

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

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

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“ACTITUDES DE PADRES SOBRE LA EDUCACIÓN SEXUAL
DE SUS HIJOS ADOLESCENTES EN UNA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA PRIVADA”**

TESIS PRESENTADA POR LA BACHILLER:
PAZ CUADROS, NÉLIDA ENEIDA
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

ASESORA: PS. PATRICIA PAOLA
FERNÁNDEZ CUADROS

AREQUIPA – PERÚ
2019

PRESENTACIÓN

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

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA.

SEÑORA PRESIDENTE DEL JURADO.

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR.

Cumpliendo con las normas y lineamientos del reglamento de grados académicos y títulos profesionales de la Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, presento a vuestra consideración la tesis titulada “ACTITUDES DE PADRES SOBRE LA EDUCACIÓN SEXUAL DE SUS HIJOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA”.

Trabajo que al ser evaluado y aprobado me permitirá obtener el título profesional de Psicóloga.

Arequipa, noviembre de 2019

Bachiller:

Paz Cuadros, Nélida Eneida

Agradecimiento

A mis padres Carlos y Nélida que incondicionalmente me brindan su apoyo, por su motivación constante, a pesar del tiempo y la distancia que nos separa.

A mis hijos Carlos y Leonardo, fuente de mi amor, cariño e inspiración.

A todas las personas que han hecho posible la realización de este trabajo de investigación, gracias por su tiempo y dedicación en especial a aquellas que me permitieron el acceso a la información.

Resumen

La presente Investigación titulada “Actitudes de padres sobre la educación sexual de sus hijos adolescentes en una institución educativa privada”, tiene como objetivo describir las características de las actitudes de los padres sobre la educación sexual de sus hijos adolescentes en una institución educativa privada. El tipo de investigación es: cuantitativa, no experimental; diseño descriptivo. Se trabajó con una muestra probabilística de 108 padres con hijos adolescentes entre 11 y 16 años de edad. El instrumento de recolección de datos que se utilizó fue el test de Actitudes Sobre Educación Sexual de Niños y Adolescentes en Padres de Familia (ACSEX), de Carlos Efraín Marchena Cárdenas. Según el análisis e interpretación de los resultados, se concluye que la actitud de los padres sobre el acceso a la información de educación sexual de sus hijos adolescentes: en duda el 39.8%, en desacuerdo 35.2%, totalmente en desacuerdo 1.9% sumados 37.1%; de acuerdo 19.4% y totalmente de acuerdo 3.7% sumados 23.1%. La actitud de los padres sobre la aquiescencia en el uso de métodos anticonceptivos de sus hijos adolescentes: de acuerdo 41.7%, totalmente de acuerdo 17.6% sumados 59.3%; en duda 27.8%; en desacuerdo 10.2%, totalmente en desacuerdo 2.7% sumados 12.9%.

La actitud de los padres sobre el inicio de la actividad sexual de sus hijos adolescentes: en duda 33.3%; en desacuerdo 26.9%, totalmente en desacuerdo 21.3% sumados 48.2%; de acuerdo 13.9% y totalmente de acuerdo 4.6% sumados 18.5%.

PALABRAS CLAVE: Educación Sexual, Actitudes, Adolescentes.

Abstract

The present Research entitled "Attitudes of parents about the sexual education of their teenage children in a private educational institution", aims to describe the characteristics of the attitudes of parents about the sexual education of their teenage children in a private educational institution. The type of research is; quantitative, non-experimental; descriptive design. We worked with a probabilistic sample of 108 parents with teenage children between 11 and 16 years of age. The data collection instrument that was used was the Attitudes Test on Sexual Education of Children and Adolescents in Parents (ACSEX), by Carlos Efraín Marchena Cárdenas. According to the analysis and interpretation of the results, it is concluded that the attitude of parents on access to sexual education information of their teenage children: in doubt 39.8%, disagree 35.2%, totally disagree 1.9% added 37.1%; in agreement 19.4% and totally in agreement 3.7% added 23.1%. The attitude of the parents on the acquiescence in the use of contraceptive methods of their adolescent children: in agreement 41.7%, totally in agreement 17.6% added 59.3%; in doubt 27.8%; disagree 10.2%, totally disagree 2.7% added 12.9%.

The attitude of parents about the start of sexual activity of their teenage children: in doubt 33.3%; disagree 26.9%, totally disagree 21.3% added 48.2%; agree 13.9% and totally agree 4.6% added 18.5%.

KEY WORDS: Sex Education, Attitudes, Adolescents.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada	i
PRESENTACIÓN	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen	iv
Índice de Tablas	ix
Introducción	x
CAPÍTULO I	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema.	8
1.3 Objetivos: General y específicos.....	8
1.3.1 Objetivo General.	8
1.3.2 Objetivos específicos.....	8
1.4 Importancia del Estudio	9
1.5 Limitaciones del Estudio.....	10
1.6 Definición de términos.....	10
1.7 Operacionalización de la variable única	12
CAPÍTULO II.....	13
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	13

2.1.1 Nacionales	13
2.1.2 Internacionales	16
2.2 Educación Sexual	18
2.3 Sexualidad humana	22
2.4 Dimensiones de la sexualidad	26
2.5 Las actitudes.....	27
2.6 Características de las actitudes.....	29
2.7 Importancia del estudio de las actitudes en la psicología social	29
2.8 Actitudes ante la sexualidad.....	30
2.9 Actitudes de padres sobre la sexualidad	33
2.10 La adolescencia y sus características	34
2.11 Derechos sexuales y reproductivos	42
2.12 Importancia de la educación sobre la sexualidad de los hijos.....	44
2.13 La información sobre sexualidad de niños y adolescentes	46
2.14 Aquiescencia en el uso de métodos anticonceptivos	48
2.15 Inicio de la actividad sexual.....	49
2.16 Educación sexual integral (ESI).....	53
2.17 La Dirección de Tutoría y Orientación Educativa	61
CAPÍTULO III.....	65
3. Metodología de la investigación	65
3.1 Tipo de investigación	65
3.2 Diseño de la investigación	65

3.3 Procedimientos.....	68
CAPÍTULO IV	69
4.RESULTADOS	69
4.1 Descripción de datos	69
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES	78
REFERENCIAS.....	80

Índice de Tablas

Tabla 1 Operacionalización de la variable.....	12
Tabla 2 <i>Capacitación en educación sexual de hijos</i>	69
Tabla 3 <i>Actitud de los padres sobre la educación sexual de sus hijos adolescentes</i>	70
Tabla 4 <i>Actitud de los padres al acceso a la información sobre educación sexual de sus hijos adolescentes</i>	70
Tabla 5 <i>Actitud de los padres sobre la aquiescencia en el uso de métodos anticonceptivos de sus hijos adolescentes</i>	71
Tabla 6 <i>Actitud de los padres sobre el inicio de la actividad sexual de sus hijos adolescentes</i>	71
Tabla 7 <i>Creo que se logra prevenir problemas de embarazo precoz, el SIDA y el aborto, con la educación sexual a niños y adolescentes</i>	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 8 <i>La educación sexual para niños y adolescentes la debe proporcionar un profesor u otro especialista</i>	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 9 <i>Considero recomendable que eduquemos en sexualidad a nuestros hijos</i>	¡Error! Marcador no definido.

Introducción

La sexualidad humana, componente importante de la personalidad, ha sido un tema tabú y aún ahora en el mundo occidental post moderno sigue siendo un tema al que la generalidad de las personas de diferentes edades y diferentes estratos socioeconómicos y culturales se refieren con marcada reserva e incluso con actitudes negativas y hasta sancionadoras; sin embargo, son muy comunes las bromas y los comentarios en doble sentido en toda conversación y en todo ámbito; no obstante no se habla con la sensatez o formalidad que el tema implica. Tales comportamientos se deben en gran medida a que nuestro entorno más cercano, como la familia, el medio sociocultural, la escuela, la iglesia, etc. han moldeado y transmitido de generación en generación, mitos y creencias erróneas acerca del sexo y la sexualidad, lo que ha conducido a asociarla primordialmente con la procreación y la genitalidad. Somos seres sexuados desde que nacemos hasta que morimos, por lo que la sexualidad nos acompaña en todas las etapas de nuestra vida y en cada una se expresa y se vive de manera diferente, por lo que hay que abordarla y orientarla de acuerdo a cada etapa y de acuerdo a los intereses, necesidades y circunstancias particulares de cada persona. Los adolescentes son actualmente una de las poblaciones de mayor vulnerabilidad en nuestro país, los mismos que constituyen según el último censo del Instituto Nacional de Estadística e Informática el 20,9 % de la población, cuyo número alcanza los 5'749,220. (INEI, 2017) este grupo etario atraviesa un momento de tránsito en el que se van a definir aspectos cruciales de personalidad y en el que se vivencian una serie de cambios biológicos y psicológicos acelerados, como lo señaló Marta Rondón especialista en salud mental en el foro panel realizado en la UNSA, cambios que tienen que ver con su natural transformación de niños a adultos, con implicancias especialmente en su desarrollo

y maduración sexual, así como en la consolidación de su identidad. Los cambios que comienzan a experimentar, muchas veces los llevan a buscar información en todo lugar menos con sus padres y si aun así lo hiciesen, la información sexual que puedan recibir en la actualidad sigue repitiendo los mismos parámetros de crianza respecto a los estereotipos de género de lo femenino y lo masculino y sobre todo que, es mejor en cuanto menos pregunten de sexo y sexualidad.

En nuestra sociedad y en la sociedad occidental en general se ha condenado históricamente toda manifestación del sexo que no esté destinada a la reproducción, López (2016), señala que “padres y madres asumen que, hablar de sexo o enseñar acerca de sexualidad, impulsará a sus hijos a un inicio temprano en las relaciones sexuales, exponiéndolos a embarazos no deseados, a contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), al aborto, etc.”. Postergando la formación e información de calidad sobre el tema y procrastinando su comienzo para “cuando crezcan un poco más”, para “cuando lleguen a la adolescencia”, para “cuando tengan enamorado/a, novio/a” y en realidad ese momento no llega. Esto se constituye en un factor de desprotección para los niños, adolescentes, jóvenes e inclusive para los adultos que, al no tener las herramientas necesarias para detectar y enfrentar situaciones de riesgo, no se pueden proteger. No obstante gracias a la ejecución de algunos programas de instituciones gubernamentales, ONGs, y el consiguiente despliegue mediático; progresivamente las mujeres se están atreviendo a denunciar actos de violencia que antes dejaban pasar por miedo y vergüenza; sin embargo, no es suficiente, a pesar de todo, las niñas, los niños y los adolescentes siguen siendo potenciales víctimas de captación por las redes, acoso y agresión sexual, violaciones; así mismo la lista de los feminicidios sigue en aumento. Cabe preguntar ¿qué es lo que está sucediendo entonces? o ¿qué es lo que falta hacer para que estos

hechos dejen de ocurrir? Es acaso que, como indica Sugobono (2019) “La educación es la respuesta a esta interrogante que cada vez nos planteamos más peruanos y peruanas de ¿cómo se puede evitar que muera una mujer más en nuestro país?”.

Son diversos los agentes educadores y formadores en materia de sexo y sexualidad, pero sin duda el principal y más importante son los padres. Gossart (2002) afirma “No hay mejor lugar que el hogar para la educación sexual”, y en efecto estamos de acuerdo que la responsabilidad principal es de los padres, sin embargo sus prejuicios, temores y creencias, la falta de comunicación, vergüenza al tratar el tema y sentir que no están preparados, es el obstáculo principal, ya que fueron sus experiencias las que formaron o deformaron su percepción acerca del sexo y la sexualidad y las que paulatinamente ha moldeado sus pensamiento y determinado su actitud, su proceder y su conducta; por consiguiente todo ello proyectarán en la crianza de sus hijos. Al respecto Shibley, J y DeLamater (2003) aseguran que “La sexualidad humana está influida en gran medida por el condicionamiento y el aprendizaje; estos procesos determinan que los individuos y las sociedades adopten pautas de conducta y de actitudes muy diferentes frente a la sexualidad”.

Desde esta perspectiva, y frente a la apreciación en general que se tiene de la sexualidad hoy en día y la manera en que se está viviendo y expresando por los adolescentes; es, que la presente investigación se enfoca en identificar y describir las actitudes de los padres hacia la educación sexual de sus hijos adolescentes; en cuanto a la información sexual, al uso de los anticonceptivos y la iniciación de la actividad sexual; lo que permitirá brindar información y estar al tanto, de si los padres y madres se oponen a que sus hijos adolescentes se informen sobre

sexualidad, y además planteen quienes deben ser los agentes encargados de brindar esta educación.

La investigación está conformada por cuatro capítulos:

En el Capítulo I se presenta la formulación y el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación, la importancia y limitaciones de estudio y la definición de términos que son clave para la investigación.

En el Capítulo II se expone el marco que va a dar sustento teórico a la presente investigación; en donde se desarrollarán temas referentes a las actitudes, actitudes de padres frente a la sexualidad, la adolescencia y sus características; la sexualidad humana, sus componentes y dimensiones; concepciones sobre sexualidad, la educación sexual integral, modelos de educación sexual, los beneficios de la educación sexual integral y finalmente la educación sexual en el sistema educativo peruano.

En el Capítulo III se explica la metodología, tipo y diseño de investigación, la población y muestra, así como las técnicas e instrumento de recolección de datos y su procesamiento.

En el Capítulo IV se realiza la descripción de los resultados, seguidamente se presenta el análisis y discusión, así como las conclusiones y las recomendaciones de la investigación.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El sexo y la sexualidad siempre han sido un tema muy controversial en todos los tiempos y en todas las sociedades, motivo por el cual, el desarrollo de su estudio ha pasado por diferentes etapas.

Hurtado (2016) en calidad de Presidente del 18° Congreso Latinoamericano de “Sexología y Educación Sexual” llevado a cabo en Madrid España, refiere que, “Durante los últimos 50 años se han dado muchos cambios importantes, cambios culturales y políticos que han permitido el desarrollo y la diversificación de la sexología en los diferentes países de América Latina; pero además del estudio y desarrollo de la sexología como tal, también ha habido intentos de implantarla e instituir la como parte de la educación formal en los sistemas educativos a nivel internacional a través de políticas de fomento y según el contexto cultural de cada país”.

Nuestro país no está al margen de la influencia de todas esas transformaciones; vivimos en un mundo globalizado lo que nos hace formar parte

de esta cadena de cambios; sin embargo, se percibe que, en el campo de la sexualidad, poco o nada se ha avanzado en el aspecto académico y más específicamente nos referimos a la falta de formación e información eficiente en sexualidad a nivel de la población en general. El sexólogo peruano Martínez. (2016) refiere “En el Perú en los últimos 25 años no hemos avanzado en nada en temas de educación sexual en las escuelas. Lo veo y lo he comprobado desde mi experiencia y revisando datos. Las preguntas de los alumnos y de los padres son las mismas que recibo desde hace 5, 10, 15, 20 años. Esto demuestra que no se ha hecho nada, que existe la urgencia de un plan nacional de educación sexual integral.”. Constatamos esto, y se ve reflejado en las estadísticas que se exponen a continuación.

Durante el año 2017, el 13,4% de adolescentes de 15 a 19 años fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez, lo que representó un incremento del 0,7% con respecto al año anterior. Así lo reveló la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) del INEI (2017). El embarazo de las adolescentes del área rural fue de 23,2%, mientras que en área urbana fue de 10,7%. Además, en base al informe del Endes 2017 y los registros del MINSA y del Reniec, cuatro adolescentes menores de 15 años quedan embarazadas diariamente en el Perú, mientras que 10 adolescentes con 15 años de edad se embarazan al día. Sobre esta realidad Walter Mendoza de Souza, analista y vocero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFRA) Perú, advierte la falta de educación sexual en el país como una de las causas, ya que muchas adolescentes que quisieran postergar la maternidad y el primer embarazo no lo pueden cumplir porque falta educación sexual, una buena orientación, consejería y la posibilidad de ejercer sus derechos con servicios de salud amigables.

De otro lado, en la Región Arequipa, en lo que va del año se han reportado 556 embarazos en adolescentes entre 12 y 16 años. Según estadísticas de Salud Sexual y Reproductiva de la Gerencia Regional de Salud Arequipa (Geresa) (2017), se atendieron a 10.875 gestantes, de las cuales el 5,1% eran menores de edad. Según explicó la médico adolescentóloga del Hospital Honorio Delgado, Blanca Herrera Núñez, cada año las cifras de adolescentes gestantes disminuyen ligeramente. El 2016 llegó a 892, en tanto, el año pasado se atendió a 844 “Debemos tomar en cuenta que existe un sub registro. No todas las adolescentes embarazadas vienen para ser atendidas en los hospitales públicos. Aun así, estamos percibiendo un descenso. Estamos estudiando la razón. Tenemos una ligera sospecha que es por el uso excesivo de la pastilla del día siguiente”, indicó la especialista.

En lo que se refiere a los abortos en el Perú, las estadísticas encontradas en un estudio realizado a nivel nacional a 2400 mujeres en las 24 regiones indican que, a nivel nacional, el 19% de mujeres se han realizado un aborto y éste ocurre a pesar de la prohibición legal que hay en el Perú. La práctica del aborto es transversal a todos los niveles socioeconómicos. Instituto de Opinión Pública (IOP-PUCP) por encargo del Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX 2019) igualmente, no podemos negar la existencia de abortos clandestinos de los que no se tienen datos ni fuentes confiables, los mismos que se realizan en las peores condiciones y por personas que incluso se hacen pasar por personal de salud, ocasionando daño emocional y físico a veces irreversible en las adolescentes gestantes, como lo muestra la investigación de Ríos, Vera., y Mantilla, (2018) “Aborto en adolescentes atendido en el Hospital Florencia de Mora. Es Salud. Enero 2016 - diciembre 2017” Estudio descriptivo de corte transversal. El objetivo de dicha investigación fue estudiar una muestra de 28

abortos de adolescentes que se atendieron en el hospital; donde predominó el aborto incompleto, la mayoría con 8 a 9 semanas de gestación; indican además los resultados, que se presentaron complicaciones severas como anemia, infección de las vías urinarias, pelvi peritonitis, perforación uterina. El tratamiento fue legrado uterino y una histerectomía abdominal.

Además, en lo que respecta a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) el jefe de la Dirección de Prevención y Control de VIH, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis del MINSA (2019) doctor Benites, en el marco del Día Mundial de la Salud Sexual, que se conmemoró el 4 de setiembre, reveló que “entre enero y julio de este año se registraron 341,603 consultas por posibles enfermedades de transmisión sexual (ETS). Las estadísticas advierten de reducido porcentaje de uso del condón y especialista pide mejorar acceso a la información. Indica que el año pasado, como parte del abordaje de síntomas compatibles con una infección sexual, fueron reportadas 441,504 atenciones”.

Esta es nuestra realidad y es alarmante y a pesar de que el MINSA hace gala de prestaciones de servicios, de políticas de salud sexual y reproductiva, de campañas y otras actividades para los/as adolescentes partir de los 14 años, esto no está facilitando ni promoviendo los resultados esperados a mediana o gran escala. Consideramos que la explicación a este hecho se sustenta en que el sector salud en general ha dado énfasis y mayor apertura a los programas de planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos, dando por hecho que es la solución más adecuada. Sin embargo, estamos convencidos que no es la mejor estrategia, ya que no se priorizan la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva y que por el contrario prevalece una estrategia incompleta, que sólo toman en cuenta el aspecto orgánico y biológico de la persona en general, más no el aspecto

psicológico, social, emocional, moral, cultural, enfrascándose en una perspectiva de sanidad. Como refieren Padrón, Fernández, Infante y París (2009) “La educación sexual es absorbida por la educación para la salud, centrada en la prevención de riesgos. Por lo que trabajar la educación sexual dentro de la educación para la salud conlleva el peligro de la biologización de la sexualidad, que supone equiparar la sexualidad con coito, reducirla a los órganos genitales y sobredimensionar su función reproductora. No sólo ofrece conocimientos muy limitados, sino que favorece además la asociación entre la idea de peligro y la sexualidad”, por lo que evidenciamos la falta de un propósito formativo eficiente y oportuno, momento preciso en el que se debe reconocer el importante papel que juega el establecimiento de la educación integral como prioridad.

En referencia a ello, Rossina Guerrero, directora de programas preventivos de PROMSEX. Guerrero (2019) indica que “En el Perú, difícilmente se puede hablar que se ha implementado una política pública de educación sexual integral. Lo que ha habido son procesos incipientes, pero no como una prioridad de Estado”. Consideramos al respecto, que los padres al reconocer los beneficios de la misma, puede ser, aceptada, asumida y a su vez promovida para que se desarrolle en el ámbito educativo con personal idóneo.

En la actualidad “Los padres evitan hablar del tema y generalmente tienen que lidiar con sus propios prejuicios como creer que si les hablan de sexo a sus hijos incentivan su inicio sexual, miedo a enterarse que ellos ya iniciaron su vida sexual y no saber qué decir, o erradamente pensar que el hijo varón debe hablar con el padre y la hija debe hablar con la madre, etc.” indica Martínez (2016) y por consiguiente, los adolescentes no reciben educación sexual en sus hogares ni en las

instituciones educativas, lugares en que pasan la mayor parte del tiempo compartiendo actividades curriculares y extracurriculares con sus pares. Así, hoy estamos conscientes que en un mundo globalizado y ante la falta de información sobre sexo y sexualidad por parte de padres y/o profesores los hijos adolescentes, consiguen información a través del libre acceso que tienen a internet y redes sociales; el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2017) en los Informes Técnicos N° 2 – junio 2017 y enero-marzo 2018, reportan que el 54,0% de los hogares tiene entre sus miembros al menos una persona menor de 18 años, de los cuales la población de 6 a 17 años de edad hace uso de internet (Trimestre: Enero-marzo 2017 y 2018) - Según el tipo de actividad que realiza: obtienen información el 74.2%, Comunicarse por internet (email, chat, etc.) el 86%. En consecuencia, entre los 6 y 17 años, niños y adolescentes tienen acceso a todo tipo de páginas de contenido sexual, en su mayoría de pornografía que es sólo uno de los peligros del uso “no supervisado” de internet.

Como lo indica Burak, (2001) citado por (Páramo, (2011) “También están expuestos al mundo globalizado, con su polución ambiental e informativa, la gran invasión de imágenes, el alto consumo de televisión y de estimulación erótica y hedónica”. Se suma la publicidad, los programas televisivos y radiales con contenidos banales y superfluos, los géneros musicales que los adolescentes bailan y escuchan la mayor parte del día, todos los días, con letra de alto contenido sexual explícito, sin mencionar los “juegos” que organizan en reuniones y los “tipos de fiestas” a las que asisten. Lo mencionado se convierte entonces en medios de información de adquisición errónea, contribuyendo fuertemente a que promueven la distorsión del concepto de sexo y sexualidad para el adolescente y sobre todo

impulsan la forma negativa de comenzar a establecer sus primeras relaciones de tipo afectivo y/o afectivo sexual.

Según un informe del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMPV 2018) la estadística de feminicidios en la última década, desde enero de 2009 a enero de 2019 indica que se han reportado 1 166 casos de víctimas de feminicidios y 1 653 casos de tentativa de feminicidios reportados; en total se han registrado a través de la atención del CEM 2819 casos de violencia feminicida. Lamentablemente Arequipa región ocupa el segundo lugar en la lista.

Ante la problemática presentada, es preciso tomar medidas urgentes para contribuir a dar solución a esta nebulosa en la que estamos inmersos empezando por cada uno de nosotros, desde el rol que nos toca desempeñar en la sociedad, como agentes de la educación, agentes de la salud, como ciudadanos, como padres y madres, como tutores o como profesionales de la psicología.

El desafío, es que la educación sexual integral llegue a los adolescentes antes del inicio de su vida sexual activa, es decir, desde la infancia donde se forjan los primeros conceptos y no hay prejuicios y temores. Esto solo se puede alcanzar si se ha recibido un mínimo de información con base científica y objetiva. El sexólogo Rondón (2018) refiere “Es hora de hablar con nuestros hijos desde pequeños sobre sexualidad, cuidado y protección. Es la mejor forma de prevenir conductas indeseadas, así como desarrollar una actitud sana, placentera y responsable frente a su sexualidad cuando llegue el momento apropiado”.

Por tanto, consideramos que la actitud de los padres hacia la educación sexual de sus hijos es la clave que permitirá, como un gran primer paso, dar inicio a la solución de la problemática planteada. Los resultados servirán como iniciativa para motivar sucesivas investigaciones acerca del tema; así como para promover la

educación sexual de calidad en el entorno familiar y que sea extendida al ámbito educativo, fomentando la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva y en consecuencia de la salud y bienestar de la población.

En tal sentido, esta investigación plantea profundizar el tema en el aspecto relacionado a las actitudes que tienen los padres sobre la educación sexual de sus hijos adolescentes y contribuir en el aspecto teórico, en el contexto peruano, acerca del tema; debido a que hay poca información sobre actitudes de padres relacionadas con la educación sexual de sus hijos adolescentes.

