA (sig)
5. ROTACION (altamente sig.)
6. PERSEVERACION (altamente sig.7años)

○			

FIGURA 2

7. ROTACION (sig. 8 años)
8. INTEGRACION (altamente sig.7años)
9. PERSEVERACION (altamente sig.7años)

○			

FIGURA 3

10. DISTORSION DE LA FORMA (sig.7años)
11. ROTACION (altamente sig.8años)
12. INTEGRACION 12a (sig.6años)
- 12b (altamente sig.)

○			

FIGURA 4

13. ROTACION (altamente sig.)
14. INTEGRACION (sig.)

1	1		

FIGURA 5

15. MODIFICACION DE LA FORMA (sig.9años)
16. ROTACION (sig.)
- 17 INTEGRACION 17a (no sig.)
- 17b (altam. sig.)

○			

FIGURA 6

18. DISTORSION DE LA FORMA 18a (sig.7años)
- 18b (alt.sig.)
19. INTEGRACION (altamente sig.7años)
20. PERSEVERACION (altamente sig.7años)

○			

FIGURA 7

21. DISTORSION DE LA FORMA 21a (sig.8años)
- 21b (sig.9años)
22. ROTACION (altamente sig.7años)
23. INTEGRACION (sig.7años)

○			

FIGURA 8

24. DISTORSION DE LA FORMA (sig.7años)
25. ROTACION (altamente sig.)

1	0	0	0

NUMERO TOTAL Y PARCIAL DE ERRORES

VALORES RELATIVOS

III. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

3.1. DIAGNOSTICO DE LA MADUREZ DE LA PERCEPCION VISOMOTORA:

NO ERRORES (P.D.) 1 MEDIA (P.P) 9.8 DESV. STANDAR 3.72
LIMITES CRITICOS DE DESVIACION NORMAL (+/-) 6.1 a 13.5

DIAGNOSTICO : SUPERIOR NORMAL INFERIOR

3.2. DIAGNOSTICO DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL:

E.C. 5.9 E.M. 5-11 C.I. 104

DIAGNOSTICO APROX. C.I. Normal

3.3. DIAGNOSTICO DE MADUREZ EN ESCOLARIDAD:

NO ERRORES 1 MEDIA 8.1 DESV. STANDAR 4.41

LIMITES CRITICOS DE DESVIACION NORMAL (+/-) 4.0 a 12.2

GRADO ESCOLARIDAD 1º grado EDAD MEDIA 6-5

DIAGNOSTICO Superior

3.4. DIAGNOSTICO DE INDICADORES DE LESION CEREBRAL:

	NO ERRORES	PORCENTAJE
ERRORES ALTAMENTE SIGNIFICATIVOS	<u>0</u>	<u>0 %</u>
ERRORES SIGNIFICATIVOS	<u>1</u>	<u>100 %</u>
ERRORES NO SIGNIFICATIVOS	<u>0</u>	<u>0 %</u>
DIAGNOSTICO		

No hay lesión cerebral.

3.5. FACTORES RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO DE LESION CEREBRAL:

TIEMPO: El niño ocupa un tiempo de 12 minutos, lo cual excede los límites normales de 4 a 10 minutos en dos minutos. Lo que puede indicar una lesión de intensidad.
ESPACIO: Utiliza el niño una hoja, indicador de normalidad.

INDAGACION DE ERRORES: Existencia de 1 error significativo en la figura 1, integración.

OBSERVACION DE CONDUCTAS: El niño empieza a trabajar sin problemas en la hoja para su mayor comodidad, en todo momento estuvo concentrado y tranquilo.

3.6. SINTESIS DIAGNOSTICA: Néstor se muestra dentro la evolución tranquila y concentrada, su respuesta oromotoria es de categoría superior, con un coeficiente intelectual normal y su madurez en la escolaridad es de un niño de 6 años cursando el primer grado.