1.2 Formulación del problema.

Problema general

¿Cuáles son las características de las actitudes de los padres sobre la educación sexual de sus hijos adolescentes en una institución educativa privada?

1.3 Objetivos: General y específicos

1.3.1 Objetivo General.

Identificar las características de las actitudes de los padres sobre la educación sexual de sus hijos adolescentes en una institución educativa privada.

1.3.2 Objetivos específicos.

- a) Describir las características de información de las actitudes que tienen los padres sobre la información sexual de sus hijos adolescentes en una institución educativa privada.
- b) Evaluar las características de las actitudes de los padres sobre la aquiescencia en el uso de métodos anticonceptivos de sus hijos adolescentes en una institución educativa privada.
- c) Caracterizar las actitudes de los padres sobre el inicio de la actividad sexual de sus hijos adolescentes en una institución educativa privada.

1.4 Importancia del Estudio

La presente investigación permitirá describir las características de las actitudes de los padres acerca de la educación sexual de sus hijos adolescentes en una institución educativa privada, estudio que se considera de suma importancia, ya que permitirá conocer un poco más acerca de las características de la interrelación de los padres con la sexualidad sus hijos adolescentes. Tiene relevancia, ya que va a contribuir a seguir sumando la posibilidad de que, sea cada vez más accesible el estudio de la esfera de la sexualidad como parte constitutiva del ser humano.

Asimismo el impacto que causen los resultados en esta muestra para esta Institución Educativa puede hacer la diferencia para que se pueda obtener un mayor acceso a otras instituciones, donde los alumnos pasan el mayor tiempo del día; es decir en el ámbito educativo y que sean los padres los que presten su apoyo y buena disposición para implementar la educación sexual integral y sean ellos los primeros actores de esta iniciativa, lo que contribuirá grandemente a reducir los factores de riesgo que rodean a sus hijos.

Constituirá además un gran aporte al área de la salud mental, sino al área de la psicología social, ya que es momento de comprender que la salud sexual y reproductiva y la educación sexual principalmente **no** es competencia netamente los centros de salud, sino básicamente de los padres (los que deben capacitarse) y del ministerio de educación, en todos los niveles y modalidades de manera transversal y longitudinal, para impedir que la educación en sexualidad se circunscriba a la biologización y a la sanitización.

Además, los resultados de la investigación contribuirán a promocionar el conocimiento por parte de los padres sobre los derechos que tenemos sobre la salud

sexual y reproductiva, como parte del ejercicio de los derechos humanos fundamentales.

Se espera del mismo modo, que la presente sirva de motivación para futuras investigaciones acerca de actitudes y además conocimientos de otras poblaciones hacia la educación sexual ya que consideramos que es la clave que permitirá dar solución a la problemática planteada con nuevos alcances, sugerencias y recomendaciones.

1.5 Limitaciones del Estudio

La investigación contó con las siguientes limitaciones:

Escasa información sobre antecedentes nacionales de investigaciones referente a la medición de actitudes de los padres de familia y la educación sexual de hijos adolescentes.

Acceso restringido a las instituciones educativas para realizar cualquier tipo de investigación referido a temas de sexualidad. Las autoridades educativas, ya sean directores y/o promotores de dichas instituciones, temen la negativa y oposición de los padres.

Indiferencia de la mayoría de los padres para asistir a las reuniones que fueron citados, para explicarles el motivo y proceso de la presente investigación, motivo por el cual se envió un comunicado para pedirles el “consentimiento informado” que era necesario y la norma para proceder a la ejecución.

1.6 Definición de términos

Educación Sexual:

Moreno (2001) citado por (Marchena 2013) sostiene que la educación sexual es parte del proceso de la formación integral del ser humano para que adquiera los conocimientos, actitudes y valores que le permitan la

autodeterminación de su sexualidad para “vivirla de una manera equilibrada, adaptada, positiva y creadora dentro de su época, su cultura y su sociedad” (Seminario de Educación Sexual reunido en Paipa, Colombia, en septiembre de 1971). Así como la educación sexual es parte de la formación humana “La sexualidad es una parcela de la conducta humana que se manifiesta de diversas formas en todas las edades y períodos del ciclo vital de un individuo”. (p.13)

Actitudes:

Schuman (1995) citado por (Marchena 2013) refiere que el concepto de actitud está muy unido a la conducta; es como una disposición previa a emitir cualquier comportamiento. Se le considera de influencia capital en el modo cómo nos desenvolvemos. Las creencias, sentimientos e intenciones conductuales fueron los tres componentes teóricos fundamentales de las actitudes antes de la década de los 90, sin embargo, dado a que los tres componentes (cognitivo, afectivo, reactivo) no siempre se presentan en una actitud, los psicólogos sociales se alejan de esta perspectiva multimodal asumiendo otra más primigenia o de componente único donde simplemente se la define como positiva o negativa en relación a determinado objeto o situación. Lo expresado no significa que se omitan los componentes mencionados de la actitud, sino que se les considera como determinantes de las actitudes de modo individual o combinado entre los tres.

Aquiescencia:

Según la Real Academia Española (RAE 2018), el vocablo latino aquiescencia llegó a nuestra lengua como aquiescencia. De acuerdo a lo detallado por la RAE, la aquiescencia se vincula al asentimiento, la aprobación, el beneplácito o la conformidad; por lo que esta investigación

define el término aquiescencia como el consentimiento, aceptación o autorización de los padres sobre el uso de métodos anticonceptivos por sus hijos adolescentes.

Adolescencia:

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2014) define la adolescencia como: 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. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios.

En esta investigación se asume como adolescencia a la etapa de vida del ser humano, comprendido entre 11 y 19 años, caracterizada por cambios acelerados en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

1.7 Operacionalización de la variable única

Tabla 1

Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Educación sexual	Acceso a la información sexual.	Compromiso de padres para dar educación sexual a sus hijos adolescentes
	Aquiescencia en el uso de métodos anticonceptivos.	Permisividad de los padres para el uso de anticonceptivos por sus hijos adolescentes.
	Inicio de la actividad sexual.	Grado de tolerancia en el inicio de las relaciones sexuales de hijos adolescentes.

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Nacionales

Marchena (2013) “Actitudes sobre la educación sexual de niños y adolescentes en padres de familia que solicitan atención psicológica para sus hijos en el Policlínico Peruano Japonés”, concluye que los padres y madres de familia mantienen, de modo general, semejantes actitudes respecto a la educación sexual de los hijos, niños y adolescentes, en relación a los tres factores examinados: acceso a la información en temas de sexualidad, permisividad en el uso de anticonceptivos, inicio de la actividad sexual. Acceso a la Información de la sexualidad 92.84%, Permisividad en el uso de anticonceptivos 46.58%, actitud hacia el Inicio de actividad sexual 18.57%.

Díaz (2016) en la investigación “Educación sexual en la familia y su influencia en el embarazo de las adolescentes del Centro de Salud Ampliación Paucarpata - Arequipa, 2015” Se comprobó, que la educación sexual en la

familia influye significativamente en el embarazo de las adolescentes, ya que la familia brinda una escasa o nula orientación sobre temas de sexualidad, el cual conlleva a que inicien de forma precoz y frecuente las relaciones sexuales y no prevengan situaciones de embarazo, al respecto el 50% de las adolescentes reciben una educación sexual de 1 a 2 veces al mes en forma esporádica y eventual, y el 27% de las adolescentes indican que tienen un conocimiento muy bajo sobre la educación sexual en la familia e iniciaron sus relaciones sexuales a tempranas edades, en tal sentido a menor conocimiento de temas de educación sexual el embarazo se da a temprana edad con un aumento de las prácticas sexuales: Educación sexual familiar, embarazo adolescente.

Talledo (2018) en la investigación “Conocimiento sobre educación sexual en adolescentes de la institución educativa José Eusebio Merino y Vines Sullana-Perú – 2017” Concluye, el 79.5%, obtuvieron nivel de conocimiento bajo, seguido del 20.5% con nivel de conocimiento regular. Consecuentemente los adolescentes de dicha institución educativa tienen bajo nivel de conocimiento sobre educación sexual.

Tacuri (2017) en la investigación “Influencia de creencias y costumbres de los padres en la educación sexual de las estudiantes de 3° de secundaria 2017”. Como resultado se obtuvo que el 68% de padres, tienen creencias y costumbres desfavorables, el 30% medianamente favorables y solo el 1% favorables; el 68% de estudiantes muestra creencias y costumbres desfavorables, el 26% medianamente favorables y solo el 6% muestran creencias y costumbres favorables en educación sexual. Concluyéndose que existe influencia significativa de las creencias y costumbres de padres en la

educación sexual de adolescentes, comprobada mediante la prueba Chi cuadrado.

Cáceres (2016) en la investigación “Conocimiento y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 17 años, obtuvo como resultados que el 50.3% de las adolescentes entre 15 y 17 años, no poseen información precisa y adecuada acerca de los Métodos Anticonceptivos; en cuanto al nivel de conocimiento tomando en cuenta la edad de las adolescentes, vemos que el 56.0% de las adolescentes de 15 años tienen un nivel de Conocimiento Bajo, por otro lado el 50.3% de las adolescentes de 16 años presentan un nivel de Conocimiento Medio al igual que las adolescentes de 17 años con un 48.6%, lo que quiere decir que a mayor edad mayor es el nivel de conocimientos y, en cuanto a las actitudes las adolescentes en general se muestran indiferentes, ya que la edad no determina la valoración hacia determinado tema, existiendo otras fuentes de influencia y reforzamiento. Al establecer la relación entre el conocimiento y las actitudes de las adolescentes entre 15 y 17 años se observa que existe una relación positiva ya que el 55.6% de las adolescentes poseen un conocimiento alto y actitudes favorables hacia los métodos anticonceptivos, lo que nos indica que a mayor conocimiento mayor será la actitud de aceptación hacia el uso de los métodos anticonceptivos y con lo cual queda confirmada la hipótesis planteada.

Jiménez (2013) en la presente tesis “Nivel de Conocimiento y Actitudes Sexuales de los estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa”, obtuvimos que en el área de conocimiento el 41,1% de los estudiantes tienen regular nivel de conocimientos sobre sexualidad, en el área de actitudes el 15,7% de los estudiantes presenta actitudes sexuales desfavorables. En cuanto

a la relación de ambas variables, nos dieron como resultado más resaltante que 3,23% de los adolescentes tienen conocimientos altos pero actitudes desfavorables, y más alarmante aún es que el 12,5% de los estudiantes que tienen regular conocimiento y desfavorables actitudes. Estos resultados nos llevan a concluir que existe un gran riesgo en el desarrollo de estos adolescentes, ya que pueden contraer infecciones de transmisión sexual y tener embarazos no deseados, además de establecer conductas negativas de la sexualidad que serán llevadas hasta la adultez.

2.1.2 Internacionales

Díaz (2010). en la investigación “Factores que inciden en el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes” se obtuvo que el factor que influye en la actividad sexual a temprana edad fue la curiosidad alcanzando un 24.42 %, seguido de un 6.98 % de aquellas adolescentes que piensan que al tener relaciones sexuales van a ser más valoradas por su pareja (baja autoestima), que la edad más frecuente de inicio de actividad sexual a temprana edad fue de 13 a 15 años. Considero que el sistema educativo no está respondiendo a las necesidades que tienen las adolescentes sobre la educación sexual.

La investigación “Necesidades percibidas por los padres relacionadas con la educación de la sexualidad de sus hijos”, desarrollada por Feito, Bozzolao, Calvo, y Larraín, (2001). Tuvo como resultados, el 94,8% de los padres se consideran los principales responsables de la educación sexual de sus hijos, reconociendo la influencia de los medios de comunicación (21,9%), los profesores (20,3%) y los amigos (18,8). Un 65,6% de los padres tienen un concepto de sexualidad que comprende aspectos afectivos y biológicos. El 83,3% han abordado alguna vez el tema de la sexualidad con sus hijos y

81,3% reconoce la necesidad de recibir preparación para ello. Los temas elegidos como más necesarios se relacionan principalmente con enfermedades de transmisión sexual (57,7%), relaciones sexuales (41%), métodos anticonceptivos (38%) y embarazo (32%).

Gascón, Jiménez, Navarro y Gochico (2003) realizaron la investigación “Comportamiento sexual de los escolares adolescentes en la ciudad de Córdoba”, se obtuvo como resultados el 22,9% reconoce haber mantenido relaciones sexuales completas, destacando en este sentido las mujeres respecto a los varones; la media de edad al inicio de éstas fue 16,64 años (IC del 95%), sin apreciar diferencias por sexo ni tipo de centro. El inicio de las relaciones suele ser con la pareja, destacando en este sentido las mujeres. El 48% de las mujeres reconoce mantener relaciones sexuales completas con una frecuencia superior a una vez a la semana, dato superior al registrado para los varones 19,5%. El 82% dice haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación, siendo el preservativo el método más utilizado. Conclusiones, 2 de cada 10 adolescentes afirman haber mantenido relaciones sexuales completas, la gran mayoría antes de los 18 años. Las mujeres son quienes tienen con mayor frecuencia relaciones sexuales, generalmente con su pareja.

Serrano, Dueñas, Bermejo, DovalI y otros (2005) realizaron la investigación “Actividad sexual e información y uso de métodos anticonceptivos en la juventud española”. El resultado fue, que 16,3% de varones y el 11,9% de mujeres no han recibido información sobre sexualidad y anticoncepción durante el período escolar. El 19% han recibido y la consideran insuficiente. La edad media del inicio de las relaciones sexuales

fue de 17 años. El 40% de las jóvenes no utilizan ningún método anticonceptivo. Los métodos más usados son: preservativo (36,3%) y píldora anticonceptiva (17,9%). El 32,7% de los varones y el 30,5% de las mujeres usan incorrectamente el preservativo. El 18% de las jóvenes han utilizado alguna vez anticoncepción de emergencia.

López (2016) en la investigación “Actitudes y creencias de padres y madres hacia la educación sexual”. Resultados, los padres y las madres han mostrado una actitud favorable ante la sexualidad y educación sexual, un porcentaje considerable ha indicado no haber tratado la educación sexual con sus hijo/as debido a que consideran que no tienen la edad apropiada (84,3%). En el caso de haber ofrecido educación sexual, se ha tratado principalmente el uso de anticonceptivos (70,9%), el embarazo (62,5%), las infecciones de transmisión sexual (64,3%) y se han hallado escasas diferencias en función del género, estado civil, nivel educativo o tipo de centro educativo al que asisten los hijos/as.

2.2 Educación Sexual

Vaquero (2013) sostiene que para cumplir el principal objetivo de la educación sexual no se trata solamente de dotar a los chicos y chicas de información, hay que trabajar actitudes. Para ello además de hablar órganos sexuales, preservativos y menstruación, habrá que añadir más cosas, por ejemplo: Facilitar la percepción de riesgo, se creen invulnerables. Atacar con contundencia, desde lo emocional y no desde lo racional la experiencia anterior de riesgo como percepción atractiva. Fomentar la autoestima, (quien más se quiere, más se cuida y viceversa), Entrenar en habilidades sociales: saber decir sí y no.

EcuRed (2011) define a la educación sexual como el proceso de enseñanza-aprendizaje en el que se forma al hombre en lo relacionado con el proceso y los efectos de la actividad sexual y el sexo. A pesar de que la educación sexual es un proceso que dura toda la vida y que comienza con el nacimiento, las personas relacionamos la tarea de educar en lo relacionado con el sexo a niños y adolescentes. Sin embargo a lo largo de toda la vida necesitamos ser educados en materia sexual sobre nuevas formas de vivir nuestra sexualidad, sobre todo en momentos como el embarazo, el cambio de pareja, la menopausia o la vejez.

El Instituto para el Matrimonio y la Familia de la Universidad Católica de San Pablo (2016) sostiene que mucho se habla hoy en día sobre la gran importancia que tiene para la persona la educación sexual, sin embargo, la concepción que se tiene de cómo debe darse esta educación es muchas veces reduccionista, puesto que se considera que ésta debe estar dirigida a brindar información a los jóvenes sobre temas de materia estrictamente sexual o peor aún, brindar información acerca de métodos anticonceptivos. Cuando la sexualidad es entendida simplemente como una manifestación corporal de la persona, es lógico que la aproximación que se dé en lo relacionado a su educación sea esta. El primer paso para poder brindar una auténtica educación de la sexualidad, es entender a la misma como parte integrante de la totalidad de la persona, entender que el sexo no es un atributo de la persona, sino que es constitutivo de la misma y por lo tanto, la educación de la sexualidad implica la educación de la persona en su totalidad.

Modelos de Educación Sexual

Barragán (1995). Presenta tres modelos de educación sexual. De la concepción de la sexualidad y de las actitudes predominantes surge un determinado modelo a la hora de hacer educación sexual. La heterogeneidad refleja principalmente, al menos tres modelos de educación sexual que coexisten en el ámbito educativo y comunitario: el tradicional (educación moral), el preventivo (modelo de riesgos) y el integrador (abierto).

- Educación sexual como educación moral:

Tiene como objetivo preparar para el matrimonio y para que se viva la sexualidad conforme los principios o creencias morales religiosas. Tiene en sus contenidos: anatomía, concepción, embarazo y parto; la familia, relaciones familiares; chicos, chicas; contenidos morales y cívicos. En cuanto a la metodología, se imparte en las asignaturas de ética y religión. La educación sexual (ES).se considera derecho y deber de madres y padres (gran importancia de la ES dentro de la familia, secundariamente en el ámbito educativo).

- Educación sexual para evitar riesgos:

Cuyo objetivo es evitar los riesgos que la propia actividad conlleva. En sus contenidos están: La actividad sexual y sus peligros, ITS y embarazos no deseados, el aborto, formas de evitar los peligros que conlleva. En su metodología incluye: Charlas aisladas a partir de la adolescencia (ciclos de educación para la salud), charlas a cargo de especialistas o técnicos/as del ámbito de la salud como enfermeras y obstetrices, campañas publicitarias para evitar riesgos.

- Educación sexual integradora abierta:

Sus objetivos son: Fomentar que la persona pueda vivir las diferentes posibilidades de la sexualidad en cada edad, conforme la persona o personas implicadas deseen y lo decidan. Conocer y aprender las aportaciones de las diversas ciencias. Favorecer actitudes positivas hacia la sexualidad. Fomentar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Favorecer la definición y aceptación positiva de la propia identidad sexual. Promover que las conductas sexuales sean también éticas. Sus contenidos son libres de prejuicios y tópicos, incluye información de las distintas ciencias, placer sexual, diversidad sexual, análisis crítico del funcionamiento social, responsabilidad para que sean evitados los riesgos y las relaciones de explotación y dominio entre las personas. La metodología plantea una educación programada formando parte del currículum educativo. Propone una dinámica participativa-activa, partiendo de los intereses y necesidades de las personas que se forman. Además, fomenta la participación directa del alumnado a través de procesos de análisis, reflexión y crítica sobre los temas trabajados. Las familias son consideradas elementos importantes en todo el proceso.

La presente investigación hace suya el modelo integrador porque defiende una visión amplia de la sexualidad humana, entendiéndola como una forma de desarrollo integral, libre de prejuicios, partiendo de las inquietudes, intereses y necesidades de las personas en cada etapa de su ciclo vital. Pretende también desarrollar habilidades para el ejercicio de una sexualidad saludable y responsable, con la participación de los padres como elemento importante en este proceso de aprendizaje para la vida.

La sexualidad

Marina (2002) informa que: Debemos definir en principio lo que es el sexo, género y la sexualidad, desde el punto de vista de la Sexología.

El Sexo, es el conjunto de elementos estructurales que configuran a una persona como hombre o mujer; que tienen que ver con el sexo genético (XY, XX) el sexo gonadal (testículos u ovarios), el sexo genital (pene, vulva), el sexo somático o morfológico (hormonas), que da lugar a una figura corporal que varía a lo largo de las etapas de la vida.

El género, es el conjunto de elementos estructurantes como resultado de un proceso y una construcción socio-cultural (que varía de una cultura a otra), que define diferentes características emocionales, intelectuales y de comportamiento. Son las características que la sociedad asigna a las personas como femeninas o masculinas, de una manera convencional, ya que suele atribuirles a cada uno de los sexos biológicos.

La sexualidad no sólo tiene que ver con el acto de reproducirse, sino que representa la generación de deseos, sentimientos, fantasías y emociones, es decir, el desarrollo de una identidad sexual, que se puede definir como aquella parte de la identidad del individuo que le permite reconocerse y actuar como un ser sexual.

2.3 Sexualidad humana

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS (2018) se define como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos,

creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales”.

Salud Sexual y Reproductiva

Según la OMS (2018) la definición de salud sexual es: “La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”.

La salud reproductiva, dentro del marco de la salud tal y como la define la OMS, aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee.

“Esta concepción de la salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano.” OMS (2018).

El MINSA (2004) propone que: La sexualidad y la reproducción son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva. La sexualidad forma parte de la vida de las personas durante toda su existencia y se desarrolla a través de los años, sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social. La sexualidad es una realidad con la que viven a diario todas las personas, trasciende lo físico (relaciones sexuales); se traduce en las

diferentes formas (conductas) que tienen las personas para expresarse y relacionarse con su entorno social y constituye una de las fuentes más importantes de comunicación, bienestar, amor y placer tanto físico como mental, pero también constituye uno de los ejes fundamentales sobre los que se construyen las desigualdades. (p.1)

Componentes de la sexualidad: Según el sexólogo Rubio (2011) los holones o totalidades son componentes sexuales, son indivisibles y constituyen las partes, elementos o subsistemas de la sexualidad.

El primer Holón: La reproductividad. Es el resultado de nuestra naturaleza reproductiva. Debemos pensar en reproductividad y no en reproducción, porque los seres humanos lo que siempre tenemos es la potencialidad; a veces ésta no se hace realidad, por enfermedad, por decisión personal o porque no es congruente con el estilo de vida que desarrollamos, pero la potencialidad persiste. La reproductividad es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye efectivamente los sentimientos de maternidad y paternidad, las actitudes de paternaje y maternaje, además de las actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de otros seres.

El segundo Holón: El género Tiene una dimensión psicológica muy compleja que los científicos llaman identidad genérica o identidad de género. El género es un sistema o red de creencias, actitudes, valores, formas de comportamiento y maneras de ver el mundo que se aprenden desde el nacimiento, a través de la familia, la escuela, las relaciones sociales y medios de comunicación, las que son diferentes si se es un hombre o una mujer. Así se determinan los “roles y la identidad de género”, es decir, los comportamientos esperados para hombres y mujeres y los tipos y formas de

relación entre personas de distinto sexo y como nos vemos y pensemos de acuerdo a lo que somos y deberíamos ser.

El tercer Holón: El erotismo. Por erotismo se entiende la dimensión humana que resulta de la potencialidad de experimentar placer sexual. Aquí nuevamente se trata de una potencialidad; el hecho de que todos los seres humanos nacen con esa posibilidad es sumamente importante. Todos estamos expuestos a las experiencias que regulan su aparición, su desarrollo, su expresión y también, su disfunción. El placer sexual-corpóreo, es un tipo de experiencia única. Si bien es cierto que la mayoría asocia la experiencia placentera erótica con el deseo por otra persona, esto no siempre es así, especialmente durante las etapas de nuestra vida en las que descubrimos el erotismo. Cuando hablamos de erotismo, hablamos también de atracción sexual y ésta puede ser de diferentes formas: heterosexual, homosexual, bisexual. Así surge el concepto de diversidad sexual: El conjunto de las diferentes formas de vivir la sexualidad. Las personas no deciden sobre su orientación sexual, sólo les ocurre. Ellas pueden vivir una sexualidad saludable y responsable como cualquier persona.

El cuarto Holón: El vínculo afectivo. Los seres humanos, vivimos todos en grupo, confiando en mayor o menor medida en lo que los otros van a hacer para que podamos sobrevivir. El aspecto más notable del amor es que lo hay de muchísimos tipos, sin contar con que cada quien entiende cosas diferentes. Se reconocen cinco tipos de amor: Amor erótico, Amor filial (todo lo cercano), Amor universal (naturaleza y personas lejanas), Amor a un ser superior y Amor así mismo/a. Las relaciones de amistad y de enamoramiento son sentimientos que pueden surgir entre personas de ambos sexos o personas

del mismo sexo, y no necesariamente duran para siempre, especialmente en la adolescencia y primera juventud.

2.4 Dimensiones de la sexualidad

Los aprendizajes a lograr por las y los estudiantes, para la expresión de una sexualidad saludable, responsable y placentera, requieren considerar las siguientes dimensiones, las mismas que siendo parte de una unidad dinámica e integradora, por razones didácticas, expondremos a continuación de forma separada. (MINEDU 2008)

Biológica-Reproductiva

Comprende todos los aspectos relacionados con la anatomía y fisiología que permiten la expresión de la sexualidad, incluye el conocimiento del funcionamiento de los órganos del cuerpo que intervienen en la respuesta sexual humana. Se integran en esta dimensión las cuestiones relacionadas con el desarrollo sexual en las diferentes etapas del ciclo vital. Son parte de esta dimensión los aspectos relacionados con la reproducción humana, que comprende: la actividad sexual coital, los métodos de planificación familiar, la fertilización, la gestación, el parto, entre otros. El conocimiento de esta dimensión de la sexualidad por parte de los estudiantes, hombres y mujeres, es fundamental para que comprendan el funcionamiento de su cuerpo, sepan cómo cuidarlo y valorarlo para mantenerlo saludable, así como para prevenir el embarazo en la adolescencia, y la adquisición de infecciones de transmisión sexual, que pueden impedir el desarrollo de una vida plena.

Socio-Afectiva

Implica los vínculos afectivos y emocionales que se establecen en el proceso de interacción con otras personas, y que dan el sello característico a

la expresión de la sexualidad humana. Así, pues, la dimensión socio – afectiva de la sexualidad integral factores psicológicos (emociones, sentimientos, actitudes personales) con factores socio – culturales (características del entorno social y cultural). El conocimiento de esta dimensión de la sexualidad por las y los estudiantes es fundamental para comprender la diversidad de expresiones de la vida afectiva y emocional de una sexualidad saludable y plena, así como la importancia de construir espacios familiares de convivencia democrática que favorezcan el ejercicio de los derechos. (p.24).

Ética y Moral

Comprende la reflexión sobre los valores y las normas que dan sentido a la relación que él o la estudiante establece con las otras personas. Esto implica el reconocimiento, aceptación y valoración del otro. Implica también el desarrollo del juicio crítico, a fin de poder orientar el comportamiento en una dirección beneficiosa para sí mismo y para los demás. El conocimiento por el o la estudiante de esta dimensión de la sexualidad, es fundamental para que comprenda la importancia de asumir la responsabilidad de las decisiones que tome sobre el ejercicio de su sexualidad. Asimismo, esta dimensión alude al respeto por la diversidad de creencias, como también por el ejercicio de una libertad de conciencia acorde con los derechos humanos. (p. 25).

2.5 Las actitudes

Veamos previamente el concepto de actitud, indispensable para describir las teorías sobre la educación sexual impartida por padres a sus hijos adolescentes; al respecto Moral de la Rubia (2010) sostiene: Las actitudes son predisposiciones aprendidas para actuar selectivamente y conducirse de determinada manera en la interacción social ante un objeto.

Indican direccionalidad, haciendo referencia a un objeto frente al cual la persona toma posición; generan polaridad afectiva, esto es, implican la aceptación o rechazo del objeto; operan como parte de un sistema de representación de la realidad; se adquieren en la interacción y, una vez incorporadas, regulan la conducta. Son estables, pero pueden ser modificadas por influencias externas, variando en permeabilidad a estas influencias. Breckler y Wiggins (1992), en la revista de Moral de la Rubia, sostienen que “la familia, así como las instituciones educativas y religiosas controla la conducta sexual a través de la vigilancia, el castigo y la estigmatización.” Además, Ellingson, Van Hattis, Laumann y Tebbe (2004) sostienen, que “en el proceso de socialización, estos controles son internalizados como normas y se convierten en criterios de autorregulación.”

La actitud según Meléndez (2013), es la forma que tenemos de responder a alguien o algo. Además, es generalmente ocasionada por un estímulo y se encuentra influenciada por tres componentes. Los elementos que definen las actitudes son el cognitivo, el afectivo y el conductual.

Es decir, “nuestras actitudes no se determinan únicamente por nuestro comportamiento en sí, (elemento conductual) sino también por lo que pensamos y sentimos acerca del tema en cuestión. “Meléndez (2013).

A partir de la opinión de los autores antes señalados se puede resumir que, la actitud es una predisposición que se aprende en la interacción social con un objeto, asunto o entidad e implica la aceptación o rechazo de éste, Estas actitudes se pueden manifestar y modificar por influencia externa; una

vez internalizadas se expresan en conducta, actuando a través de sus tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual.

Componentes de las actitudes

- **Cognitivo** va a estar reflejado por lo que pensamos, creemos y nuestros esquemas que tenemos de la vida y de nosotros mismos.
- **Afectivo** se ocasiona por nuestros sentimientos, emociones y todo aquello que nos motiva.
- **Conductual** es aquel que se ve influenciado por nuestras acciones y actitudes.

Es así como estos tres elementos van a definir las actitudes que desarrollemos ante ciertas circunstancias.

2.6 Características de las actitudes

Psicología Online (2018) sostiene que: Las actitudes son la combinación compleja de cosas que solemos llamar personalidad, creencias, valores, comportamientos y motivaciones. Todas las personas, independientemente de su estado o inteligencia, tienen actitudes. La actitud existe en la mente de cada persona. Ayuda a definir nuestra identidad, guiar nuestras acciones e influir en cómo juzgamos a las personas. Aunque los componentes de sentimiento y creencia de la actitud son internos a una persona, podemos ver la actitud de una persona a partir de su comportamiento. La actitud nos ayuda a definir cómo vemos las situaciones de la vida, así como a definir cómo nos comportamos. Una de las características de las actitudes es proporcionar cogniciones internas o creencias y pensamientos sobre personas y objetos.

2.7 Importancia del estudio de las actitudes en la psicología social

Valdez (2016) indica que: El interés que tienen los psicólogos y otros científicos sociales por las actitudes radica en que se les ve como productos del

aprendizaje social, que son componentes estables de la personalidad tanto individual como de los grupos sociales, que influyen decisivamente tanto en su percepción de los objetos y situaciones como en su predisposición a reaccionar frente a estos, lo cual permite una mayor comprensión y predicción de su conducta y subsecuentemente, permiten diseñar estrategias para intervenir dicha conducta.

2.8 Actitudes ante la sexualidad

Es importante a su vez indicar las actitudes ante la sexualidad que se desprenden en cierta manera de las diferentes concepciones que se han revisado. Como sabemos las actitudes son tendencias o disposiciones a evaluar de un modo determinado un objeto, persona o situación y en consecuencia a actuar en consonancia con dicha evaluación. Es decir que son predisposiciones, que se van conformando a lo largo de la vida como resultado de vivencias y experiencias de aprendizaje. Didácticamente se pueden distinguir tres componentes interrelacionados: opiniones y creencias, emociones y tendencias a actuar y comportarse de determinada manera. Dichas actitudes influyen decisivamente en nuestra conducta, en especial si están sujetos a polémicas temas como la masturbación, la homosexualidad, el aborto, etc.

Meza(2008) sostiene que: la educación sexual necesariamente tiene que ser impartido en cuatro niveles: padres, maestros, medio social y la escuela:

Padres:

Son los iniciadores de la educación sexual de los niños y las niñas; realizan su tarea en forma espontánea y natural; también en forma dirigida a través de preguntas y respuestas, y por medio de conversaciones familiares. Los padres

para este efecto tienen que prepararse para poder dar orientación sexual a sus hijos este punto está contemplado dentro de la preparación pre marital de las parejas. Se está dando educación sexual desde el momento en que se recibe al niño, en la forma con que se le agarra o recibe en brazos; en el modo cómo se le brindan las caricias, en la voz de arrullo, el calor maternal, el baño, los olores, etc.

Maestros:

El maestro debe estar consciente que la enseñanza de la sexualidad es un proceso largo y muy delicado que necesita de un aprendizaje especial. Tienen que impartir los conocimientos en forma positiva para despertar actitudes concretas y reales. En ningún momento deben crearse distorsiones ni transgresiones en los educandos; las cosas explicar sin temor y sin apartarse del esquema integral de la persona; se deben dar conocimientos de la totalidad del cuerpo humano, cualquier ocultamiento o negación desarrolla en ellos actitudes erróneas.

Medio social:

El ambiente social recae la responsabilidad de la salud mental y física de la colectividad. El medio social ofrece la cruda realidad de la forma cómo vive y se desarrolla un pueblo. La cultura sexual depende en gran parte del modo como se ve el problema sexual en cada pueblo. En los países más desarrollados existe mayor liberalidad, el adelanto es evidente en todas las ramas de las actividades. Existe relación directa entre sexualidad y explosión demográfica; igual sucede con la pobreza, miseria e ignorancia. Qué diferente es cuando relacionamos el sexo con el amor, de respeto de los sentimientos,

los derechos humanos; con la protección a las madres abandonadas, hijos sin padre, etc.

En la escuela:

Para llevar a cabo la Educación Sexual en la escuela se analiza y reflexiona sobre la sexualidad, es decir el hecho de ser hombres y mujeres, con nuestras estructuras biológicas, nuestras vivencias, deseos y modos personales de expresión. Es indispensable que los docentes tengan en cuenta algunas características:

- Reconocer y apreciar las cualidades de los seres humanos indistintamente de su identidad sexual.
- Comprender los problemas y dudas comunes de los niños en relación a su sexualidad.
- Lograr empatía con los niños y adolescentes.
- Poseer conocimientos de desarrollo humano, desarrollo sexual, afectividad y anatomía y fisiología sexual.
- Utilizar un lenguaje adecuado, preciso y sencillo.
- Estimular a los niños para que adquieran valores, sin imponer los propios.

Por otro lado, Espejo., Cordero., Quintero, y Martín. (2018). Proponen que: “los padres para dar educación sexual adecuada a sus hijos deben aprender, desaprender, reaprender, mejorar, moldear, consolidar y reflexionar toda la educación sexual que tienen los padres y madres de familia. Entendemos que el rol de la familia durante los últimos años ha cambiado, dejando a un lado el abstencionismo ante la educación sexual de padres y madres a hijos e hijas”, como lo exponen Fernández, Bustos, González, Palma, Villagrán, y Muñoz. (2000).

2.9 Actitudes de padres sobre la sexualidad

Según Priego, (1995)

- **Represiva.** La sexualidad puede ser rechazada y, de hecho, en muchas familias se le niega su acceso consciente, por lo que viven sin consciencia de que poseen esa dimensión sexual y no captan la importancia que tiene para su realización personal.

En el mejor de los casos, si logra verse libre -lo cual no es seguro— de síntomas patológicos manifiestos, la persona que llega a reprimir su sexualidad puede trabajar mucho, incluso rendir mucho o dedicarse a hacer muchas cosas por los demás..., pero llevará una vida reactiva, desnaturalizada, compulsiva. Sufrirá además un enorme gasto de energías, pues buena parte de estas son empleadas en defenderse de la sexualidad, y las defensas siempre implican una situación de rigidez y esfuerzo ya que, teniendo que sor aumentadas constantemente, acaban haciendo al individuo, física y psicológicamente, rígido y acorazado.

Y si en el sistema represivo sus defensas fracasan o se hace irresistible, lo que hasta entonces eran tensiones e insatisfacciones dan lugar a situaciones insostenibles o síntomas patológicos. (p.9).

- **Permisiva.** La permisividad ha venido a ser el modo más extendido de cómo portarse frente a la sexualidad en los últimos tiempos, y más especialmente en los últimos años. (p.9).

La prohibición a nivel personal, familiar, religioso y social ha caído en desprecio y ridículo, naciendo en su lugar una actitud que va tolerando, permitiendo y aminorando la imagen negativa que pesaba sobre la sexualidad hasta ahora. Hoy se habla de una sexualidad permisiva, y así se la quiere vivir,

pero en cierto modo su prohibición continúa porque, aunque no se la niega o reprime, tampoco se la afirma o conoce, enseña o defiende. En la familia se deja hacer, pero se cae en una especie de impotencia ante esta realidad y ante los cambios culturales que la afectan. No ha habido, por tanto, progreso sustancial alguno en la familia permisiva. Si en otros tiempos el criterio era prohibir, en el presente es permitir, tolerar y hacer manga ancha. (p.15).

- **Personalizadora.** En el campo de la educación sexual familiar el pasado se ha contentado generalmente con olvidar, negar y reprimir. La actitud del presente va siendo la permisividad y la tolerancia como una postura progresista. Ninguna de las dos ha cambiado el sentido profundo de la educación sexual. La actitud del mañana sexual no debe ser ni la represión ni la permisividad, sino la aceptación, vivencia y desarrollo de la sexualidad para la realización: la sexualidad entendida como un valor del individuo. (p.15).

2.10 La adolescencia y sus características

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC 2018) informan que: Esta es una época de cambios en la forma en que los chicos piensan, sienten e interactúan con los demás, así como en el desarrollo de su cuerpo. La mayoría de las niñas ya habrán alcanzado su madurez física y habrán llegado al final de la pubertad. Los varones todavía podrían estar desarrollándose físicamente durante esta época. A los adolescentes puede preocuparles el peso, el tamaño o la forma de su cuerpo. Los trastornos de la alimentación también pueden ser comunes, especialmente entre las niñas. Durante esta época, los adolescentes están desarrollando sus propias opiniones y su personalidad. Las relaciones con los amigos todavía son importantes, pero

también irán adquiriendo otros intereses a medida que establezcan un sentido de identidad más definido.

Según Graber (2017) los adolescentes experimentan impactantes cambios físicos, intelectuales y emocionales. Sin embargo, el camino hacia la edad adulta no es una progresión lineal. Los adolescentes no se van haciendo adultos de forma gradual y continua con el paso del tiempo, sino que más bien alternan entre actuar como adultos y actuar como niños. Al irse desarrollando, los adolescentes pasan gradualmente más tiempo comportándose como adultos y menos tiempo comportándose como niños.

Durante la adolescencia se desarrolla una percepción de quién es uno y se aprende a intimar con personas distintas de los miembros de la familia. Guiar a los adolescentes a través de este intrincado periodo de desarrollo es un auténtico reto para los padres. Ponerse en situaciones de riesgo (como implicarse, por ejemplo, en hechos violentos y abusar del alcohol) suele ser frecuente en los adolescentes y causa riesgos graves para su salud. Los comportamientos poco sanos como fumar o consumir drogas, que, posteriormente, a edades más avanzadas, suponen la posibilidad de sufrir graves problemas, también comienzan de forma característica en la adolescencia.

La mejor ayuda para el desarrollo emocional del adolescente, sea homosexual o heterosexual, es el apoyo de los amigos y de los miembros de la familia. Pocos elementos de la experiencia humana combinan los aspectos físico, intelectual y emocional tan minuciosamente como la sexualidad. Ayudar a los adolescentes a situar la sexualidad en un contexto saludable, incluyendo las cuestiones de moralidad y la formación de una familia, es extremadamente

importante. Los padres deben compartir abiertamente con sus hijos adolescentes sus valores y expectativas.

Según Graber (2017) las características de los adolescentes por edades son:

- Temprana: 10 A 13 AÑOS

- a. Pubertad: crecimiento rápido, caracteres sexuales secundarios, capacidad reproductiva.
- b. Adaptación al cuerpo nuevo. Imagen corporal.
- c. Comienza la separación de la familia.
- d. Interacción con pares del mismo sexo.
- e. Atracción por sexo opuesto: primeros enamoramientos.
- f. Familia: ambivalencia (afecto y rechazo; dependencia y autonomía), primeros conflictos y peleas, rebeldía y obstinación.
- g. Impulsividad
- h. Cambios de humor.
- i. Pensamiento concreto aún.

- Media: 14 A 16 AÑOS

- a. Se completan cambios puberales.
- b. Intensa preocupación por la apariencia física.
- c. Búsqueda de la propia identidad: diferente a la del adulto (lenguaje, ropa).
- d. Aumenta distanciamiento con la familia.
- e. Grupo de amigos: mixtos. Amistad con mayor intimidad y grupos de pertenencia.
- f. Proceso de Identidad de la personalidad y definición de la orientación sexual.
- g. Primeros enamoramientos.

- h. Aparición de conductas nuevas.
- i. Fluctuaciones emocionales extremas.
- j. Mayores conflictos con los padres y otros adultos: “caída de los ídolos”.
- k. Cuestionamiento de las conductas y valores.
- l. Hipercríticos de los adultos.
- m. Pensamiento más abstracto e hipotético deductivo.
- n. Desarrollo cognitivo: aumenta la capacidad de razonamiento y las exigencias escolares.
- o. Aparición de las conductas de riesgo.
- p. Egocentrismo.
- q. Necesidad de mayor autonomía: Distanciamiento (libertad) vs. Acompañamiento (límites y contención).

- Tardía: 17 A 19 AÑOS

Ponce (2015) Señala:

- a. Maduración biológica completa.
- b. Aceptación de la imagen corporal.
- c. Consolidación de la identidad: ¿quién soy? ¿Qué haré con mi vida?
- d. Definición de la vocación y lo necesario para lograrlo.
- e. Relaciones de pareja más estables.
- f. Mayor capacidad de intimar en sus relaciones interpersonales: relaciones más maduras, los amigos influyen menos.
- g. Identidad sexual estructurada.
- h. Nivel de pensamiento adulto.
- i. Familia: vuelven relaciones con los padres más cercanas, menos conflictos.

j. Formación escala de valores propios, desarrollo moral consolidado. Ponce (p.p. 5 - 6).

Según el MINSA (2017) definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. La madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende de la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema. La pubertad empieza en momentos sumamente distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en los niños. Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años.

Factores a los que están expuestos los adolescentes en relación con la sexualidad.

Espada, Quiles y Méndez. (2003) proponen:

Factores de Riesgo:

a) Consumo de alcohol y otras drogas

El consumo de drogas puede provocar una disminución en la percepción del riesgo, una sobrevaloración de las propias capacidades y un sentimiento de invulnerabilidad. En algunos estudios se ha hallado que hasta el 86 % de los sujetos habían mantenido relaciones sexuales sin protección bajo los efectos del alcohol. Respecto al consumo de otras sustancias, casi un tercio realizó conductas de riesgo después de consumir marihuana. Existe una relación progresiva entre el consumo de alcohol y las conductas de

riesgo: los adolescentes que beben con más frecuencia tienen más relaciones sexuales sin protección.

b) Variedad de parejas

Existe una relación positiva entre el riesgo de infectarse con el virus del sida y el número de compañeros sexuales. Sin embargo, limitar el número de parejas sexuales, o tener solamente una, no garantiza estar protegido frente al VIH, a menos que al inicio de la relación ambos sean seronegativos y se mantengan fieles a su pareja. Deben darse las dos condiciones para garantizar que en una pareja estable no existe posibilidad de contraer el VIH u otras ETS. La monogamia serial, o el mantenimiento de varias relaciones estables y fieles sucesivamente, no suponen ninguna garantía de protección frente al sida.

c) No utilización o utilización inadecuada del preservativo

El correcto uso del preservativo determina su eficacia como barrera frente al VIH. El reducido margen de fallo de este método anticonceptivo se debe en gran medida a su utilización inadecuada. La habilidad de emplear de forma correcta el preservativo de látex se puede aprender fácilmente, observando y practicando con prótesis.

d) Falta de asertividad ante las situaciones de sexo no seguro

Se trata de la habilidad de decir "no" en caso de que la pareja ejerza presión para mantener una relación sin protección. Esta conducta es más improbable en el caso de los chicos.

e) Inaccesibilidad o desconocimientos de métodos de prevención.

La accesibilidad supone la existencia de medios (informativos o materiales) en el entorno próximo del adolescente y que su disponibilidad sea sencilla, lo cual no se da. En el caso del preservativo, en la medida que pueda

adquirirse en más lugares, y que su compra no suponga una barrera para el joven, será más probable que finalmente lo adquiera. (p. 34).

f) Falta de educación en sexualidad que implique información clara científica y objetiva, sin la influencia de estereotipos, creencias, mitos y tabús, por parte de padres, comunidad y escuela.

g) La ausencia de un entorno familiar saludable y funcional, lo que traerá como consecuencia la falta de condiciones para desarrollar la confianza y la comunicación para tratar estos temas en el hogar.

h) El excesivo y sobre todo mal uso de las redes sociales que todos los adolescentes tienen a su alcance

Se pone de manifiesto entonces la cantidad y diversidad de los determinantes de las conductas sexuales de riesgo. Los factores cognitivos, como los conocimientos sobre la enfermedad y las vías de transmisión, o el balance entre costos y beneficios, junto con la habilidad para negociar y poner en práctica los comportamientos de salud, resultan determinantes. Durante los últimos años se ha logrado mejorar el conocimiento sobre el sida entre los adolescentes y la población en general. (p. 35).

Es indiscutible que los factores de riesgo han sido y siguen siendo un elemento altamente que induce a que los adolescentes estén perdidos en medio de la nada; por un lado con una alta carga de que el sexo es peligroso, por otro lado, la presión de grupo, que los intimida a hacer lo que la mayoría manda en materia de sexo; el internet y as redes sociales, el bombardeo de los medios de comunicación, el consumo de alcohol y a veces drogas, sumado a una autoestima baja y a vivir en hogares disfuncionales, predisponen al adolescente a perderse en el camino equivocado y desarrollar una sexualidad

negativa, irresponsable y hasta ceder y aceptar abusos y coerciones de todo tipo.

-Factores de Protección:

Los factores protectores son aquellos asociados a la reducción de una conducta de riesgo, específicamente, de las conductas y prácticas sexuales desinformadas de los adolescentes. Advierte la importancia de una vida saludable evitando situaciones y comportamientos que puedan afectar el desarrollo de una sexualidad saludable. En la medida que estos factores se vean fortalecidos, será posible disminuir los efectos negativos de los factores de riesgo y con ello disminuir las conductas de riesgo y la consecuencia de las mismas. Ahora bien, Según Serrano (1995) y Rutter (1992) citados por Rojas (2002) se denominan factores protectores a las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan el logro de la salud integral del adolescente y sus relaciones con la calidad de vida y el desarrollo de estos como individuos y como grupo. Alguno de estos factores puede estar en las personas mismas, lo que viene a ser las características, logros o atributos presentes, antes, durante y después de la adolescencia; otros pueden estar presentes y operar en el ámbito de la familia; otros aparecen como características del grupo; o de las comunidades y sus organizaciones en los programas de los diversos sectores de beneficio social.

Dada la revisión de investigaciones, y artículos al respecto; se considera como la principal herramienta y primordial factor de protección la Educación Sexual Integral científica y de calidad, venga de donde venga siempre y cuando cumpla con criterios y fundamentos científicos dentro del marco de los Derechos Humanos y con el respaldo de Organizaciones Mundiales que velan por la integridad física, mental y emocional de los ciudadanos del mundo.

2.11 Derechos sexuales y reproductivos

El 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China (1997) considera que:

1. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales, por lo tanto, considera:
2. El Derecho a la Libertad Sexual: La libertad sexual abarca la posibilidad de los individuos de expresar su potencial sexual. Sin embargo, esto excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier tiempo y situaciones de la vida.
3. El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y Seguridad del Cuerpo Sexual: Este Derecho involucra la habilidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual de uno dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y el placer de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
4. El Derecho a la Privacidad Sexual: Este involucra el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad siempre que ellas no interfieran en los derechos sexuales de otros.
5. El Derecho a la Equidad Sexual: Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o invalidez física o emocional.
6. El Derecho al Placer Sexual: El placer sexual incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

7. El Derecho a la Expresión Sexual Emocional: La expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
8. El Derecho a la Libre Correlación Sexual: Significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.
9. El Derecho a Hacer Opciones Reproductivas, Libres y Responsables: Esto abarca el Derecho para decidir sobre tener niños o no, el número y el tiempo entre cada uno, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.
10. El Derecho a Información Basada en el Conocimiento Científico: La información sexual debe ser generada a través de un proceso científico y ético y difundido en formas apropiadas en todos los niveles sociales.
11. El Derecho a la Educación Sexual Comprensiva: Este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales.
12. El Derecho al Cuidado de la Salud Sexual: El cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales. “Los derechos sexuales son derechos humanos fundamentales y universales.

Derechos Sexuales

Según Penzo (2009) como citó Cuevas (2012) “la importancia es ser espontáneos a la hora de hablar con los hijos e hijas.”

Es importante que la familia plantee alternativas para dialogar acerca de estos temas, pues es importante que desde el hogar se fortalezcan dichas temáticas, pues es evidente que unos padres que tengan claros problemas en su propio enfrentamiento con la cuestión sexual muy difícilmente estarán en condiciones de educar a sus hijos de forma adecuada ante este aspecto. Así mismo, no sólo es importante educar a través de palabras, pues muchas veces los gestos, entonación de voz y forma de diálogo suelen demostrar actitudes inadecuadas al abordar temas de interés ante los niños. (p. 6.).

Lo habitual es que un padre o una madre no consideren que sea necesaria la educación sexual antes de que surjan “las primeras preguntas”. Por eso es importante que la educación sexual sea dirigida desde el despertar e incluso antes de la curiosidad del niño. A partir de un estudio realizado por Cuevas (2012) mediante el cual se esperaba analizar las actitudes de los padres y madres ante la educación sexual de sus hijos e hijas y la percepción que tienen sobre el papel o rol que desempeñan para ellos, se pudo identificar que para ellos los primeros contactos con la sexualidad son importantes, pero no parecen ser determinantes a la hora de elegir un tipo de educación sexual para sus hijos. (pp. 11 y 17).

2.12 Importancia de la educación sobre la sexualidad de los hijos.

Cuando hablamos de educación sexual como tal, generalmente la asociamos a la escuela, sin embargo, nos olvidamos que es la familia el centro en el que giran las primeras manifestaciones o lecciones de sexualidad que recibe el hombre desde que nace. Es en el entorno familiar que en los primeros años de vida juega papel importante el modelo que trasmite la familia en el proceso de aprendizaje.

Recientemente en el panorama nacional, “colectivos de padres” a través de campañas y movilizaciones masivas hacen proselitismo del derecho que manifiestan les asiste, respecto a la exclusividad en la educación sexual de sus hijos, intentando por todos los medios evitar que el MINEDU ejecute los planes formales de educación sexual integral en el ámbito educativo, atendiendo a las políticas de gobierno nacionales y además en atención a las políticas normativas a nivel internacional. Lo cierto es que en gran medida les asiste la razón, ya que son los primeros en educar (o mal educar implícitamente) en sexualidad; pero lo que no se ponen de manifiesto, es que los padres en general no están preparados para dar información y formación científica y de calidad en materia de sexualidad a sus hijos, porque nadie se ha educado en ello de manera formal; ¿cómo se espera entonces que los padres van a dar una adecuada educación sexual? No se puede educar en temas y en cuestiones que desconocen, o que se han aprendido producto de creencias y patrones atávicos inculcados desde pequeños, que han logrado continuar perpetrando esta manera de enseñar en sexualidad.

En consecuencia, la primera tarea es deconstruir esos prejuicios y aceptar que los adolescentes buscan información fuera del hogar, con los amigos, con desconocidos, en internet, en redes sociales, en la televisión, etc. lo que ocasiona una desinformación, mala información y distorsión masiva. Por tanto, las personas o padres que dicen que la educación debería proporcionarse en el hogar y “de ninguna manera en la escuela”, no están dando ningún tipo de argumento sensato. Indican Shibley y DeLamater (2003) que existen dos razones por las que los padres no proporcionan gran cantidad de educación explícita a sus hijos. Primero, sienten vergüenza de

discutir acerca de la sexualidad. Vemos pocos modelos de la manera en que se puede tener una discusión explícita y realista; las personas hablan sobre el sexo de manera indirecta, con eufemismos o insinuaciones o contando chistes procaces. En segundo lugar, existen muchas cosas de sexualidad que muchos adultos no saben. Ellos mismos no tuvieron una buena educación sobre sexualidad y es posibles que estén dolorosamente conscientes de su ignorancia. Incluso aquellos que tomaron un curso de sexualidad antes de 1980, no aprendieron acerca del SIDA, una enfermedad casi desconocida en esa época.

2.13 La información sobre sexualidad de niños y adolescentes

Durante los años de la adolescencia, la comunicación entre padres e hijos se hace más difícil, incluso en aquellas familias en las que existía una buena relación durante la infancia. Son frecuentes las quejas de padres y madres por la dificultad que tienen para dialogar con sus hijos.

Según el MINEDU (2008) informa que: La implementación de la educación sexual de los padres, presenta algunos problemas tales como:

- “No se sienten capacitados para orientar en temas de sexualidad a sus hijos e hijas.
- No tienen adecuada comunicación con sus hijas e hijos, que les permita dialogar abiertamente sobre su sexualidad.
- Creen que tratar temas de sexualidad en la escuela promueve el inicio sexual de sus hijas e hijos.”

Según Lianet y Figueroa (2017) la información que proviene de los medios de comunicación está cargada de estímulos sexuales, muchos valores surgen y otros desaparecen, y gran cantidad de adolescentes se

encuentran sexualmente influidos o motivados por esta información incompleta. Además, constituyen una fuente importante de información de conductas sexuales para los adolescentes, pero esta función socializadora no es nada positiva, lo contrario, ocurre una difusión permanentemente con mensajes y modelos que los 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; lo cual incita a los más jóvenes de una manera irresponsable sin tener en cuenta los valores y los derechos sexuales y reproductivos, relegándolos a los placeres de una sexualidad netamente genital.

Healthychildren.org. (s.f) manifiesta: “Nuestros hijos viven en una sociedad sumamente sexualizada donde están expuestos a lenguaje, imágenes y conductas sexuales antes de estar preparados, desde el punto de vista de su desarrollo

La realidad actual para nuestros hijos es muy peligrosa, cuando tienen una preparación deficiente por falta de información científica actual. Estas condiciones pueden llevar a desconocer aspectos importantes sobre su sexualidad, deficiencias que producen incapacidad para poder explicar situaciones tales como: que hacer cuando son atraídos por el sexo opuesto, qué hacer cuando están enamorados, cuando están de novios y durante el matrimonio. Desconocer estos aspectos sobre su sexualidad es grave; puede llevar a que sus amigos se burlen de él. Nuestros hijos deben tener oportunamente conocimientos y conductas adecuadas, considerando que pasarán por diversos momentos, desde su niñez hasta su juventud. No

estar preparado conlleva riesgos de carácter de origen biológico, psicológico y social que impidan llevar una vida sana dentro de la comunidad en la que vive.

2.14 Aquiescencia en el uso de métodos anticonceptivos

De acuerdo al informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) el uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015

Lizarzaburo (2006) muestra en los resultados de su tesis, Barreras que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el servicio de adolescencia en el IEMP en el periodo octubre-diciembre del año 2005, para optar el grado de Obstetra en la Universidad Mayor de San Marcos, que “de las 518 adolescentes: 70,7% tienen entre 17-19 años; el 50,4% son conviviente y 46,1% son solteras; 58,6% no culminó su educación básica; 76,4% es ama de casa, 15,1% estudia y 8,5% trabaja; Dentro de las barreras personales predominó el desconocimiento del uso correcto de los método anticonceptivos; de las barreras socioculturales predominó la falta de temas relacionados con Salud Sexual y Reproductiva en el currículo de los colegios; de las barreras en los servicios de planificación familiar predominó los procesos engorrosos; de las barreras con el profesional de salud predominó el personal de Salud poco

cordial, incomprensivo.” Estos resultados muestran una radiografía de nuestra sociedad y adolescente de Lima”.

Herrera (2018) dijo al diario El Comercio que no existe control sobre la venta del método anticonceptivo de emergencia. De acuerdo a las entrevistas que realizaron a las adolescentes atendidas, ellas usan este método al menos 4 veces al año sin ninguna evaluación previa y sin saber que pueden alterar su fertilidad futura. La especialista pidió a las menores buscar a un profesional para recibir consejería.

El uso de métodos anticonceptivos por los adolescentes es muy precario, aunque ha ido mejorando, debido a las campañas de las instituciones de salud, pero no porque han recibido una educación sexual científica que le permita decidir racionalmente el uso de anticonceptivos de manera consiente, teniendo en cuenta la información sobre las ventajas y desventajas que éstos ofrecen por su eficacia y la seguridad del embarazo no deseado.

2.15 Inicio de la actividad sexual

Welti (2015) menciona que el inicio de la actividad sexual es un hecho de la mayor trascendencia en la vida de un individuo lo constituye la primera relación sexual, el uso del propio cuerpo para relacionarse con otros individuos a través del placer es fundamental para su propio desarrollo emocional y para establecer relaciones con sus semejantes en condiciones igualitarias. Sin embargo, es posible observar que, para proporciones significativas de mujeres y hombres, especialmente importante en el caso de las mujeres, la primera relación sexual es una acción que muestra el ejercicio

del poder que ejerce otra persona y no es siquiera un evento placentero o incluso producto de su propia decisión, sino una acción impuesta.

El comportamiento sexual en estudiantes de secundaria de acuerdo a un estudio del MINSA (2010) indica que: El 19.7% de los estudiantes de secundaria refirieron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Entre estos estudiantes, 46.7% tuvo su primera relación sexual antes de los 14 años. Estos porcentajes son más altos entre los varones (28.3% han tenido relaciones sexuales y de ellos 50.9% antes de los 14 años), que entre las mujeres (11.1% han tenido relaciones sexuales y 36.1% antes de los 14 años). De acuerdo a estos datos, el 9.2% de los escolares de secundaria tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años de edad, el 14.4% de los varones y el 4.0% de las mujeres. Es importante mencionar que 9.1% refieren haber tenido relaciones sexuales con 2 o más personas en su vida, este porcentaje es 7 veces mayor en varones que en mujeres (15.6% y 2.6% respectivamente). Asimismo, solo el 64.3% de los que tuvieron relaciones sexuales, en los últimos 12 meses, utilizaron condón, aunque un 38.9 % refieren haber utilizado otro método anticonceptivo. En el uso de condón u otro método anticonceptivo no se observa una diferencia importante entre hombres y mujeres.

Según el MINSA (2017) el inicio de la actividad sexual es un fenómeno que viene observándose, entre las mujeres adolescentes, es el incremento en el porcentaje de aquellas que tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad, este porcentaje paso de 5.1% en el 2000 a 6.9% en el 2015. Asimismo, el porcentaje de mujeres, de este grupo de edad, que tuvieron actividad sexual reciente pasó de 11.4% a 14.4%; y el porcentaje de

aquellas que nunca tuvieron relaciones sexuales se redujo en casi diez puntos porcentuales en el mismo período, señalando que la actividad sexual entre las mujeres de 15 a 19 años de edad ha ido en incremento desde el 2000 al 2015. (p.86).

De acuerdo a la Universidad Católica San Pablo (2016) el “II Barómetro de la Familia de la Universidad Católica de San Pablo, sobre el estado y opinión de los adolescentes arequipeños, realizado por el IMF, el 81% de menores de edad no han iniciado nunca sus relaciones sexuales, mientras que solo el 19 %, en una edad promedio de 15 años, afirma que sí.

Del porcentaje que ya iniciaron sus relaciones sexuales, más de la mitad afirma no tener una vida sexual activa (53%). El 28 % se arrepiente de haber iniciado tan temprano, siendo en su mayoría mujeres. El estudio se realizó entre mayo y junio de 2015 a adolescentes entre 13 y 17 años de Arequipa metropolitana.”

Según Calizaya y Gonzales (2018) en la investigación “Influencia de la Familia en la Iniciación Sexual de Alumnos de Secundaria de Un Colegio Rural y Urbano de Arequipa - 2016” Concluyen que: “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.

Núñez (2004) nos dice: Los jóvenes tienen mala información sobre sexualidad, hay mucha influencia de los medios de comunicación, pero la información es incompleta”. Comenta que todos sus pacientes de entre 10 y 19 años de edad deben contestar un cuestionario el primer día de consulta; ahí se incluye un apartado sobre el desarrollo sexual de los jóvenes. Se les cuestiona si ya iniciaron su vida sexual, si utilizan métodos anticonceptivos. Gracias a esos cuestionamientos se ha logrado determinar que por lo regular las relaciones sexuales no son planeadas; en promedio la primera experiencia se da a los 16, aunque hay casos en los que niñas de 12 años consuman el acto sexual. En la adolescencia los jóvenes están en la búsqueda de la personalidad y en esa etapa se les presenta un bombardeo; hay mensajes contradictorios; la publicidad los orienta a ser más libres, pero nunca se dice cuáles son las consecuencias que pueden tener.

La jefa del Programa de Atención Médica Integral para Adolescentes, MINSA (2011) “Opina que los padres deben contribuir en la educación sexual de sus hijos, porque normalmente en la familia no se abordan estos temas porque son prejuiciados. La falta de información sobre sexualidad provoca que muchas adolescentes se embaracen a temprana edad; de 200 consultas mensuales que se ofrecen en este consultorio, de 25 a 30 son sobre controles prenatales porque las pacientes de 14 a 19 años están esperando un bebé.”

“Cuando están embarazadas casi todas vienen cuando tienen tres meses de embarazo; todo esto se podría evitar si los padres platicaran con sus hijos, pero casi siempre se vienen a enterar hasta que las traen al médico”, comenta. Núñez Salas señala que en este consultorio se ha dado cuenta de que los jóvenes sí conocen los métodos anticonceptivos; el problema es que no los utilizan correctamente o deciden no utilizarlos.”

2.16 Educación sexual integral (ESI)

Meza (2008) sostiene que la educación sexual necesariamente tiene que ser impartida en cuatro niveles: padres, maestros, medio social y la escuela:

Padres:

Son los iniciadores de la educación sexual de los niños y las niñas; realizan su tarea en forma espontánea y natural; también en forma dirigida a través de preguntas y respuestas, y por medio de conversaciones familiares. Los padres para este efecto tienen que prepararse para poder dar orientación sexual a sus hijos este punto está contemplado dentro de la preparación pre marital de las parejas. Se está dando educación sexual desde el momento en que se recibe al niño, en la forma con que se le agarra o recibe en brazos.

Asimismo, Espejo., Cordero., Quintero, y Martín. (2018) proponen que: “los padres para dar educación sexual adecuada a sus hijos deben aprender, desaprender, reaprender, mejorar, moldear, consolidar y reflexionar toda la educación sexual que tienen los padres y madres de familia. Entendemos que el rol de la familia durante los últimos años ha cambiado, dejando a un lado el abstencionismo ante la educación sexual de padres y madres a hijos e hijas”, como lo exponen Fernández, Bustos, González, Palma, Villagrán, y Muñoz. (2000).

Maestros:

El maestro debe estar consciente que la enseñanza de la sexualidad es un proceso largo y muy delicado que necesita de un aprendizaje especial. Tienen que impartir los conocimientos en forma positiva para despertar actitudes concretas y reales. En ningún momento deben crearse distorsiones ni transgresiones en los educandos; las cosas explicarlas sin temor y sin apartarse del esquema integral de la persona; se deben dar conocimientos de la totalidad del cuerpo humano, cualquier ocultamiento o negación desarrolla en ellos actitudes erróneas.

Medio social:

El medio social ofrece la cruda realidad de la forma cómo vive y se desarrolla un pueblo. La cultura sexual depende en gran parte del modo como se ve el problema sexual en cada pueblo. En los países más desarrollados existe mayor liberalidad, el adelanto es evidente en todas las ramas de las actividades. Existe relación directa entre sexualidad y explosión demográfica; igual sucede con la pobreza, miseria e ignorancia. Qué diferente es cuando

relacionamos el sexo con el amor, de respeto de los sentimientos, los derechos humanos; con la protección a las madres abandonadas, hijos sin padre, etc.

En la escuela:

Para llevar a cabo la Educación Sexual en la escuela se analiza y reflexiona sobre la sexualidad, es decir el hecho de ser hombres y mujeres, con nuestras estructuras biológicas, nuestras vivencias, deseos y modos personales de expresión. Es indispensable que los docentes tengan en cuenta algunas características:

- Reconocer y apreciar las cualidades de los seres humanos indistintamente de su identidad sexual.
- Comprender los problemas y dudas comunes de los niños en relación a su sexualidad.
- Lograr empatía con los niños y adolescentes.
- Poseer conocimientos de desarrollo humano, desarrollo sexual, afectividad y anatomía y fisiología sexual.
- Utilizar un lenguaje adecuado, preciso y sencillo.
- Estimular a los niños para que adquieran valores, sin imponer los propios.

Por otro lado, Espejo., Cordero., Quintero, y Martín. (2018) proponen que: “los padres para dar educación sexual adecuada a sus hijos deben aprender, desaprender, reaprender, mejorar, moldear, consolidar y reflexionar toda la educación sexual que tienen los padres y madres de familia. Entendemos que el rol de la familia durante los últimos años ha cambiado, dejando a un lado el abstencionismo ante la educación sexual de padres y madres a hijos e hijas”, como lo exponen Fernández, Bustos, González, Palma, Villagrán, y Muñoz (2000).

Este concepto se va a exponer inicialmente desde un punto de vista general incluyendo los modelos de intervención en educación sexual, luego la educación sexual en el ámbito familiar y finalmente, la educación sexual que propone el Sistema Educativo Peruano.

Al respecto Padrón, Fernández, e Infante. (2009) indican: No resulta fácil elaborar una definición de educación sexual que recoja todas las posibilidades que ésta pueda ofrecer. Así mismo el concepto de “educación sexual” incluye concepciones sobre la tarea de *educar*, las finalidades de la *educación* e, indudablemente un concepto de *sexualidad* de partida.

La UNESCO (2017) informa que: La educación integral en sexualidad (EIS) es un proceso que se basa en un currículo para enseñar y aprender acerca de los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su objetivo es preparar a los niños, niñas y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para: realizar su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo sus elecciones afectan su propio bienestar y el de los demás; y entender cuáles son sus derechos a lo largo de la vida y asegurarse de protegerlos.

Según la OFICINA DE LA UNESCO EN LIMA, representación en Perú (2019) existen evidencias que la educación integral en sexualidad mejora la autoestima y cambia las actitudes. Es decir, al tener mayor información sobre sexualidad, las y los jóvenes expanden sus conocimientos sobre su cuerpo, sus emociones, su salud lo que les permite tomar decisiones informadas y pensadas sobre el tema.

La Educación sexual va a permitir:

1. En General:

- a) El desarrollo de un pensamiento crítico y reflexivo
- b) Desarrollo de la autoestima,
- c) El desarrollo de habilidades sociales como: comunicación asertiva, toma de decisiones de manera informada, manejo y control de emociones, desarrollo de la empatía.
- d) Desarrollo de “proyecto de vida”
- e) El conocimiento y reconocimiento de su sexualidad como componente importante de su persona.

2. Específicamente:

- a) Apreciar y aceptar las diferencias entre las personas y la diversidad en todas sus manifestaciones: humana, ideológica y sexual.
- b) La valoración y el respeto por su cuerpo
- c) Tengan mayor comprensión y discernimiento respecto a comportamientos apropiados e inapropiados y tomen decisiones responsables respecto al ejercicio de la sexualidad.
- d) Retrasen el inicio sexual y reduzcan el número de parejas sexuales.
- e) Prevenir y disminuir la incidencia de las infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA.
- f) Disminuir y prevenir embarazos no deseados y de abortos.
- g) Conocimiento, ejercicio y respeto de sus derechos sexuales, lo que se corresponderá con deberes y responsabilidades.
- h) Asumir Compromiso de protección y auto cuidado, lo que implica privacidad, protección y límites en el ejercicio de su sexualidad.
- g) Aumenta la independencia, autonomía y confianza en sí mismos.

- h) Propiciar la prevención de los conflictos de la sexualidad infantil, adolescente y adulta.

Consecuencias de la ausencia o mala información sobre sexualidad

- a) Distorsiones a nivel de identidad, imagen y esquema corporal (puede traer como consecuencia baja autoestima y hasta trastornos alimenticios)
- b) Distorsiones en la orientación sexual, creando ansiedad y confusión.
- c) Distorsiones en la complementación de los roles sexuales.
- d) Persistencia de mitos y tabúes transmitidos por el círculo socio-familiar, lo que ocasiona sesgos en la información y creencias erróneas.
- e) Inicio sexual temprano
- f) Variedad de parejas o compañeros sexuales
- g) Falta de asertividad ante situaciones de sexo no seguro
- h) Predominio de graves errores en la contracepción y utilización inadecuada de métodos anticonceptivos (secuela: abortos)
- i) Falseamiento de expectativas (alcohol, drogas, pornografía y sexo, etc.)
- j) Vacío importante en la información sexual científica
- k) Problemática a nivel de la estructuración de la personalidad (ansiedad, problemas depresivos)
- l) Mayor vulnerabilidad del grupo adolescente
- m) Priorización de la sexualidad coital, con ignorancia de otras formas de expresión de la sexualidad
- n) Identificación del sexo con la reproducción
- o) Bombardeo manipulador de normas y de valores represores

- p) Desconocimiento de las enfermedades de transmisión sexual
- q) Falsa percepción normativa
- r) Caldo de cultivo abonado para la aparición de disfunciones sexuales futuras y de pareja.

(Extraído de la ponencia de Educación Sexual con Enfoque de Género con la participación del Dr. Miguel Exebio E. y el Psicólogo Víctor Vásquez M. en el I Congreso Nacional de Sexología y Educación Sexual. 27 y 28 de Setiembre de 2019 Lima - Perú).

Educación sexual integral en el sistema educativo peruano.

El MINEDU (2006). A través de la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa en el marco de la elaboración de los lineamientos para una educación sexual integral, realizó un estudio con docentes tutores, estudiantes y expertos para recoger sus apreciaciones sobre cómo se había venido implementando la educación sexual desde la Tutoría y Orientación Educativa – TOE y cómo se incorporaban los contenidos de educación sexual en las áreas del currículo. Además, se indagó acerca de las necesidades y dificultades que enfrentan tutores y docentes para facilitar el desarrollo de capacidades y aprendizajes relevantes que permitan a su vez el desarrollo sexual saludable y responsable de los y las estudiantes. Llegando a las siguientes conclusiones:

1) Si bien la educación sexual está presente en la normativa y la práctica educativa, lo está de modo débil e incluso disperso, por lo que se requiere fortalecer una serie de aspectos normativos, institucionales y técnicos relacionados con la enseñanza integral de este tema. Ello implica impulsar acciones que van desde la elaboración de los presentes lineamientos a la consolidación de una propuesta pedagógica en el tema que rija en todo el

sector; además, incluye la elaboración de materiales y recursos educativos, la formación y capacitación continua de docentes y tutores, y la coordinación y cooperación con otros sectores que, de uno u otro modo, abordan la educación sexual.

2) La implementación de la Educación Sexual Integral con calidad científica, ética y con equidad, demanda desarrollar estrategias para todo lo antes mencionado, teniendo en cuenta la necesidad de considerar los valores y las prácticas sociales y culturales, pues estos se encuentran en la base de nuestras concepciones sobre sexualidad y relaciones de género, las que, a su vez, forman parte, alimentan y se desprenden de nuestra propia concepción y ejercicio de ciudadanía.

3) La formación y capacitación continua en Educación Sexual Integral requiere, por un lado, trabajar las actitudes, las creencias y los prejuicios de los docentes-tutores (de ambos géneros). Y por el otro, requiere fortalecer capacidades para que los docentes-tutores incorporen en su práctica el enfoque de derechos humanos, de equidad de género y de interculturalidad. De este modo, su trabajo responderá con mayor efectividad a las verdaderas necesidades de las y los estudiantes y de su comunidad, y ellos se comprometerán más con el objetivo de promover la participación de todos los actores relevantes, en especial de niños, niñas, adolescentes, y sus madres y padres. Asimismo, los docentes-tutores fortalecerán sus capacidades comunicativas y de liderazgo, y estarán en mejores condiciones de esforzarse para que los proyectos educativos de sus instituciones incluyan objetivos relacionados con la Educación Sexual Integral.

4) Dado el carácter integral de la educación sexual, se requiere la confluencia de todos los actores para garantizar que se implemente con una visión amplia, democrática, participativa, equitativa, con calidad y en el marco de los derechos. (Manual para profesores y tutores de la Educación Básica Regular 2008)

2.17 La Dirección de Tutoría y Orientación Educativa

A partir del 2008 el MINEDU a través de la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa (DITOE) ha asumido la responsabilidad de brindar una Educación Sexual Integral de calidad científica, ética y con equidad, que contribuya a la formación personal y social de sus estudiantes, tanto mujeres como hombres, sin exclusiones de ningún tipo, favoreciendo la transmisión de conocimientos, capacidades, actitudes y valores que hagan posible su desarrollo integral y el logro de sus proyectos de vida. (p.11).

El Programa de Educación en Población apoyado por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) concluyó en 1991, quedando los contenidos de educación sexual insertos en las asignaturas de Educación Cívica, Educación Familiar y Familia y Civismo. A consecuencia de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) surgió la necesidad de implementar un Programa Nacional de Educación Sexual 1996-2000, a cargo de la Oficina de Coordinación Universitaria y Programas Especiales de Prevención. El programa tuvo como marco la Política de Población (Ley Nacional de Población N° 26530 de 1995) la Estrategia Nacional de Alivio a la Pobreza, las Políticas de Mejoramiento de la Calidad Educativa y los compromisos

internacionales asumidos por el Estado peruano en materia de salud sexual y reproductiva (Plan de Acción del Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD) (1994) y Plataforma de Acción Mundial de la IV Conferencia de la Mujer, Beijing, (1995).

Con relación a padres ha elaborado el documento “Aprendemos sobre sexualidad para orientar a nuestros hijas e hijos” (180 ejemplares), para trabajar con madres y padres de familia, se enmarca en los Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral.

La propuesta “Aprendemos sobre sexualidad para orientar a nuestras hijas e hijos” se complementa con el “Cuaderno de Orientaciones Conversando sobre sexualidad con nuestras hijas e hijos” (180 ejemplares). Este último es un material sencillo y ágil que busca dar orientaciones a las madres y padres de familia para que se sientan en capacidad de dar respuestas pertinentes a las interrogantes o dudas que plantean sus hijas o hijos en temas de Sexualidad.

La UNESCO Oficina de Lima (2019) define que: “La ESI es parte de una educación completa e indispensable a la que todo ser humano tiene derecho, más allá de adquirir conocimientos, ya que proporciona competencias y habilidades para la vida. Se debe entender que la sexualidad es parte de la vida de las personas en sus diferentes etapas o edades, y en toda su diversidad, y que contribuye al desarrollo de su identidad. Por lo tanto, a su desarrollo social.”

Asimismo, el MINEDU (2008) propone que: La Educación Sexual Integral, es una acción formativa presente en todo el proceso educativo, que contribuye al desarrollo de conocimientos, capacidades y actitudes

para que las y los estudiantes valoren y asuman su sexualidad, en el marco del ejercicio de sus derechos y deberes con los demás. Tiene como finalidad principal que la población de estudiantes logre aprendizajes significativos para el ejercicio de una sexualidad saludable, placentera y responsable en el contexto de relaciones interpersonales democráticas, equitativas y respetuosas. Esto implica que el personal docente efectúe acciones pedagógicas pertinentes para el autoconocimiento, la autoestima, el respeto mutuo, la autonomía y la toma de decisiones, en la formación integral de las y los estudiantes. De esa manera, la Educación Sexual Integral promueve que las y los estudiantes desarrollen conocimientos, actitudes y valores que les permitan crecer como personas y reforzar sus vínculos solidarios y equitativos con los demás, para contribuir activamente a la construcción de entornos democráticos e inclusivos, en las interacciones que establece en el marco social y cultural en el que están inmersos. (p.23).

Por otro lado, Quiroga (2018) informa: “La necesidad de una educación sexual integral trasciende ampliamente el cumplimiento de una ley, ya que responde a las evidentes inquietudes manifiestas de los niños, los adolescentes, sus padres y sus docentes. La sexualidad es un tema que reclama, nunca como hoy, la necesidad de ser aprehendida y analizada, es decir pensada, como una dimensión fundante de nuestra personalidad. Conscientes de la enorme importancia de la vida afectiva en la que se inscribe la sexualidad, es que exige ser abordada integralmente en todas sus dimensiones biológica, psicológica, ética y social-cultural.”

En tanto se puedan ejecutar los programas de educación sexual; indica el psicólogo Rodas (2017) se debe propiciar “Que los adolescentes, padres de familia, profesores y directores puedan crear un espacio libre de críticas, estereotipos, mitos y prejuicios, para hablar de lo que están sintiendo, pensando o haciendo en torno a su vida afectiva. La Educación Sexual Integral debe llevarse a los colegios, institutos, universidades y a cada familia”.

No está fuera de contexto lo que se menciona, por el contrario, se considera que es una buena alternativa para llevar información de calidad acerca del sexo y la sexualidad, la misma que trascienda el ámbito educativo y pueda insertarse también a la educación superior universitaria y no universitaria, la misma que tiene alumnos desde los 17 años; los mismos que necesitan seguir siendo formados en el tema.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1 Tipo de investigación

Para determinar el tipo de investigación a usar, se tomó como referencia a Hernández, Fernández, y Baptista. (2014. pp. 7, 128, 205, 468, 508. en tal sentido, esta investigación es: cuantitativa, no experimental.

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es: descriptiva. (Hernández, Fernández, y Baptista (2014 p. 128)

Población y muestra

Población:

La población de estudio es de 150 padres de familia de estudiantes de una institución educativa privada.

Muestra:

Se calculó haciendo uso de la siguiente ecuación:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2 N + Z^2 pq}$$

Dónde:

Z: valor de la abscisa de la curva normal, para un nivel de confianza de estimación de 95% de confianza, $Z = 1.96$

p = porcentaje de alguna característica importante del estudio 50%. $p = 0,50$ de actitud media.

$$q = 1 - p = 0,50$$

e = error de la muestra 5%, $e = 0,05$

N = tamaño de la población, $N = 150$ (padrón de padres de familia)

Remplazando valores.

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5^2 * 150}{0.05^2 * 150 + 1.96^2 * 0.5^2} = 107,88$$

La muestra de estudio quedó constituida por 108 padres de familia.

Para la presente investigación se ha utilizado la técnica del muestreo no probabilístico por conveniencia.

- Criterios de inclusión: 108 padres de familia de la institución educativa privada, que respondieron la encuesta correctamente. Cada padre de familia constituye una unidad de estudio.

- Criterios de exclusión: constituidos por padres los que no llenaron adecuadamente las encuestas, que hicieron el llenado incompleto, los que hicieron anotaciones de nombres y apellidos y los padres que no enviaron el cuestionario.

Recolección de datos y validez del instrumento

Para la recolección de datos se utilizó el test “Actitudes sobre la Educación Sexual de Niños y Adolescentes en Padres de Familia” (ACSEX).

Técnica: El cuestionario.

Ficha Técnica:

Autor: Mg. Carlos Efraín Marchena Cárdenas

Elaborado en: 2013

Validez: Se consigue una prueba con validez de constructo aceptable que fue aplicada individualmente a 243 padres de familia.

Información: 92.84%

Coeficiente alfa de Cronbach.

El análisis de consistencia interna, se efectuó a través del coeficiente alfa de Cronbach. Resultados: Constructos: Información sexual. Alfa de Cronbach 0,810. N° de ítems 12. Uso de métodos. Alfa de Cronbach 0,730. N° de ítems 6. Inicio de actividad. Alfa de Cronbach 0,714. N° de ítems 3. Puntuación total: Alfa de Cronbach 0,772. N° de ítems 21; esto indica que el instrumento realmente mide la variable que nos hemos propuesto medir y da validez a la escala utilizada para la recolección de datos en esta investigación, puesto que el coeficiente de consistencia está por encima de 0,5.

Administración: Individual-colectiva, con duración de aproximadamente 20 minutos.

Aplicación: A padres de familia.

Ámbito de aplicación: Actitudes sobre la Educación Sexual de Niños y Adolescentes en padres de familia que solicitan atención psicológica para sus hijos en el Policlínico Peruano Japonés, Lima-2013.

El test propone evaluar las características de las actitudes de los padres a través de 21 ítems, mediante la Escala de Likert, con cinco alternativas de respuesta.

3.3 Procedimientos

Una vez pensado el tema se decidió realizar la investigación en una institución educativa privada al que pertenecen los padres de familia ubicada en el distrito de Paucarpata, provincia de Arequipa.

Se solicitó la aprobación del proyecto de investigación a los especialistas de la Escuela Profesional de Psicología de la Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Asimismo, se buscó el asesoramiento de una docente especialista en el tema de estudio.

Seguidamente, se conversó con la directora de la institución, explicando el motivo y la importancia del estudio, se requirió de la autorización y se envió a los padres de familia el correspondiente consentimiento informado.

Se procedió a que los padres respondan el cuestionario por el tiempo de 25 minutos. Se envió el instrumento en un sobre cerrado y lo devolvieron al día siguiente de la misma manera.

Para realizar el procesamiento de la información, se procedió a ordenar cada unidad de análisis en una base de datos diseñada para tal fin. Se aplicó las técnicas de la estadística descriptiva, cualitativa usando el programa estadístico SPSS versión 22.

Luego de obtener los resultados, se procedió a la discusión, lo que nos permitió formular las conclusiones y proponer las recomendaciones pertinentes.

CAPÍTULO IV

4.RESULTADOS

4.1 Descripción de datos

Capacitación en educación sexual de hijos

Tabla 2 *Capacitación en educación sexual de hijos*

Capacitación en educación sexual de hijos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porce. acumulado
Válido	Si	27	25,0	25,0	25,0
	No	81	75,0	75,0	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3

Actitud de los padres sobre la educación sexual de sus hijos adolescentes

		Porcentaje			
		Frecuencia	Porcentaje	válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	6	5,6	5,6	5,6
	De acuerdo	16	14,8	14,8	20,4
	En duda	46	42,6	42,6	63,0
	En desacuerdo	31	28,7	28,7	91,7
	Totalmente en desacuerdo	9	8,3	8,3	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4

Actitud de los padres al acceso a la información sobre educación sexual de sus hijos adolescentes

				Porcentaje	Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	válido	acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	4	3,7	3,7	3,7
	De acuerdo	21	19,4	19,4	23,1
	En duda	43	39,8	39,8	63,0
	En desacuerdo	38	35,2	35,2	98,1
	Totalmente en desacuerdo	2	1,9	1,9	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5

Actitud de los padres sobre la aquiescencia en el uso de métodos anticonceptivos de sus hijos adolescentes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	19	17,6	17,6	17,6
	De acuerdo	45	41,7	41,7	59,3
	En duda	30	27,8	27,8	87,0
	En desacuerdo	11	10,2	10,2	97,2
	Totalmente en desacuerdo	3	2,7	2,7	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6

Actitud de los padres sobre el inicio de la actividad sexual de sus hijos adolescentes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	5	4,6	4,6	4,6
	De acuerdo	15	13,9	13,9	18,5
	En duda	36	33,3	33,3	51,9
	En desacuerdo	29	26,9	26,9	78,7
	Totalmente en desacuerdo	23	21,3	21,3	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

A partir del análisis de los resultados:

Se encontró que 75% de padres no tienen capacitación en educación sexual, guarda relación con lo que sostiene Meza (2008), los padres deben capacitarse y prepararse para poder dar orientación sexual a sus hijos, al margen de superar limitaciones y prejuicios que traen como parte de su educación tradicional como causa de actitudes desfavorables. El restante 25% indicó haber sido capacitado al respecto en centros de salud, pero solamente en referencia a métodos anticonceptivos y planificación familiar; lo que dista mucho de la efectiva educación integral en sexualidad como lo indica la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES) respaldada por la WAS (Asociación Mundial de Sexología) “Cuando la sociedad y los padres y madres en particular conocen y comprenden el sentido de la educación para la sexualidad, participan en ella, la promueven y la exigen para sus hijos e hijas”. (Número 1 año 2019).

Respecto a la actitud de los padres sobre la educación sexual de sus hijos adolescentes, 42,6% muestra estar en duda, es decir que los padres no deciden si estar de acuerdo o en desacuerdo con esta temática en general, ya que como refiere López (2016) “padres y madres asumen que, hablar de sexo o enseñar acerca de sexualidad, impulsará a sus hijos a un inicio temprano en las relaciones sexuales, exponiéndolos a embarazos no deseados, a contraer infecciones de transmisión sexual (ITSs), al aborto, etc.” conservan y mantienen esa creencia errónea, ya que desconocen los beneficios de la educación sexual. Al respecto Correa, Jaramillo, y Ucrós,

A, (1972), lo corroboran con su estudio e indican que los padres, no son conscientes en su totalidad, que una educación integral “contribuye a la formación integral del ser humano mediante la información y actitud críticas y responsables, para que el individuo pueda adquirir los conocimientos, actitudes y valores que le permitan realizar su autodeterminación en lo que concierne a su propia sexualidad, y vivirla de una manera equilibrada, adaptada, positiva y creadora dentro de su época, su cultura y su sociedad”. (p. 324). Además, como lo sostiene el MINEDU (2008) “Los padres no se sienten capacitados para orientar en temas de sexualidad a sus hijos e hijas, no tienen adecuada comunicación con ellos, que les permita dialogar abiertamente sobre su sexualidad, creen que tratar temas de sexualidad en la escuela promueve el inicio sexual de sus hijas e hijos”.

La actitud de los padres al acceso a la información sobre educación sexual de sus hijos adolescentes: en duda el 39.8%, en desacuerdo 35.2%, esto se corrobora con lo que sostiene Díaz (2016) en su investigación: la familia brinda una escasa o nula orientación sobre temas de sexualidad al respecto el 50% de las adolescentes reciben una educación sexual, de 1 a 2 veces al mes en forma esporádica y eventual, lo que no significa que ésta sea la más adecuada. Y el 27% de las adolescentes indican que tienen un conocimiento muy bajo sobre educación sexual en la familia, y lo que esporádicamente reciben en su institución educativa son charlas sobre métodos anticonceptivos. El hallazgo concuerda con lo que sostiene Tacuri (2017) en su investigación, acerca de la influencia de las creencias y costumbres de los padres sobre educación sexual de los hijos, el 68% influye desfavorablemente en sus hijos adolescentes de 3ro de secundaria, el 30%

medianamente favorable y solo el 1% favorable. De igual forma, el 68% de estudiantes evidencia creencias y costumbres desfavorables, el 26% medianamente favorable y solo el 6% muestran creencias y costumbres favorables en educación sexual.

Respecto a la aquiescencia en el uso de métodos anticonceptivos de sus hijos adolescentes, el 59,3%, de padres están de acuerdo. No se han encontrado investigaciones que corroboren actitudes favorables o desfavorables de padres respecto a que si sus hijos deben o no usar métodos anticonceptivos. Sin embargo, sí hay variedad de estudios acerca del conocimiento y uso de estos métodos por parte de adolescentes. Lizarzaburo (2006) muestra en los resultados de su estudio, barreras que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el servicio de adolescencia en el periodo octubre-diciembre del año 2005, dentro de las barreras predominó el desconocimiento del uso correcto de los métodos anticonceptivos; también predominó la falta conocimiento de temas relacionados con su salud sexual y reproductiva.

En cuanto a la actitud de los padres sobre el inicio de la actividad sexual de sus hijos adolescentes, 48.2% no están de acuerdo por lo que manifiestan una actitud desfavorable y un tercio de la muestra, es decir el 33,3% evidencia duda e indecisión. No se ha encontrado estudios recientes que corroboren o desmientan los resultados encontrados, más sí se encuentran gran variedad de estudios que investigan acerca del inicio sexual temprano. No obstante, esta actitud desfavorable, se ratifica que no se comprende o acepta que los jóvenes y adolescentes sean ya sexualmente activos y menos aún, que tengan derecho a expresar y vivenciar su

sexualidad, la misma que debe ser producto de una toma de decisiones informadas y con responsabilidad promoviendo el autocuidado, y sobre todo desde una perspectiva de privacidad, protección y límites. Consideramos que los padres y el sistema educativo no están respondiendo a las necesidades que tienen las adolescentes sobre la educación sexual. Según el MINSA (2017) el inicio de la actividad sexual es un fenómeno que viene observándose, entre los adolescentes de 15 a 19 años de edad, se ha incrementado en el porcentaje de aquellos que tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad, este porcentaje paso de 5.1% en el 2000 a 6.9% en el 2015. Asimismo, el que nunca tuvieron relaciones sexuales se redujo en casi diez puntos porcentuales en el mismo período, señalando que la actividad sexual entre 15 a 19 años de edad ha ido en incremento desde el 2000 al 2015. (p.86).

La actitud de los padres sobre: Creo que se logra prevenir problemas de embarazo precoz, el SIDA y el aborto, con la educación sexual de sus hijos adolescentes, 88,0% indica estar de acuerdo, lo que cambiaría sustancialmente las realidad de las estadísticas que se presentan a nivel regional y nacional, acerca de embarazo precoz , abortos, ITSs y sobre todo se reforzaría el nivel de la prevención también en lo que respecta a agresiones sexuales, violencia de género, captación a través de redes sociales, y otros riesgos etc., neutralizando progresivamente factores altamente riesgosos.

La actitud de los padres acerca de: La educación sexual para niños y adolescentes la debe proporcionar tan solo un profesor u otro especialista; indican estar en desacuerdo 61,1 %, lo que indica entonces que desean ser

ellos los protagonistas de esta educación; lo corroboran Feíto, Bozzolao, Calvo, y Larraín, en su investigación; donde el 94,8% de los padres se consideran los principales responsables de la educación sexual de sus hijos, reconociendo además la influencia de los medios de comunicación (21,9%), los profesores (20,3%) y los amigos (18,8).

La actitud de los padres sobre: considero recomendable que eduquemos en sexualidad a nuestros hijos, indican estar totalmente de acuerdo 63.0%, de acuerdo, 27.8%, sumados 90.8%; lo que representa un hallazgo muy importante en esta investigación, ya que pone de manifiesto una actitud muy favorable de los padres a favor de la educación sexual de sus hijos adolescentes, lo que traería como consecuencia el poder acceder a la misma, ya sea a nivel formal (instituciones educativas) e informal (ámbito familiar). No hay estudios recientes que corroboren el resultado que se ha encontrado este ítem específicamente. El sexólogo Oblitas (2019) manifiesta al respecto “Recibir información de sexualidad es un derecho de todo ser humano, y principalmente de nuestros hijos por parte de los padres, es necesario ser consciente que hablar de sexualidad es un deber que empieza desde el nacimiento y se extiende hacia la niñez, la pubertad, la adolescencia y la juventud”.

CONCLUSIONES

PRIMERA. Un alto porcentaje de padres 75.0% no tienen capacitación en educación sexual de hijos.

SEGUNDA. La actitud de los padres sobre educación sexual de sus hijos adolescentes: están en duda el 42.6%, en desacuerdo 28.7% y totalmente en desacuerdo 8.3% sumados son el 37.0% y totalmente de acuerdo 5.6% y totalmente de acuerdo 14.8% sumados 20.4%.

TERCERA. La actitud de los padres sobre el acceso a la información sobre educación sexual de sus hijos adolescentes: en duda el 39.8%, en desacuerdo 35.2%, totalmente en desacuerdo 1.9% sumados 37.1%; de acuerdo 19.4% y totalmente de acuerdo 3.7% sumados 23.1%.

CUARTA. La actitud de los padres sobre la aquiescencia en el uso de métodos anticonceptivos de sus hijos adolescentes: de acuerdo 41.7%, totalmente de acuerdo 17.6% sumados 59.3%; en duda 27.8%; en desacuerdo 10.2%, totalmente en desacuerdo 2.7% sumados 12.9%.

QUINTA. La actitud de los padres sobre el inicio de la actividad sexual de sus hijos adolescentes: en desacuerdo 26.9%, totalmente en desacuerdo 21.3% sumados 48.2%; en duda 33.3%; de acuerdo 13.9% y totalmente de acuerdo 4.6% sumados 18.5%.

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Los padres no están respondiendo a las necesidades de los adolescentes en cuanto a su formación en sexualidad, por lo que se recomienda a la institución educativa privada promueva, planifique y ejecute actividades de capacitación en educación sexual integral a los padres y madres de los tres niveles educativos, dando cumplimiento a la normatividad dada por el MINEDU desde el 2008.

SEGUNDA. La institución educativa privada incluya en su Proyecto Educativo Institucional (PEI) y Plan Anual de Trabajo (PAT) la capacitación e implementación a los tutores para que a su vez puedan trabajar con los padres y madres, con el cuaderno de trabajo “Aprendemos sobre sexualidad para orientar a nuestras hijas e hijos”. La propuesta se organiza en torno a tres ejes temáticos: sexualidad y derechos, bases fundamentales para la prevención de riesgos, y comunicación eficaz en temas de sexualidad.

TERCERA. La institución educativa privada debe promover que, la educación sexual en el aula y en los hogares sea personalizadora, bajo un modelo abierto e integrador para evitar actitudes extremas como la represión y la permisividad, no sólo con el objetivo de prevenir embarazos, abortos o enfermedades de transmisión sexual, sino promoviendo en su lugar un enfoque mucho más amplio que tiene que ver con el desarrollo pleno, el bienestar y la salud de la persona, desde una visión positiva y holística.

CUARTA. A la institución educativa privada, se sugiere ejecute la normatividad. El MINEDU (2008) dispone que: La educación sexual integral es un espacio sistemático de enseñanza aprendizaje que promueve saberes y habilidades para la toma de decisiones responsables y críticas en relación con

los derechos de los niños, las niñas y los/as adolescentes para el cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales, la información y la sexualidad.

QUINTA. Es importante que la Institución Educativa solicite la participación de otros profesionales en la tarea de formación integral en sexualidad; principalmente psicólogos, obstetras, sexólogos, etc.

REFERENCIAS

- Anguís, B. (s.f). *Empatía, mucho más que ponerse en el lugar del otro*. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/psicologia/empatia>
- Barragán, F (1995). Anuario de Sexología. Currículum, poder y saber, un análisis crítico de la educación sexual.
- Cáceres, M., y Huaynillo, M. (2016). *Conocimiento y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en adolescentes (Estudio realizado en adolescentes de 15 a 17 años de la I.E Micaela Bastidas)*.
- Calizaya, D y Gonzales, P. (2018). *Tesis: Influencia de la Familia en la Iniciación Sexual de Alumnos de Secundaria de Un Colegio Rural y Urbano de Arequipa – 2016*. Universidad de San Agustín de Arequipa. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6331/PScachdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. CDC (2018). *Adolescentes 15 a 17 años*. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/childdevelopment/positiveparenting/adolescence2.html>
- Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). (2019). *El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú*.
- Collado, J. (2017). *Nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes de 13 a 19 Años de Edad del Colegio y Academia del Grupo Joule Arequipa 2017*. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4621/MDmacojp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- Condori, Z. (2018). *Arequipa presenta disminución de embarazos de adolescentes y aumento de abortos*. Diario El Comercio.
- Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China 14° (1997). *Declaración Universal de los Derechos Sexuales*. Recuperado 2018. http://blogs.murciasalud.es/edusalud/files/2012/02/Decl.Univ_.Derechos-sexuales-Valencia.pdf
- Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) 1989. Lima, Perú.
- Constitución Política del Perú 1993. Lima, Perú.
- Cordero J. y Rodríguez X. (2008). Revista Ibero Americana de Educación. Vol. 45 núm. 1: Número especial/Educación sexual. *Reflexiones sobre educación sexual desde una perspectiva holística*. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI)
- Correa, P, y Jaramillo, I, Ucrós, A. (1972). *Influencia de la educación sexual en el nivel de información y en las actitudes hacia la sexualidad*. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 4, (núm. 3), 1972, pp. 323-334 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia
- Cuevas, M. (2012) *EL ROL DE LOS PADRES Y MADRES EN LA EDUCACIÓN SEXUAL DE SUS HIJOS E HIJAS*.
- CuídatePlus (s.f). *Sexualidad en la adolescencia*. Recuperado de: <https://cuidateplus.marca.com/quienes-somos.html>
- Díaz, F. (2016) *Educación sexual en la familia y su influencia en el embarazo de las adolescentes del centro de salud ampliación Paucarpata - Arequipa, 2015*. Tesis de Pregrado. Universidad Técnica del Altiplano, Puno.
- Díaz, T. (2010). Vol. 2 No. 1, diciembre de 2010 (pp. 152-160). *Factores que inciden en el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes*.

Dirección de Tutoría y Orientación Educativa (DITOE 2008). *Aprendemos sobre sexualidad para orientar a nuestras hijas e hijos.*

DITOE (2010) *Cuaderno de Orientaciones Conversando sobre sexualidad con nuestras hijas e hijos.* Lima. Perú

EcuRed Enciclopedia Cubana Educación sexual (s.f) *Definición de Educación Sexual.* Recuperado de: https://www.ecured.cu/Educaci%C3%B3n_sexual
http://www.ecured.cu/Educaci%C3%B3n_sexual#La_Educaci.C3.B3n_Sexual_en_Cuba

Espada, J., Quiles, M. y Méndez, F. (2003). *Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia.* Papeles del Psicólogo. Vol. 24, (núm. 85), mayo-agosto, 2003, pp. 29-36 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España.

Espejo, J., Cordero, A., Quintero, L. y Martín, H. (2018). *El rol de los padres y madres en la educación sexual de sus hijos e hijas.*

Feito, M., Bozzolao, S., Calvo, S., y Larraín I. (2001). *Necesidades percibidas por los padres relacionadas con la educación de la sexualidad de sus hijos* (2001 Tesis Maestría. Universidad de la Rioja, España.

Fernández, L., Bustos, L., González, L., Palma, D., Villagrán, J. y Muñoz, S. (2000). Revista médica chilena. *Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual.* V.128 (n.6) Santiago jun. 2000.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000000600002>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFRA) Perú (2019). “*La falta de educación sexual en el país*”

García, M. (1979). *La educación sexual en la escuela. Perspectivas y reflexiones.*

- Gascón, J, & Jiménez J. & Navarro B. & Gochico A. (2003) *Comportamiento sexual de los escolares adolescentes en la ciudad de Córdoba 2003*. Tesis Maestría Universidad de Córdoba, España.
- Gerencia Regional de Salud Arequipa. (2017). *PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD – GRSA 2017*.
- Gossart, M. (2002). “No hay mejor lugar que el hogar para la educación sexual”
- Guzmán, R y Pacheco, M. (20 enero-junio, 2014). *Comunicación familiar y desempeño*. (Núm. 20), pp. 79-91.
- Healthychildren.org (s.f). *Cómo hablar sobre el sexo con su hijo*. Recuperado de: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-tages/gradeschool/puberty/Paginas/Talking-to-Your-Child-About-Sex.aspx>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptistas, P. (2014). *Metodología de la investigación científica*. Sexta Edición. Colombia. McGraw-Hill/Interamericana editores, S.A.
- Herrera (2018). Diario El Comercio. *Que no existe control sobre la venta del método anticonceptivo de emergencia*. Lima, Perú.
- Hurtado F. (2016) *18º Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación sexual. 2016, Madrid (España) Presidente del Congreso (España) El desarrollo de la sexología en los países latinoamericanos*.
- INEI Instituto Nacional de Informática y Estadística. (2009-2018). *Indicadores de Violencia Familiar y Sexual*
- INEI (2017). *Los adolescentes son actualmente una de las poblaciones de mayor vulnerabilidad en nuestro país*

- Jiménez, E. (2013). *Nivel de conocimiento y actitudes sexuales de los estudiantes de nivel secundario de la I.E. Mercedes Cabello de Carbonera de Ilo – 2012*.
- Lianet, A. & Figueroa, (2 017). Rev. Ciencias Médicas Vol.21 (núm.2) Pinar del Río. *Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano*.
- Lizarzaburo, S. (2006). Tesis: “*Barreras que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el servicio de adolescencia en el IEMP en el periodo octubre-diciembre del año 2005*”.
- López, B. (2016). *Actitudes y creencias de padres y madres hacia la educación sexual*. Tesis Maestría. Universidad Jaime I. Castellón, España.
- Marchena, C. (2 013) *Actitudes sobre la educación sexual de niños y adolescentes en padres de familia que solicitan atención psicológica para sus hijos en el policlínico peruano japonés, Lima-2013*. Tesis Grado de Magister. Universidad César Vallejo, Lima.
- Marina, J. (2002). *El Rompecabezas de la Sexualidad*. Recuperado de: <https://www.joseantoniomarina.net/libro/el-rompecabezas-de-la-sexualidad/>
- Martínez, C. (2016) “*Educación Sexual Integral para alumnos, padres y profesores*” recuperado de artículo publicado en vital.rpp.pe
- Meléndez (2013). *Actitud de los estudiantes de enfermería de la Universidad Mayor de San Marcos hacia la muerte*. Repositorio de la UNMSM.
- Meza, J. (2008). *Rol de los padres y maestros en la educación sexual de los niños del 6to grado del nivel primario de la I.E. 70045*. Chanu-Chanu, Puno 2008. Recuperado de: <https://vdocuments.mx/rol-padres-maestros-educacion-sexual-ninos.html>

- MINEDU Ministerio de Educación. (2006). *Lineamientos para una educación sexual integral*. Dirección de Tutoría y Orientación Educativa
- MINEDU (2007). *Proyecto Educativo Nacional al 2021: Objetivo Estratégico 1 y POLÍTICAS AL 2021*. Lima, Perú.
- MINEDU (2008). *Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral*. Lima. Perú
- MINSA Ministerio de Salud y Asistencia Social. (2004) *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*. Lima, Perú
- MINSA (2010) *Estudiantes de secundaria refirieron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida*. Lima, Perú.
- MINSA (2011). *Programa de Atención Médica Integral para Adolescentes*.
- MINSA (2017) *Documento técnico - situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. 2017*. Lima Perú
- MINSA (2019). *Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis del MINSA*
- MIMP Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2018). *Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual*.
- Moral-de la Rubia, José. (2010). *Religión, significados y actitudes hacia la sexualidad: un enfoque psicosocial*. Revista Colombiana de Psicología, vol. 19, (núm. 1), enero-junio, 2010, pp. 45-59 Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia. P. 46 influencias (Breckler & Wiggins, 1992) (Ellingson, Van Haitsma, Laumnn & Tebbe, 2004). P. 46
- Núñez, C. (2004). *Existe desinformación en educación sexual*. El Siglo Durango. Recuperado de:
<https://www.elsiglodedurango.com.mx/noticia/25719.existe-desinformacion-en-educacion-sexual.html>

- Oblitas, S. (2019). FLASSES on line – Boletín electrónico oficial federación latinoamericana de sociedades de sexología y educación sexual. Número 1 año 2019). *¿Cómo los padres deben abordar el tema de sexualidad con sus hijos?*
- OFICINA DE LA UNESCO EN LIMA, representación en Perú. (2019). *Por una educación sexual integral en los colegios.*
- OMS Organización Mundial de la Salud. (2014). *Desarrollo en la adolescencia.*
Recuperado de:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS (2018) *Planificación Familiar.* Recuperado de:
https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception_
- OMS (s.f). *¿Cómo define salud?* Recuperado de: OMS (s.f). *¿Cómo define la OMS la salud?*
- Ortega, M., López, S. y Álvarez, M. (s.f). *Las actitudes.* Recuperado de:
https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_04.pdf
- Padrón, M., Fernández, L e Infante, Ana (2009). *Libro Blanco sobre Educación Sexual.* Universidad de Málaga. Málaga, España.
- Páramo, M. (2011). *Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión.*
Revista Terapia Psicológica, Vol. 29, (núm. 1, 2011), pp. 85-95.
- Planned Parenthood (2017). *Definición educación sexual.*
- Ponce, M. (2015) *Desarrollo normal del adolescente.* Recuperado de:

<http://docplayer.es/32273790-Desarrollo-normal-del-adolescente-adolescencia.html>.

Portellano, J. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. Editorial Mc Graw Hill /Interamericana Madrid, España

Priego, T. (1995) *La sexualidad para una comprensión integral. (Capítulo 1*
Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/329510824/Comprender-la-Sexualidad-Priego-Tomas>

Proyecto Educativo Nacional al 2021. MINEDU. Lima, Perú.

Psicología Online (2018). Características de las actitudes. Recuperado de
<https://www.psicologia-online.com/caracteristicas-de-las-actitudes-653.html>

Quiroga, E. (2018). *ESI: una obligación que empieza en las familias*. Recuperado de: <https://www.losandes.com.ar/article/view?slug=esi-una-obligacion-que-empieza-en-las-familias-por-emilce-quiroga>

Real Academia Española RAE (2018) Madrid. España.

Ríos, C., Vera. R., y Mantilla, V. (2018) “*Aborto en adolescentes atendido en el Hospital Florencia de Mora. Es Salud. Enero 2016 - diciembre 2017*”

Rodas, N. (2017). *Sociocultura de la Relación de Pareja*. Editorial Universidad César Vallejo. Trujillo. La Libertad. Perú.

Rondón, P. (2018) refiere “*Es hora de hablar con nuestros hijos desde pequeños sobre sexualidad, cuidado y protección*”

Rondón, M. (2019). Foro panel realizado en la UNSA, “Cambios que tienen que ver con su natural transformación de niños a adultos”

Rojas, 2002). *GUÍA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES*.

- Rubio, E. Instituto Espill. (2011 p.p) 108 a 116. *Sobre la sexualidad humana: los cuatro holones (componentes) sexuales*. Recuperado de:
https://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/pdf/lecturas/s_01_06_sobre%20la%20sexualidad%20humana.pdf
- Serrano, I., Dueñas, L., Bermejo, C., Doval, I. y otros. (2005). *Actividad sexual e información y uso de métodos anticonceptivos en la juventud española*. Resultados de una encuesta nacional. Madrid, España.
- Shibley, J y DeLamater, J (2003). *Sexualidad Humana*. México. Editorial McGraw-Hill/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Significados. (2016). *Significado de Aquiescencia*. Recuperado de:
<https://www.significados.com/aquiescencia/>
- Sugobono N, (2019). *LO QUE NO SE QUIERE SE MATA*. Diario El Comercio, Revista SOMOS, 24.
- Tacuri, W. J. (2017). *Influencia de creencias y costumbres de los padres en la educación sexual de las estudiantes de 3° de secundaria de la I.E. Mercedes Indacochea, Tacna 2017*.
- Talledo, M. (2018). *Conocimiento sobre educación sexual en adolescentes de la Institución Educativa José Eusebio Merino y Vines Sullana – 2017*. Tesis Licenciado. Universidad San Pedro, Chimbote, Ancash.
- UNESCO (2017). *La agenda mundial Educación 2030*
- UNESCO (2018). *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia*. París, Francia
- UNESCO (2019). *Educación integral en sexualidad (EIS)*.
- UNESCO Oficina de Lima (2019). *Por una educación sexual integral en los colegios*.

UNESCO & MINEDU, (2013). *TUTORIA Y ORIENTACIÓN EDUCATIVA*. (P. 8).

Universidad Católica de San Pablo. (2016). *II Barómetro de la Familia. II*

Barómetro de la Familia de la Universidad de San pabloUCSP. Arequipa:

Valdez, N. (2016). *Importancia de las actitudes en la psicología social*. Recuperado

de <https://prezi.com/eamjaao1a8i9/importancia-de-las-actitudes-en-la-psicologia-social/>

Vaquero T. (2013). *Sexualidad en la adolescencia*

Walti, C. (2015). *Inicio de la vida sexual y reproductiva*. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252005000300007

ANEXOS

1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ACTITUDES SOBRE LA EDUCACIÓN SEXUAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PADRES DE FAMILIA

A) INSTRUCCIONES

Como parte de un estudio de actitudes sobre la educación sexual de niños y adolescentes en padres de familia presentamos esta prueba, que no es de conocimientos ni evalúa capacidades o destrezas, sino que simplemente mide su disposición sobre la educación sexual de los hijos con la finalidad de orientarlos mejor.

B) DATOS GENERALES

Agradecemos responda en forma anónima y con la mayor veracidad a lo siguiente:

I. Sexo: 1. Femenino () 2. Masculino () II. Edad: ____años III. Instrucción: 1. Primaria () 2. Secundaria () 3. Superior ()

IV. ¿En qué departamento nació usted? 1. Arequipa () 2. Otro departamento () ¿Cuál? _____

V. ¿Dónde vive usted? Distrito: VI. ¿Cuánto tiempo vive usted allí? Años..... Meses.....

VII. ¿Con quiénes vive usted?

Familia Viven conmigo	N° de personas en mi casa (incluyéndome)	Edad de los hijos	Número de hijos	
			HOMBRES	MUJERES
1. Pareja ()	1. De 2 hasta 5 ()	1. De 1 a 5		
2. Hijo(s) ()	2. De 6 a más ()	2. De 6 a 10		
3. Padre(s) ()	N° total de hijos (entre 1 y 18 años)	3. De 11 a 15		
4. Otros ()		4. De 16 a 18		

VIII. ¿Alguna vez ha recibido capacitación sobre cómo educar sexualmente a los hijos? 1. Sí () 2. No ()

C) DATOS ESPECÍFICOS. Por favor, marque con una "X" sobre el número correspondiente según la intensidad de sus opiniones o ideas: 1=TOTALMENTE DE ACUERDO - 2: DE ACUERDO - 3: EN DUDA - 4: EN DESACUERDO

5: TOTALMENTE EN DESACUERDO

N°	DESCRIPCIÓN	1	2	3	4	5
1	Los hijos (sexo masculino) deben estar mejor instruidos en la sexualidad que las hijas (sexo femenino).					
2	Me parece conveniente que el sexo (oral, anal y no solo el genital a través del coito) se inicie en el matrimonio.					
3	El hombre es el responsable del uso de los anticonceptivos					
4	La educación sexual para niños y adolescentes la debe proporcionar tan solo un profesor u otro especialista.					
5	Si mis hijos lo necesitan, preferiría que usen anticonceptivos					
6	Las hijas (sexo femenino) deben estar mejor instruidas en la sexualidad que los hijos (sexo masculino).					
7	Considero recomendable que eduquemos en sexualidad a nuestros hijos.					
8	Me parece mejor que la mujer inicie relaciones sexuales (tipo coito) después de casarse.					
9	Creo que se logra prevenir problemas como el embarazo precoz, el SIDA y el aborto, con la educación sexual a niños y adolescentes					
10	Me siento cómodo-a al hablar sobre sexualidad con mis hijos-as.					
11	La mujer es la responsable del uso de los anticonceptivos					
12	Las madres deben informar sobre sexualidad a sus hijas (sexo femenino) y los padres a sus hijos (sexo masculino).					
13	Me parece recomendable que las adolescentes (sexo femenino) usen métodos anticonceptivos.					
14	Pienso que los jóvenes ya tienen suficiente información sobre la sexualidad.					
15	Creo que las dudas, inseguridades o problemas de los chicos-as sobre la sexualidad se solucionan al crecer.					
16	Me parece que las mujeres corren más riesgos que los hombres en las relaciones sexuales.					
17	Es conveniente escuchar a los hijos-as cuando nos hablan de sexualidad					
18	La mujer debe llegar virgen al matrimonio.					
19	Creo que es adecuado que las adolescentes (mujeres) usen métodos anticonceptivos.					
20	Me parece adecuado que los adolescentes (sexo masculino) usen métodos anticonceptivos.					
21	Los chicos (sexo masculino) deben iniciarse sexualmente antes que las chicas (sexo femenino).					

SI TIENE ALGÚN COMENTARIO O SUGERENCIA, POR FAVOR ANÓTELO:

.....

.....

GRACIAS POR SUS RESPUESTAS. POR FAVOR, ASEGÚRESE DE HABER RESPONDIDO A TODOS LOS ENUNCIADOS

Tabla 7

9Creo que se logra prevenir problemas de embarazo precoz, el SIDA y el aborto, con la educación sexual a niños y adolescentes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	62	57,4	57,4	57,4
	De acuerdo	33	30,6	30,6	88,0
	En duda	10	9,3	9,3	97,2
	En desacuerdo	1	,9	,9	98,1
	Totalmente en desacuerdo	2	1,8	1,8	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8

4La educación sexual para niños y adolescentes la debe proporcionar un profesor u otro especialista

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	9	8,3	8,3	8,3
	De acuerdo	16	14,9	14,9	23,1
	En duda	17	15,7	15,7	38,9
	En desacuerdo	46	42,6	42,6	81,5
	Totalmente en desacuerdo	20	18,5	18,5	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9

7Considero recomendable que eduquemos en sexualidad a nuestros hijos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Válido	Totalmente de acuerdo	68	63,0	63,0	63,0
	De acuerdo	30	27,8	27,8	90,7
	En duda	4	3,7	3,7	94,4
	En desacuerdo	4	3,7	3,7	98,1
	Totalmente en desacuerdo	2	1,8	1,8	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

CASO CLÍNICO

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. Nombres y Apellidos | : M.C.LL |
| 2. Edad | : 18 años |
| 3. Sexo | : Femenino |
| 4. Fecha de Nacimiento | : 8 de enero del 2000 |
| 5. Lugar de Nacimiento | : Cajamarca |
| 6. Estado Civil | : Soltera |
| 7. Grado de instrucción | : Secundaria completa |
| 8. Domicilio | : San Juan de Lurigancho - Lima |
| 9. Ocupación | : Su casa |
| 10. Religión | : Católica |
| 11. Informantes | : La madre y paciente |
| 12. Lugar de Evaluación | : Centro Psico Pedagógico |
| 13. Fecha de Evaluación | : 07 de mayo 2018 |
| 14. Examinadora | : Nélida Eneida Paz Cuadros |

II. MOTIVO DE CONSULTA

M. acude al Centro Psico Pedagógico Encumbrar en compañía de su madre, quien refiere que M. se encuentra renuente a alimentarse y en ocasiones ha ocultado la comida; cuando su madre le preguntaba sobre tales comportamientos, M. se mostraba “agresiva y terca”. Por lo cual la madre de la paciente solicita evaluación psicológica.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

M. relata que aproximadamente desde los 16 años empezó a presentar pensamientos recurrentes acerca de su aspecto físico: “empecé a sentirme más gorda, muy grande y fea; no quiero seguir creciendo, quiero achatarme”, tales ideas la llevan a restringirse alimentos, intentar dietas, las cuales consistían en restringir

comidas sólo a vegetales, al ver que no era suficiente, prosigue en sólo beber agua sin probar alimento; asimismo, en casa empieza a esconder la comida que le preparaban, e incluso provocarse vómitos después de ingerir alimentos a escondidas. Tales comportamientos son detectados por su madre, la cual empieza a observar a su hija cada vez más delgada y “algo pálida”, motivo por el cual decide preguntarle “qué es lo que está pasando”; al verse cuestionada, responde de manera agresiva y no tolera que le den consejos respecto a su alimentación, se muestra desafiante cuando la madre insiste en que M. se alimente, incluso ha llegado a agredirla físicamente al ver que ella no acepta sus prerrogativas; en las discusiones M. sostiene que “no me importa mi salud, preferiría morirme”. Su madre encontró restos de alimentos accidentalmente en su jardín mientras regaba sus plantas; tales situaciones han motivado a su madre a acudir a consulta para solicitar apoyo, ya que ella siente que no puede manejar el problema.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

A. Periodo del Desarrollo

a. Etapa prenatal:

El embarazo fue no deseado, ni planificado, ya que sus padres tenían dos hijas las cuales mantenían con mucho esfuerzo; se le presentó la idea de aborto a su madre, la cual fue desestimada y decidieron seguir con el embarazo; la gestación fue llevada con normalidad, sin embargo, ambos padres pensaban que M. sería una carga y una responsabilidad más.

b. Etapa natal:

M. nació a término de 39 semanas por parto eutócico en la posta médica de Otuzco (Cajamarca) asistida por un médico: lloró al nacer,

tuvo coloración rosada y no presentó anomalías en las primeras 48 horas luego de su nacimiento. Su peso al nacer fue de 3800g y su talla 50cm, su perímetro cefálico de 35 cm aproximadamente. Recibió sus inmunizaciones correspondientes y fue llevada a sus controles de crecimiento y desarrollo.

B. Primera infancia

a. Etapa postnatal:

Recibió lactancia materna desde el primer día de nacida; su madre relata que era una bebé tranquila, no lloraba mucho y lactaba cada dos horas incluso en las noches, en los primeros 5 meses; fue destetada progresivamente desde los 6 meses, iniciando su alimentación complementaria

b. Primer año:

La ablactancia de M. fue al año y seis meses, no usaba chupones, biberones, tampoco era alimentada con fórmulas infantiles.

c. Desarrollo psicomotor:

M. sostuvo la cabeza y empezó a sonreír aproximadamente a los 3 meses, empezó a balbucear a los 6 meses, logró sentarse sin apoyo a los 7 meses, a los 9 meses aprendió a gatear, al año y 2 meses empezó a caminar sin apoyo. Empieza a decir sus primeras palabras a los 13 meses. Controla esfínteres vesicales a los 18 meses y anal a los 2 años y 3 meses. La palabra que más se le dificultó pronunciar fue la “R”, sin embargo, a los 5 años ya podía pronunciarla adecuadamente.

C. Etapa escolar

Inicia los estudios preescolares a los 3 años; la primera semana de asistencia al jardín, la paciente lloraba constantemente y no deseaba

separarse de su madre; al principio se aislaba de sus compañeros, luego fue interactuando con mayor frecuencia y adquirió confianza con sus amigos y la profesora. En cuanto a su rendimiento en inicial, era una estudiante promedio.

Al empezar los estudios primarios, no tuvo dificultades académicas, no repitió ningún año, y tenía una buena relación con sus docentes y sus compañeros de clase, a pesar de ello M. tenía pocas amigas a las cuales invitaba a casa para jugar.

La transición a secundaria le trajo ciertas dificultades en su rendimiento escolar, el cual empezó a disminuir progresivamente con el transcurso de los años. En primer año era una estudiante promedio; en ese año empieza a sentir que algo no estaba bien con su cuerpo, que iba cambiando, y se sentía observada por sus compañeros varones, situación que la asustó y poco a poco se comportaba más callada y reticente a tener amigos hombres, pero la relación con sus compañeras de su mismo sexo se mantuvo con normalidad. En segundo año, su rendimiento académico empezó a disminuir más notablemente, por lo cual repite ese año.

Los siguientes años se torna más callada, evita tener contacto con sus nuevos compañeros de aula, su rendimiento es regular a partir de ese año; también ahora empieza evitar a sus compañeras, en ese periodo solamente tiene una amiga a la cual le tiene confianza y frecuenta más.

M. empieza a faltar a sus clases, debido a que se siente “inútil, horrible, fea”, evita que sus compañeros la vean, se va aislando constantemente, evita actividades en conjunto y reuniones sociales fomentadas por su colegio. En

casa, sus padres le exigen buenos resultados en la escuela, y ella responde de manera agresiva, renuente y desafiante.

Culmina la secundaria a los 17 años, con notas debajo del promedio.

D. Desarrollo y función sexual

M. empezó su menarquía a los 12 años, reaccionando con tranquilidad debido a que había hablado con su madre sobre ese tema, asimismo empezó a hacer preguntas relativas sobre el sexo y la procreación a los 15 años, estos primeros conocimientos sobre sexualidad los obtuvo de su madre, de su amiga cercana y de las charlas que se daban en su colegio. No ha tenido relaciones sexuales y tampoco enamorado hasta la actualidad; piensa que los hombres solamente quieren a mujeres que sean bonitas y que “tengan buen cuerpo”, y que ella nunca será así.

E. Actividad Laboral

La paciente económicamente depende completamente de sus padres. No ha realizado ninguna actividad laboral hasta el momento.

F. Religión

M. profesa la religión católica, fue bautizada en la iglesia de su comunidad, sin embargo, no asiste a misa ni participa en las actividades religiosas de su entorno.

G. Historia de recreación y de la vida

En la niñez temprana, M. jugaba con sus hermanas y amigos de su barrio, a pesar de ello, no lograba congeniar con sus pares, ya que prefería estar sola y poner sus propias reglas; en su colegio no le agradaba participar

en las actividades como reuniones, bailes o actuaciones por festividades, tampoco salía a fiestas.

H. Hábitos e influencias nocivas o tóxicas

M. ha consumido alcohol a los 14 años cuando estaba con su amiga, con la cual “intentaron probar la experiencia de tomar”; sin embargo, dicha experiencia no le agradó y refiere no haberla hecho hasta el momento de la evaluación; refiere no haber consumido drogas y es consciente de las consecuencias negativas de su uso. Duerme a altas horas de la noche a causa de los pensamientos que la inundan y le cuesta iniciar el sueño.

I. Antecedentes mórbidos personales

a. Enfermedades y accidentes

M. no ha presentado hasta la actualidad ninguna enfermedad grave, no sufrió ningún accidente y tampoco ha sido intervenida quirúrgicamente.

b. Personalidad pre mórbida

M. en sus primeros años se mostraba tranquila, lloraba poco. En su infancia se mostraba como una niña tranquila, apegada a su madre, callada, introvertida, no tenía muchos amigos y cuando interactuaba con pares no lograba congeniar con ellos. En la escuela primaria, se relacionaba adecuadamente con sus pares, le agradaba ir a la escuela; al inicio se aislaba de sus compañeros de clase, pero luego con apoyo de su docente logró interactuar adecuadamente. Durante secundaria, empieza a tornarse más callada y silenciosa, evita el contacto en clase, no participa en actividades de su clase. En la pubertad sus relaciones interpersonales se han caracterizado por la desconfianza

e inseguridad, en ocasiones se muestra muy irritable. En ocasiones ha mostrado resistencia pasiva a las órdenes que le daban sus padres. En sus actividades personales y cuidado personal evidencia orden, y preocupación por los detalles, los cuales trata de controlar minuciosamente. Cuando ha estado bajo mucha presión ha presentado conductas agresivas e impulsivas que le cuesta mucho controlar.

J. Antecedentes familiares

a. Composición familiar

M. vive con su madre, padre, 2 hermanas y sus abuelos paternos; su padre de 50 años trabaja como albañil y no ha concluido los estudios secundarios; su madre de 47 años se dedica a las labores de casa y ocasionalmente sale a hacer labores de limpieza a casas cuando se lo solicitan, la hermana mayor tiene 24 años y trabaja como secretaria y su segunda hermana tiene 21 años y se encuentra estudiando una carrera técnica en un Cetpro.

b. Dinámica familiar

La relación con sus padres es llevadera; su padre trabaja casi todo el día y prácticamente es ausente, sin embargo es permisivo y trata de que tengan una buena relación; su madre, que está en casa, muestra apertura hacia su hija y ella le tiene cierta confianza; la relación con sus hermanas es disfuncional, constantemente se encuentra a la defensiva y se presentan intercambios de palabras, así como peleas entre ellas; ella desafía las órdenes de sus hermanas mayores y muestra agresividad cuando tratan de darle órdenes; es hermética respecto a su mundo

interno, evita contar aspectos de su vida diaria y tiene una actitud de autosuficiencia ante su familia. La persona con quien más interactúa es su madre y muestra mayor apertura ante ella.

c. Condición socioeconómica

El nivel socioeconómico de la paciente es bajo, su padre se encarga de la manutención del hogar, su madre no trabaja, ocasionalmente hace limpieza y sólo se dedica a las labores de casa; viven en una zona rural, la vivienda es propiedad de sus abuelos paternos, de material rústico y cuentan con los servicios básicos.

d. Antecedentes familiares patológicos

No refiere familiares que hayan padecido de enfermedades mentales.

RESUMEN

Paciente M empieza a presentar aproximadamente desde los 16 años pensamientos recurrentes respecto a su aspecto físico “me siento gorda, muy grande y fea, no quiero seguir creciendo, quiero achatare”, ideas que la conducen a la restricción calórica, de alimentos, vómitos auto provocados e incluso esconder la comida; su madre nota su baja de peso, palidez y le solicita explicaciones, motivo por el cual la paciente responde agresiva y desafiantemente, incluso diciendo: “no me importa mi salud, preferiría morir”. El embarazo no fue planificado ni deseado, incluso la madre tuvo ideas de aborto; no hubo anomalías en la gestación, M. nació a término de parto eutócico con 39 semanas, de 3900g y 50 cm; fue capaz de sostener la cabeza a los 3 meses, balbucear a los 6 meses, sentarse

a los 7 meses, gatear a los 9 meses, caminar a los 14 meses; controló esfínter vesical a los 18 meses y el esfínter anal a los 27 meses. Inicia los estudios preescolares a los 3 años, tuvo dificultades de adaptación a la escuela y su rendimiento fue promedio. La transición a secundaria le trajo ciertas dificultades en su rendimiento escolar, el cual empezó a disminuir progresivamente con el transcurso de los años, repitió en segundo año de secundaria y empieza a sentir malestar con el desarrollo de su cuerpo, los siguientes años se comporta más callada, evita el contacto con pares, y empieza a faltar a clases, evita que sus compañeros la vean y tiende a aislarse. Empezó su menarquía a los 12 años sin problemas aparentemente, empezó a preguntarse sobre el sexo a los 15 años, no ha tenido pareja ni relaciones sexuales, tampoco refiere haber consumido drogas, sin embargo, si consumió alcohol en una ocasión, experiencia que le pareció desagradable; depende económicamente de sus padres. En sus primeros años se mostraba tranquila, lloraba poco. En su infancia se mostraba como una niña tranquila, apegada a su madre, callada, introvertida, no tenía muchos amigos; le agradaba ir a la escuela; al inicio se aislaba de sus compañeros de clase, pero luego con apoyo de su docente logró interactuar adecuadamente. En la secundaria, empieza a tornarse más callada y silenciosa, evita el contacto en clase, sus relaciones interpersonales se han caracterizado por la desconfianza e inseguridad, Ha mostrado resistencia pasiva a las órdenes que le daban sus padres. En sus actividades personales y cuidado personal evidencia orden, y preocupación por los detalles, los cuales trata de controlar minuciosamente; bajo presión ha presentado conductas agresivas e impulsivas que le cuesta mucho controlar. Tiene una

mayor confianza con su madre, sin embargo, la relación es disfuncional con sus hermanas. La paciente es de condición socioeconómica baja.

NELIDA ENEIDA PAZ CIADROS

BACHILLER PSICOLOGIA

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

1. Nombres y Apellidos	: M.C. LL
2. Edad	: 18 años
3. Sexo	: Femenino
4. Fecha de Nacimiento	: 8 de enero del 2000
5. Lugar de Nacimiento	: Cajamarca
6. Estado Civil	: Soltera
7. Grado de instrucción	: Secundaria completa
8. Domicilio	: S. J. de Lurigancho. Lima
9. Ocupación	: Su casa
10. Religión	: Católica
11. Informantes	: La madre y paciente
12. Lugar de Evaluación	: Centro Psico Pedagógico
13. Fecha de Evaluación	: 10 de mayo 2018
14. Examinadora	: Nélica Eneida Paz Cuadros

II. ACTITUD PORTE Y COMPORTAMIENTO

M. aparenta la edad referida; talla promedio, contextura bastante delgada (IMC: 17.6 kg/m²), tez clara, pálida, cabello largo y ojos de color negros, de fascies inusual; en las primeras evaluaciones se encuentra un poco desaliñada y su aseo personal un tanto descuidado, posteriormente muestra más limpieza y orden en su aspecto personal. Mantiene una postura ligeramente encorvada, marcha lenta; su expresión facial refleja seriedad, no logra expresar emociones; tono de voz bajo y comprende las instrucciones solicitadas en la evaluación. Muestra apertura ante la examinadora, en un inicio se muestra tranquila ante la evaluación, sin embargo, en el transcurso de la misma interrumpe constantemente las

premisas, asimismo, demora en la resolución de las tareas propuestas; mantiene el contacto visual.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA, Y ORIENTACIÓN

A. Atención:

M. es capaz de focalizar y concentrar su atención por un tiempo prudente para evaluar fenómenos, comprender las relaciones entre estos, para así planificar soluciones que considera pertinentes; en ocasiones se distrae, ello a causa de aburrimiento y de falta de motivación.

B. Conciencia:

Paciente en la evaluación se encuentra lúcida, tono y tiempo de reacción adecuados; comprende e interpreta adecuadamente las instrucciones; discrimina los acontecimientos del pasado, presente y tiene la capacidad de proyectarse en el futuro.

C. Orientación:

Conservada; se encuentra orientada en lugar y tiempo; sabe dónde se encuentra y, indica la fecha, día y año en el que nos encontramos; también se encuentra orientada en el espacio, describe cómo llegó. Es consciente de la condición y de las relaciones internas de su familia.

IV. LENGUAJE

Su lenguaje expresivo es comprensible, de tono y curso normales, velocidad promedio, guarda coherencia en el contenido y en la lógica de su relato, sin alteraciones en tiempos gramaticales y sintaxis. Su lenguaje comprensivo no evidencia alteración, comprende palabras, oraciones y textos, articula

adecuadamente las palabras, no presencia de perseverancia, bloqueos ni demás modificaciones.

V. PENSAMIENTO

Pensamiento de curso óptimo para su edad, sus ideas de curso y de contenido son pertinentes para una adolescente; se evidencia lógica y coherencia en la organización y emisión de sus pensamientos. Sin embargo, presenta ideas persistentes respecto a su apariencia y contextura, piensa que su peso y estatura deberían ser menores; ha presentado ideas autolíticas en algunas ocasiones, sobre todo cuando percibe que no puede reducir más su peso.

VI. PERCEPCIÓN

Presenta distorsiones en la percepción de su imagen corporal, percibe su cuerpo demasiado grande, con mayor peso y contextura del que tiene, “quisiera ser más pequeña, soy demasiado grande, estoy gorda”; las demás esferas perceptivas están conservadas.

VII. MEMORIA

Memoria de largo plazo está conservada, es capaz de recordar datos personales, familiares, así como narra algunos recuerdos de su infancia. Su memoria de corto plazo también está conservada y puede realizar con habilidad ejercicios de memoria; no evidencia presencia de alteraciones mnémicas.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

M. es capaz de focalizar y concentrar su atención en los reactivos de las evaluaciones, orientada en las tres esferas, cálculo aritmético conservado, con tendencias al pensamiento abstracto; lee y escribe correctamente,

interpreta adecuadamente la información, relaciones entre los objetos y fenómenos, diferencias entre éstos. No presenta dificultades al recordar aspectos de su vida cotidiana. Posee un desempeño regular en torno a conocimientos generales.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

La paciente durante la evaluación muestra pesimismo respecto a su ambiente y situación; no existe mucha coherencia entre lo que dice y su expresión facial, ya que la mayor parte de la entrevista se mantiene un poco indiferente. No evidencia expresiones de alegría o sorpresa con facilidad, por el contrario, sí manifiesta al comienzo un poco de disgusto o enojo, porque no ve razón en acudir al Centro. No expresa emociones con facilidad.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

M. no tiene real conciencia de enfermedad, no cree que su salud física se vea afectada, sin embargo, es consciente de las consecuencias de su conducta respecto a su familia, pero evita darle importancia, solamente desea bajar de peso, disminuir su tamaño; considera que la problemática que presenta no es grave como para asistir a consulta y que vino por satisfacer a su madre quien insistía mucho.

RESUMEN

M. aparenta la edad referida; talla promedio, contextura bastante delgada (IMC: 17.6 kg/m²), tez clara, pálida, se encuentra desaliñada y su aseo personal un tanto descuidado, ulteriormente muestra más limpieza en su aspecto personal, de marcha lenta y su expresión facial refleja seriedad,

no logra expresar emociones. Es capaz de focalizar y concentrar su atención, se encuentra, lúcida, tono y tiempo de reacción adecuados; orientada en lugar y tiempo, espacio y persona; lenguaje expresivo comprensible, de tono y curso normales, velocidad promedio; guarda coherencia en el contenido y en la lógica de su relato. Lenguaje comprensivo apropiado; comprende palabras, oraciones y textos. Pensamiento de curso óptimo para su edad, existen ideas persistentes respecto a su apariencia y contextura, piensa que su peso y estatura deberían ser menores, que; ha presentado ideas autolíticas, tiene miedo irracional a subir de peso.

Presenta distorsiones en la percepción de su imagen corporal, percibe su cuerpo demasiado grande, con mayor peso y contextura del que tiene. Memoria de largo y corto plazo conservados, sin presencia de alteraciones mnémicas. Cálculo aritmético conservado, con tendencias al pensamiento abstracto; lee y escribe correctamente, interpreta adecuadamente la información. Muestra pesimismo respecto a su ambiente y situación, no existe coherencia entre lo que dice y su expresión facial; no expresa emociones con facilidad, sí un poco de enojo al inicio de las entrevistas. No tiene conciencia de enfermedad, no cree que su salud física se vea afectada, sin embargo, es consciente de las consecuencias de su conducta respecto a su familia, a lo cual evita darle importancia.

NELIDA ENEIDA PAZ CUADROS

BACHILLER PSICOLOGIA

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

1. Nombres y Apellidos	: M.C. LL
2. Edad	: 18 años
3. Sexo	: Femenino
4. Fecha de Nacimiento	: 8 de enero del 2000
5. Lugar de Nacimiento	: Cajamarca
6. Estado Civil	: Soltera
7. Grado de instrucción	: Secundaria completa
8. Domicilio	: San Juan de Lurigancho - Lima
9. Ocupación	: Su casa
10. Religión	: Católica
11. Informantes	: La madre y paciente
12. Lugar de Evaluación	: Centro Psico Pedagógico
13. Fecha de Evaluación	: 12 de mayo 2018
14. Examinadora	: Nélida Eneida Paz Cuadros

II. OBSERVACIONES GENERALES

M. al inicio de las evaluaciones muestra poca colaboración y apertura ante la examinadora; sin embargo, en las siguientes sesiones la paciente mostró una mayor voluntad y responde a los reactivos con rapidez y pregunta los aspectos que no comprendía.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

A. Observación

B. Entrevista

C. Pruebas psicológicas

a. Test de Inteligencia No verbal – TONI 2

b. Test Gestáltico Visomotor (Bender)

- c. Test de la Figura Humana de Karen Machover
- d. Inventario Multifásico de la Personalidad (MINI-MULT)
- e. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3)

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A. Test de Inteligencia No verbal – TONI 2

a. Análisis Cuantitativo

M. obtuvo un puntaje directo de 24 (percentil 13), el cual corresponde con un Coeficiente Intelectual de 83; que la ubica dentro de la categoría de Normal Inferior.

b. Análisis Cualitativo

La paciente es capaz de comprender las relaciones entre los fenómenos que la rodean, planificar y conducirse hacia una meta, identificando las soluciones pertinentes hacia las vicisitudes que se le presenten.

B. Test Gestáltico Visomotor (Bender)

Paciente no presenta indicadores que evidencien algún daño cerebral; sin embargo por los trazos que se observan, tales como cruces y líneas remarcadas, demuestran rasgos de ansiedad y agresividad encubierta frente a figuras de autoridad, así como falta de control sobre sí misma y tendencia a la rebeldía.

C. Test de la Figura Humana de Karen Machover

M. se muestra infantil y sensible a la crítica u opinión social, es susceptible a la ofensa y ofrece resistencia hacia las figuras de autoridad. Se evidencia rechazo a los alimentos y síntomas gástricos; preocupaciones somáticas y sentimientos de inferioridad corporal. Muestra perfeccionismo, en busca del

refinamiento de su figura corporal y cuidado personal. Su participación e interacción social es inhibida, mostrando introversión. Sus trazos y borraduras denotan agresión reprimida y ansiedad latente.

D. Inventario Multifásico de la Personalidad (MINI-MULT)

a. Análisis Cuantitativo

ESCALAS	Puntaje Directo	Puntaje Equivalente	Puntaje Corregido	Puntajes T
L: Mentira	1	4	4	50
F: Validez	4	11	11	68
K: Corrección	4	10	10	46
1 HS: Hipocondría	5	12	17	58
2 D: Depresión	11	33	33	76
3 HI: Histeria	9	24	24	59
4 DP: Desviación Psicopática	13	30	34	86
6 PA: Paranoia	8	19	19	82
7 PT: Psicastenia	11	27	37	69
8 ES: Esquizofrenia	12	35	45	84
9 MA: Hipomanía	8	22	24	68

b. Análisis Cualitativo

M. es una persona temperamental, insatisfecha, inquieta, malhumorada y obstinada en sus opiniones e inestable, se preocupa por minuciosidades que le generan ansiedad, indecisión y tensión. Tiene elevada probabilidad de expresiones de enojo, hostilidad y resentimiento; muestra

perfeccionismo, autocrítica severa. Trata de ofrecer una imagen favorable de sí misma con reducida capacidad de autocrítica que le impide un adecuado reconocimiento de sus problemas distorsionándolos sintiendo que puede enfrentarlos sin ayuda.

Presenta confusión y pensamientos extraños matizados por ideas de agresión y daño, lo que da lugar a conductas hostiles y destructivas en forma de descargas impulsivas, agresivas y destructivas que difícilmente logra controlar; sin embargo, en ocasiones se muestra enérgica, agradable, entusiasta, sociable e interesada en muchos aspectos de la vida. Sus relaciones interpersonales están deterioradas presentando desconfianza, cautela, suspicacia, inseguridad y pesimismo tratando de culpar a otros de sus fallas y fracasos.

c. Perfil

Escalas de Validez

1. Escala de mentiras (L): Su inteligencia es limitada, es pasiva e insegura, tiende a cubrir sus faltas personales, socialmente inaceptables.
2. Escala de validez (F): Es una persona que evita responsabilidades.
3. Escala de corrección (K): Tiene actitudes defensivas.
4. Configuración de las tres escalas de validez (L, F, K): Presenta un cuadro de perturbación emocional, se aprecia que la paciente pide ayuda o llama la atención.

Escalas Clínicas

1. Hipocondría (Hs): Preocupación por los aspectos físicos.
2. Depresión (D): Presenta decaimiento moral y sentimientos de inutilidad, puede cambiar de actitud rápidamente en un tratamiento psicoterapéutico.

3. Histeria (Hi): Demuestra tener propensión de ataques de debilidad.
4. Desviación psicopática (Dp): Muestra despreocupación por las normas morales y sociales, rebelde y desorden de carácter. Sentimientos antisociales.
5. Paranoia (Pa): Tiene ideas fijas, obsesivas y absurdas, basadas en hechos falsos o infundados, es sensible en sus relaciones interpersonales.
6. Psicastenia (Pt): Presenta poco interés por el medio, aislamiento, no tiene afecto, tiene dificultad para comunicarse, es inestable, hostil e impulsiva.
7. Esquizofrenia (Es): Demuestra ser explosiva, duda de su propio valor, tiene dificultad para comunicarse, es inestable, hostil e impulsiva, con aislamiento e insatisfacción.
8. Hipomanía (Ma) Aguda: Presenta una actitud irritable, es obsesiva de una idea fija. Demuestra ser irritable, agresiva y hasta violenta, ignora las consecuencias de su conducta.

Perfil de evaluación Normal:

Puntaje T= 50. No es caso psiquiátrico.

E. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3)

a. Análisis Cuantitativo

ESCALAS/ ÍNDICES		Puntaje Directo	Puntaje T	Pc
DT:	Obsesión por la delgadez	20	55	61
B:	Bulimia	9	51	59
BD	Insatisfacción corporal	28	57	75
EDRC	Índice de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria	191	67	98
LSE	Baja autoestima	14	55	70
PA	Alienación personal	18	60	80
II	Inseguridad interpersonal	21	67	93
IA	Desconfianza interpersonal	22	70	97
ID	Déficits introceptivos	24	61	84
ED	Desajuste emocional	14	58	78
P	Perfeccionismo	8	45	36
A	Ascetismo	16	60	84
MF	Miedo a la madurez	13	50	58
IC	Índice de ineficacia	115	58	77
IPC	Índice de problemas interpersonales	137	70	97
APC	Índice de problemas afectivos	119	60	84
OC	Índice de exceso de control	105	53	62
GPMC	Índice desajuste psicológico general	526	60	84

b. Análisis Cualitativo

M. presenta importante deseo por estar más delgada, miedo intenso a engordar y una preocupación marcada por el peso y la dieta; asimismo,

posee ocasionalmente pensamientos sobre provocarse el vómito para perder peso, tiene profunda insatisfacción con la forma, tamaño de su cuerpo y un gran descontento con su peso corporal. Se percibe como incapaz de alcanzar sus metas, poco valiosa; es bastante insegura respecto a sí misma con profundos sentimientos de inadaptación y auto desprecio.

Existen sentimientos muy intensos de vacío emocional, soledad y pobre comprensión personal, sensación de pérdida de control de su ambiente y deseos importantes de ser otra persona.

M. siente incomodidad y aprensión muy importante ante las relaciones sociales y es reticente a participar en ellas; le es dificultoso en extremo expresar sus sentimientos íntimos y tiene a aislarse de los demás, ya que se siente, incomprendida y no se siente capaz de ser amada por las demás personas; por lo tanto, percibe las relaciones sociales como tensas, decepcionantes y poco gratificantes.

Elabora y pone en marcha estrategias para huir de situaciones que le generan gran confusión y emociones con pérdida de control; tiene dificultades en reconocer sus propios estados emocionales. Tiende marcadamente hacia la inestabilidad emocional, impulsividad, temeridad, ira y la autodestrucción; tiene poca tolerancia a la frustración.

Es autocrítica y tiende a exigirse en demasía para lograr las metas que se propone, por lo que intenta ser disciplinada, basa su comportamiento en el autosacrificio, la restricción y control de las necesidades corporales;

Desea regresar a la seguridad de la infancia y evitar las exigencias correspondientes al desarrollo y la madurez.

Posee un nivel alto de malestar psicológico a causa de su baja autoestima, sentimientos de alienación, inseguridad, desconfianza interpersonal, desajustes emocionales marcados y el miedo a la madurez.

RESUMEN

Paciente con un CI de 83 que corresponde a la categoría de Normal Inferior, por tanto es capaz de comprender las relaciones entre los fenómenos que la rodean, planificar y conducirse hacia una meta; sin indicadores que evidencien daño cerebral. Presenta rasgos de ansiedad latente y agresividad encubierta a figuras de autoridad, falta de autocontrol y tendencia a la rebeldía. Es sensible a la crítica y/u opinión social, susceptible y está a la defensiva; rechazo a los alimentos y síntomas gástricos; tiene sentimientos de inferioridad corporal, preocupaciones somáticas. Presenta confusión y pensamientos extraños matizados por ideas de agresión y daño, lo que da lugar a conductas hostiles y destructivas en forma de descargas impulsivas, y destructivas que a veces no logra controlar. Posee un importante anhelo hacia la delgadez, miedo intenso a engordar y una preocupación profunda por su peso; se encuentra insatisfecha con la forma, tamaño de su cuerpo. Se percibe como incapaz de lograr sus objetivos y a menudo tiene sentimientos de minusvalía. Existen sentimientos muy intensos de vacío emocional, soledad y pobre comprensión personal, sensación de pérdida control de su ambiente y deseos importantes de ser otra persona. Se le dificulta expresar sus sentimientos íntimos y se aísla de su entorno próximo, porque cree ser incomprendida, engañada e incapaz de ser amada, por lo tanto percibe las relaciones sociales

como tensas, decepcionantes y poco gratificantes. Tiende marcadamente hacia la inestabilidad emocional, impulsividad, temeridad, ira y la autodestrucción; tiene poca tolerancia a la frustración, autosacrificio, la restricción y control de las necesidades corporales; desea regresar a la seguridad de la infancia y evitar las exigencias correspondientes al desarrollo y la madurez. Posee un nivel alto de malestar psicológico a causa de su baja autoestima, sentimientos de alienación, inseguridad, desconfianza interpersonal, desajustes emocionales marcados y el miedo a la madurez denotando falta de autonomía e independencia.

NELIDA ENEIDA PAZ CUADROS

BACHILLER PSICOLOGIA

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

1. Nombres y Apellidos	: M.C. LL
2. Edad	: 18 años
3. Sexo	: Femenino
4. Fecha de Nacimiento	: 8 de enero del 2000
5. Lugar de Nacimiento	: Cajamarca
6. Estado Civil	: Soltera
7. Grado de instrucción	: Secundaria completa
8. Domicilio	: San Juan de Lurigancho - Lima
9. Ocupación	: Su casa
10. Religión	: Católica
11. Informantes	: La madre y paciente
12. Lugar de Evaluación	: Centro Psico Pedagógico
13. Fecha de Evaluación	: 19 de mayo 2018
14. Examinadora	: Nélida Eneida Paz Cuadros

II. MOTIVO DE CONSULTA

M. acude a consulta en compañía de su madre, quien refiere que M. se encuentra renuente a alimentarse y en ocasiones ha ocultado la comida; cuando su madre le preguntaba sobre tales comportamientos, M. se mostraba “agresiva y terca”. Por lo cual la madre de la paciente solicita evaluación psicológica.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

A. Observación

B. Entrevista

C. Pruebas psicológicas

a. Test de Inteligencia No verbal – TONI 2

b. Test Gestáltico Visomotor (Bender)

c. Test de la Figura Humana de Karen Machover

- d. Inventario Multifásico de la Personalidad (MINI-MULT)
- e. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3)

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente M. empieza a presentar aproximadamente desde los 16 años pensamientos recurrentes respecto a su aspecto físico “me siento gorda, muy grande y fea, no quiero seguir creciendo, quiero achatare”, ideas que la conducen a la restricción calórica, de alimentos, vómitos auto provocados e incluso esconder la comida; su madre nota su baja de peso, palidez y le solicita explicaciones, motivo por el cual la paciente responde agresiva y desafiante, incluso diciendo: “no me importa mi salud, preferiría morir”. El embarazo no fue planificado ni deseado, incluso la madre tuvo ideas de aborto; no hubo anomalías en la gestación, M. nació a término de parto eutócico con 39 semanas, de 3900g y 50 cm; fue capaz de sostener la cabeza a los 3 meses, balbucear a los 6 meses, sentarse a los 7 meses, gatear a los 9 meses, caminar a los 14 meses; controló esfínter vesical a los 18 meses y el esfínter anal a los 27 meses. Inicia los estudios preescolares a los 3 años, tuvo dificultades de adaptación a la escuela y su rendimiento fue promedio. La transición a secundaria le trajo ciertas dificultades en su rendimiento escolar, el cual empezó a disminuir progresivamente con el transcurso de los años, repitió en segundo año de secundaria y empieza a sentir malestar con el desarrollo de su cuerpo, los siguientes años se comporta más callada, evita el contacto con pares, y empieza a faltar a clases, evita que sus compañeros la vean y tiende a aislarse. Empezó su menarquía a los 12 años sin problemas aparentemente, empezó a preguntarse sobre el sexo a los 15 años, no ha tenido pareja ni relaciones sexuales, tampoco refiere haber consumido drogas, sin embargo, si consumió alcohol en una

ocasión, experiencia que le pareció desagradable; depende económicamente de sus padres. En sus primeros años se mostraba tranquila, lloraba poco. En su infancia se mostraba como una niña tranquila, apegada a su madre, callada, introvertida, no tenía muchos amigos; le agradaba ir a la escuela; al inicio se aislaba de sus compañeros de clase, pero luego con apoyo de su docente logró interactuar adecuadamente. En la secundaria, empieza a tornarse más callada y silenciosa, evita el contacto en clase, sus relaciones interpersonales se han caracterizado por la desconfianza e inseguridad, ha mostrado resistencia pasiva a las órdenes que le daban sus padres. En sus actividades personales y cuidado personal evidencia orden, perfeccionismo y preocupación por los detalles, los cuales trata de controlar minuciosamente, bajo presión ha presentado conductas agresivas e impulsivas que le cuesta controlar. Tiene una mayor confianza con su madre, sin embargo, la relación es disfuncional con sus hermanas. La paciente es de condición socioeconómica baja.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

M. aparenta la edad referida; talla promedio, contextura bastante delgada (IMC: 17.6 kg/m²), tez clara, pálida, se encuentra desaliñada y su aseo personal descuidado, ulteriormente muestra más limpieza en su aspecto personal, de marcha lenta y su expresión facial refleja seriedad, no logra expresar emociones. Es capaz de focalizar y concentrar su atención, se encuentra despierta, lúcida, tono y tiempo de reacción adecuados; orientada en tiempo, espacio y persona; lenguaje comprensible, de tono y curso normales, velocidad promedio, guarda coherencia en el contenido y en la lógica de su relato. Pensamiento de curso óptimo para su edad, existen ideas persistentes y recurrentes respecto a su apariencia y contextura, piensa que su peso debería ser menor, que no debería

comer, que quisiera ser de menor estatura; ha presentado ideas autolíticas, tiene miedo irracional a subir de peso. Presenta distorsiones en la percepción de su imagen corporal, percibe su cuerpo demasiado grande, con mayor peso y contextura del que tiene; ha presentado ideas autolíticas ocasionalmente, cuando percibe que no baja más de peso. Memoria de largo y corto plazo conservados, sin presencia de alteraciones mnémicas. Cálculo aritmético conservado, con tendencias al pensamiento abstracto; lee y escribe correctamente, interpreta adecuadamente la información. Muestra pesimismo respecto a su ambiente y situación, no existe coherencia entre lo que dice y su expresión facial; no expresa emociones con facilidad. No tiene conciencia de enfermedad, no cree que su salud física se vea afectada, se muestra consciente de las consecuencias de su conducta respecto a su familia, sin embargo, evita darle importancia.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Paciente con un CI de 83 que corresponde a la categoría de Normal Inferior, por tanto, es capaz de comprender las relaciones entre los fenómenos que la rodean, planificar y conducirse hacia una meta; sin indicadores de lesión cerebral. Presenta rasgos de agresividad encubierta a figuras de autoridad. Es sensible susceptible a la ofensa, tiene sentimientos de inferioridad corporal. Presenta confusión y pensamientos extraños matizados por ideas de agresión y daño, lo que da lugar a conductas hostiles y destructivas en forma de descargas impulsivas, agresivas y destructivas que a veces no logra controlar. Posee un importante anhelo hacia la delgadez, miedo intenso a engordar y una preocupación profunda por su peso y dieta; se encuentra insatisfecha con la forma, tamaño de su cuerpo. Se percibe como incapaz de lograr sus objetivos y a menudo tiene sentimientos de minusvalía. Existen sentimientos muy intensos de vacío emocional, soledad y pobre

comprensión personal, sensación de pérdida control de su ambiente y deseos importantes de ser otra persona. Se le dificulta expresar sus sentimientos íntimos y se aísla de su entorno próximo, porque cree ser incomprendida, engañada e incapaz de ser amada, por lo tanto, percibe las relaciones sociales como tensas, decepcionantes y poco gratificantes. Tiende marcadamente hacia la inestabilidad emocional, impulsividad, temeridad, ira y la autodestrucción; tiene poca tolerancia a la frustración, autosacrificio, la restricción y control de las necesidades corporales; desea regresar a la seguridad de la infancia y evitar las exigencias correspondientes al desarrollo y la madurez. Posee un nivel alto de malestar psicológico a causa de su baja autoestima, sentimientos de alienación, inseguridad, desconfianza interpersonal, desajustes emocionales marcados y el miedo a la madurez.

VII. DIAGNÓSTICO

La evaluación realizada a M., nos proporciona elementos necesarios para establecer que dichos indicadores concuerdan con el diagnóstico de anorexia (en una fase inicial) tipificado como un trastorno de la conducta alimentaria.

El cuadro que se presenta, está asociado con rasgos de ansiedad, depresión, agresividad encubierta, hostilidad y tendencia a la rebeldía; inestabilidad emocional, baja autoestima y falta de auto control; relaciones sociales e interpersonales inhibidas.

El trastorno de la conducta alimentaria que presenta, se caracteriza por obsesión por la forma, el peso y la estatura de su cuerpo; distorsiones cognitivas, insatisfacción personal y marcada autocrítica.

VIII. PRONÓSTICO

Reservado, debido a la ausencia de conciencia de la enfermedad, el poco apoyo de la familia en su conjunto y nivel socioeconómico bajo; lo que

posiblemente no va a permitir que la paciente sea atendida por un equipo multidisciplinario que requiere la colaboración de distintos especialistas, para que el abordaje sea efectivo y se mantenga en el tiempo, ya que este es un problema de salud que trae complicaciones a nivel psicopatológico y a nivel orgánico; de lo contrario se pueden producir recaídas con la consiguiente progresión de la enfermedad hacia un estado crónico y severo, lo cual precisaría de un ingreso hospitalario.

IX. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia Familiar
- Intervención médica: psiquiatra endocrinólogo y nutricionista

NÉLIDA ENEIDA PAZ CUADROS

BACHILLER PSICOLOGÍA

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

1. Nombres y Apellidos	: M.C. LL
2. Edad	: 18 años
3. Sexo	: Femenino
4. Fecha de Nacimiento	: 8 de enero del 2000
5. Lugar de Nacimiento	: Cajamarca
6. Estado Civil	: Soltera
7. Grado de instrucción	: Secundaria completa
8. Domicilio	: San Juan de Lurigancho - Lima
9. Ocupación	: Su casa
10. Religión	: Católica
11. Informantes	: La madre y paciente
12. Lugar de Evaluación	: Centro Psico Pedagógico
13. Fecha de Evaluación	: 21 de mayo 2018
14. Examinadora	: Nélida Eneida Paz Cuadros

II. DIAGNÓSTICO

La evaluación realizada a M., nos proporciona elementos necesarios para establecer que dichos indicadores concuerdan con el diagnóstico de anorexia (en una fase inicial) tipificado como un trastorno de la conducta alimentaria.

El cuadro que se presenta, está asociado con rasgos de ansiedad, depresión, agresividad encubierta, hostilidad y tendencia a la rebeldía; inestabilidad emocional, baja autoestima y falta de auto control; relaciones sociales e interpersonales inhibidas.

El trastorno de la conducta alimentaria que presenta, se caracteriza por obsesión por la forma, el peso y la estatura de su cuerpo; distorsiones cognitivas, insatisfacción personal y marcada autocrítica.

III. OBJETIVOS GENERALES

- a. Reestructurar los esquemas cognitivos erróneos de los pensamientos distorsionados relacionados con el comer, el peso y los alimentos; y las distorsiones perceptivas de su cuerpo.
- b. Reorganizar los patrones alimenticios correctos, apoyando al proceso de realimentación y re-nutrición en coordinación con el nutricionista.
- c. Lograr el control de impulsos, ansiedad e inestabilidad emocional para un desempeño adecuado en las esferas personal, familiar y social.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Propiciar la conciencia de enfermedad y consecuentemente lograr el compromiso hacia la psicoterapia por parte de la paciente, y facilitar su aceptación y participación en las tareas planteadas.
- b. Brindar técnicas de control de los impulsos y la ansiedad.
- c. Reestructurar pensamientos negativos respecto a sí misma, sobre la alimentación y sobre su cuerpo.
- d. Brindar orientación a la familia para un abordaje adecuado y que otorgue un adecuado soporte emocional

Técnicas a emplear	Objetivos específicos
Entrevista motivacional	Preparar a la paciente para el cambio Propiciar la participación activa de la paciente Propiciar la conciencia de enfermedad Establecer el contrato terapéutico
Relajación	Enseñar a la paciente las técnicas de respiración para lograr una adecuada relajación
Técnica del botón	Propiciar que la paciente sienta el control sobre sus emociones

Reestructuración cognitiva	Enseñar a la paciente a identificar ideas irracionales para que éstas puedan ser reemplazadas por pensamientos funcionales, que le brinden tranquilidad
Reestructuración del uso del tiempo real	Orientar a la paciente respecto al uso adecuado de su tiempo. Proporcionar actividades que generen bienestar y estabilidad emocional.
Consejería familiar	Brindar consejería respecto al manejo familiar, soporte y motivación en el núcleo familiar

V. TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS

A. Técnicas terapéuticas

- a. Cognitivo conductual: Reestructuración cognitiva
- b. Técnicas de relajación
- c. Técnica del botón
- d. Consejería familiar

B. Desarrollo de las Sesiones Terapéuticas

VI. ACTIVIDADES

Sesión	Técnica psicoterapéutica	Objetivo	Actividades
Primera	Entrevista motivacional	Establecer el rapport y un adecuado clima entre la terapeuta y la paciente.	Se da la bienvenida a la paciente, empezando la entrevista sobre las actividades que más le agradan, establecido el clima de confianza, se harán

		<p>Propiciar la participación activa de la paciente</p> <p>Propiciar la conciencia de enfermedad</p>	<p>preguntas abiertas acerca de la “posible” problemática actual, evitando confrontaciones, mostrando apertura y escucha reflexiva, procurando que la paciente hable el mayor tiempo posible; se realizarán afirmaciones motivadoras sobre la necesidad de mejoría.</p> <p>Se indica a la paciente que cualquier área de su vida, comportamiento o situación que desee cambiar para su mejoría propia estará siempre en sus manos (sus decisiones) y que se necesita trabajo constante para ver resultados.</p> <p>Se afirmará que la terapeuta estará dispuesta a brindar todo el apoyo necesario, siempre y cuando el cambio sea deseado y consentido.</p> <p>Al finalizar la sesión se hará un resumen de lo más importante de la reunión</p>
--	--	--	--

Segunda	Relajación	<p>Enseñar a la paciente las técnicas de respiración para lograr una adecuada relajación</p> <p>Brindar técnicas de control de los impulsos y la ansiedad</p>	<p>Se realiza una breve recapitulación de la sesión anterior.</p> <p>Se explica la importancia de la respiración frente las diversas circunstancias de la vida y su repercusión en la salud. Paciente debe estar cómoda y sin aparatos que impidan una adecuada circulación.</p> <p>La terapeuta le brinda 5 números y practica junto con la paciente:</p> <p>1: Inhalar por la nariz suavemente</p> <p>2: Continuar con la inhalación hasta su capacidad máxima</p> <p>3: Retener el aire 3 a 5 segundos</p> <p>4: Espirar suavemente por la boca</p> <p>5: Espirar la capacidad total pulmonar</p> <p>Se practica la técnica hasta dominar y que la paciente la realice cerrando los ojos y con guía de la terapeuta.</p>
---------	------------	---	---

			Se realiza un breve resumen de los puntos más importantes de la sesión.
Tercera	Técnica del botón	<p>Reforzar las técnicas de relajación</p> <p>Brindar técnicas de control de los impulsos y la ansiedad</p> <p>Propiciar que la paciente sienta el control sobre sus emociones</p>	<p>Se realiza una breve recapitulación de la sesión anterior.</p> <p>Se le explica a la paciente lo que se realizará en la sesión, el uso de sus experiencias y lo que se espera conseguir; en la entrevista se solicita los recuerdos agradables que la paciente posea, asimismo se pide su contraparte; además se indica que la palabra clave será BASTA.</p> <p>Se procede con la relajación, utilizando el conteo y la guía de la examinadora.</p> <p>Cuando la paciente ya se encuentre relajada se le introducen los recuerdos negativos, y se hará salir de ese pensamiento intempestivamente con la palabra BASTA, e inmediatamente se introduce el pensamiento agradable.</p> <p>Se le explica a la paciente que puede usar esa palabra señal cada vez que se presenten pensamientos</p>

			<p>negativos y los que se señalan en la terapia.</p> <p>Se hace una recapitulación de la sesión.</p>
Cuarta	<p>Entrevista motivacional</p> <p>Reestructuración cognitiva</p>	<p>Propiciar la conciencia de enfermedad</p> <p>Establecer el contrato terapéutico</p>	<p>Se la bienvenida a la paciente, haciendo un recuerdo de los logros obtenidos en las sesiones predecesoras.</p> <p>Se plantea a la paciente y a su familia la posibilidad de firmar un contrato terapéutico, donde todos se comprometen al cambio en búsqueda la mejora de la paciente. En el contrato se incluye la asistencia a las sesiones programadas, el cumplimiento de las actividades y tareas que brinda la terapeuta a la paciente; además se incluye un compromiso a asistir a servicios médicos y nutricionales.</p> <p>Se explica a la paciente el modelo cognitivo de pensamientos automáticos y emociones; el poder que tienen los pensamientos en</p>

			<p>guiar nuestra conducta. Además, se deja la tarea de identificar los pensamientos que preceden a las emociones de desagrado propio, de tristeza y de discomfort.</p> <p>Para finalizar, se hace hincapié en el contrato, en la necesidad de mejora y mediante un breve resumen de la sesión, se la da por concluida.</p>
Quinta	Reestructuración cognitiva (Terapia cognitivo conductual)	<p>Reestructurar pensamientos negativos respecto a sí misma</p> <p>Buscar que la paciente identifique sus principales ideas disfuncionales que le generan inestabilidad emocional</p>	<p>Se realiza un breve resumen de la sesión anterior y se conversa sobre las tareas planteadas.</p> <p>Se busca la identificación de pensamientos automáticos y su diferencia con las emociones consecuentes.</p> <p>Se identifica las situaciones, personas, lugares que desencadenan estos pensamientos automáticos</p> <p>Se le expone con la experiencia de la paciente, la importancia del control de los pensamientos y de las creencias automáticas (respecto a su valía como persona y autoestima) que</p>

			<p>predisponen nuestras emociones, posteriormente se discuten la validez de cada pensamiento.</p> <p>Se realiza una síntesis de la sesión, enfocando el binomio pensamiento-emoción.</p>
Sexta	Reestructuración cognitiva (Terapia cognitivo conductual)	<p>Reestructurar pensamientos negativos respecto a alimentación, la belleza y su imagen corporal</p> <p>Buscar que la paciente identifique sus principales ideas disfuncionales que le generan inestabilidad emocional</p> <p>Disminuir la preocupación por el aumento de peso y la imagen corporal</p>	<p>Se realiza un breve resumen de la sesión anterior y se conversa sobre las tareas planteadas.</p> <p>Se busca la identificación de pensamientos automáticos y su diferencia con las emociones consecuentes.</p> <p>Se identifica las situaciones, personas, lugares que desencadenan estos pensamientos automáticos</p> <p>Se le expone con la experiencia de la paciente, la importancia del control de los pensamientos y de las creencias automáticas (respecto a alimentación, belleza y su imagen corporal) que predisponen nuestras emociones, posteriormente se discuten la validez de cada pensamiento.</p>

			Se realiza una síntesis de la sesión, enfocando el binomio pensamiento-emoción.
Sétima	Reestructuración cognitiva (Terapia cognitivo conductual)	<p>Reestructurar pensamientos negativos respecto a las relaciones sociales</p> <p>Buscar que la paciente identifique sus principales ideas disfuncionales que le generan inestabilidad emocional</p>	<p>Se realiza un breve resumen de la sesión anterior y se conversa sobre las tareas planteadas.</p> <p>Se busca la identificación de pensamientos automáticos y su diferencia con las emociones consecuentes.</p> <p>Se identifica las situaciones, personas, lugares que desencadenan estos pensamientos automáticos</p> <p>Se le expone con la experiencia de la paciente, la importancia del control de los pensamientos y de las creencias automáticas (respecto a la necesidad de importancia de socializar, de identificar correctamente las señales sociales) que predisponen nuestras emociones, posteriormente se discuten la validez de cada pensamiento.</p> <p>Se realiza una síntesis de la sesión, enfocando el binomio pensamiento-emoción.</p>

Octava	Reestructuración del uso del tiempo real	<p>Orientar a la paciente respecto al uso adecuado de su tiempo.</p> <p>Continuar motivando a la paciente para el sostenimiento de conductas de cambio</p> <p>Proponer actividades que generen estabilidad y bienestar emocional</p>	<p>Se realiza una recapitulación de la sesión anterior. Se indaga de las actividades de mayor agrado de la paciente, además de las actividades que le gustaría aprender (música, deportes, lectura, con excepción de la televisión, redes sociales, computadora), se le plantea realizar una actividad nueva; se le motiva para poder realizarla. Posteriormente, se le plantea que realice un horario de actividades diarias, donde se encuentre el tiempo suficiente para realizar la elegida por la paciente; además de actividades que ella disfrute. Se realiza una recapitulación del bienestar emocional y de la sesión.</p>
Novena	Consejería familiar	<p>Brindar consejería respecto al manejo familiar, soporte y motivación en el núcleo familiar</p>	<p>Se dará la bienvenida a la paciente y a sus familiares; se hablará primero con los familiares de la paciente, respecto al progreso de las sesiones y los logros obtenidos; se solicitará seguimiento constante de la paciente en casa; evitar críticas y generar un</p>

			<p>ambiente de confianza, comunicación y paciencia en casa.</p> <p>Luego se permite el ingreso de la paciente a la entrevista, donde todos los familiares se comprometen a contribuir con la mejora de M., hacer el seguimiento con la anuencia de la paciente.</p> <p>Se finaliza la sesión con un breve resumen de los puntos más importantes.</p>
Décima	Entrevista motivacional	Generar y motivar mantenimiento de conductas	<p>Se da la bienvenida a la paciente, se conversa respecto a la sesión anterior; y se le pregunta respecto a los logros obtenidos en casa; se hace hincapié de las mejoras en la paciente, las cuales deben estar evidenciadas por la paciente; con dichas evidencias se le pide a la paciente el compromiso de continuar asistiendo a las sesiones de control. Asimismo, se le solicita que sumado a la ayuda psicológica, permita ayuda médica y nutricional.</p>

			Se recapitula la sesión, enfocándose en los puntos más resaltantes.
--	--	--	---

VII. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El plan psicoterapéutico planteado será aplicado en aproximadamente 3 meses en un total de 10 sesiones semanales de 45 minutos cada una; asimismo, se plantea sesiones de mantenimiento cada 15 días durante 6 meses, para luego realizarlo mensualmente.

VIII. AVANCES TERAPÉUTICOS

- a. La paciente logra tomar conciencia de la magnitud de su trastorno psicológico
- b. M. logra identificar sus creencias irracionales acerca de la morfología de su cuerpo y sus hábitos alimenticios.
- c. Paciente está comenzando a modificar la ingesta de sus alimentos, aumentando sus raciones, evita esconder la comida.
- d. M. tiene mayor confianza con su familia, trata de comunicar sus estados internos cada vez que siente la necesidad de hacerlo.

NÉLIDA ENEIDA PAZ CUADROS

BACHILLER PSICOLOGÍA

ANEXOS

- a. Test de Inteligencia No verbal – TONI 2
- b. Test Gestáltico Visomotor (Bender)
- c. Test de la Figura Humana de Karen Machover
- d. Inventario Multifásico de la Personalidad (MINI-MULT)
- e. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3)

Section VII. Responses to the TONI-2 Form A

7 yrs. >	/	1.	1	2	3	4	(3)	6	29.	(1)	2	3	4	5	6
	/	2.	1	2	3	4	5	(5)	30.	(1)	2	3	4	5	6
	/	3.	1	2	(3)	4	5	6	31.	(1)	2	3	4	5	6
	/	4.	1	(2)	3	4	5	6	32.	1	2	3	(4)	5	6
8 yrs. >	/	5.	1	2	3	(4)	5	6	33.	1	2	(3)	4	5	6
	/	6.	1	2	(3)	4	5	6	34.	1	(2)	3	4	5	6
	/	7.	(1)	2	3	4	5	6	35.	1	2	(3)	4	5	6
	/	8.	1	2	(3)	4	5	6	36.	1	2	3	4	(5)	6
	/	9.	1	2	3	(4)	5	6	37.	1	2	3	4	(5)	6
9 yrs. >	/	10.	1	2	3	4	(5)	6	38.	1	(2)	3	4	5	6
	/	11.	(1)	2	3	4	5	6	39.	(1)	2	3	4	5	6
	/	12.	(1)	2	3	4	5	6	40.	1	(2)	3	4		
	/	13.	1	2	(3)	4	5	6	41.	1	2	3	(4)		
	/	14.	1	2	3	4	5	(6)	42.	1	2	(3)	4	5	6
10 yrs. >	/	15.	1	2	3	(4)			43.	1	(2)	3	4	5	6
	/	16.	(1)	2	3	4	5	6	44.	1	2	3	4	5	(6)
	/	17.	1	2	3	(4)	5	6	45.	1	(2)	3	4		
	/	18.	1	2	3	4	(5)	6	46.	(1)	2	3	4	5	6
	/	19.	1	2	3	(4)			47.	(1)	2	3	4		
11 yrs. >	/	20.	1	2	(3)	4	5	6	48.	1	2	3	(4)	5	6
	/	21.	(1)	2	3	4	5	6	49.	1	(2)	3	4	5	6
	/	22.	1	2	3	(4)	5	6	50.	(1)	2	3	4	5	6
	/	23.	1	2	3	(4)	5	6	51.	(1)	2	3	4	5	6
	/	24.	(1)	2	3	4	5	6	52.	1	2	(3)	4	5	6
12 yrs. >	X	25.	(1)	2	3	4	5	6	53.	1	2	3	4	5	(6)
	X	26.	1	(2)	3	4			54.	1	2	(3)	4	5	6
	X	27.	1	2	3	(4)	5	6	55.	(1)	2	3	4	5	6
		28.	1	2	(3)	4									

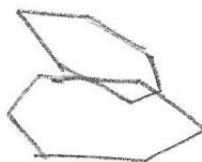
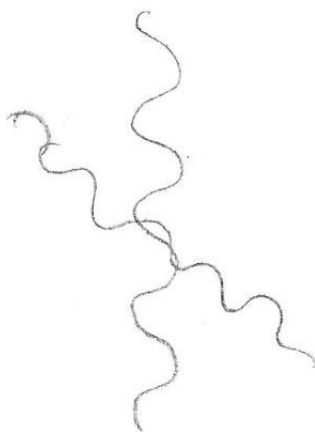
PD = 24

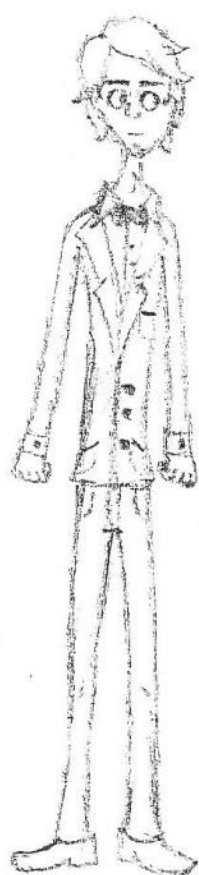
CI = 83

Pc 13

Ponderago del Promedio

Normal Intelectual

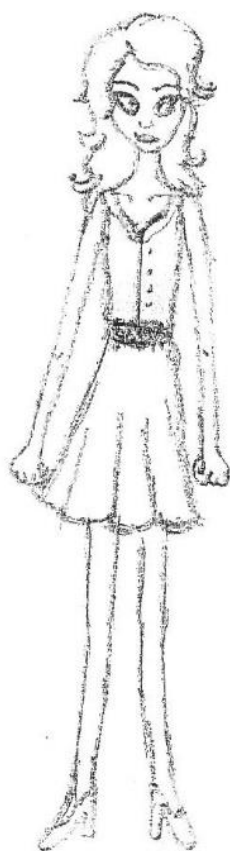




RELATO:

DE LA FIGURA MASCULINA:

- ES TRANQUILO LE GUSTA ESTUDIAR NO ES TAN ALTO, TIENE POCOS AMIGOS, ESTÁ EN LA UNIVERSIDAD, HACE POCO DEPORTE, NO TIENE ENAMORADA.



RELATO:

DE LA FIGURA FEMENINA:

- ES UNA CHICA LINDA, TODA LA ROPA SE LE VE BONITA. MAS CHIQUITA SE LE VERÍA MEJOR.
- NO LE GUSTA COMER
- LO QUE MENOS LE GUSTA ES QUE SU MAMÁ LE OBLIGUE A COMER. NO SE LLEVA BIEN CON ELLA, NI CON SUS HERMANAS.
- NO TIENE MUCHAS AMIGAS NI AMIGOS PORQUE NO LE GUSTA MUCHO LA GENTE.
- LO QUE MÁS LE GUSTA ES IR A COMPRAR ROPA. NO LE GUSTA LA ROPA QUE SUS HERMANAS DE DAN. QUIERE GANAR DINERO.
- DE PEQUEÑA LE GUSTABAN MUCHO LAS MUÑECAS, LAS QUE SE LLAMAN BARBIES, PERO SUS PAPAS NO LE COMPRABAN PORQUE NO TENÍAN MUCHO DINERO Y LE DECÍAN QUE JUEGUE CON LAS MUÑECAS DE SUS HERMANAS. MÁS GASTABAN EN SUS HERMANAS. HASTA AHORA GUARDA 2 MUÑECAS EN UNA CAJA Y LES GUSTA PONERLES Y CAMBIARLAS DE ROPA.
- NO TIENE LOS AMIGOS, SÓLO UNA AMIGA. NO TIENE ENAMORADO, PERO ELLA QUISIERA TENERLO.

HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y Nombres

Edad.....18

Sexo

femenino

Grado Inst

of Secundaria

Fecha de Nacimiento

8 de Enero 2000

Fecha Aplic.

15 April 2018

Referido por.

81a

Rellene el círculo sobre la letra V o F según su respuesta. Sea Sincero por su propio bien.

[illegible][illegible]

EDI-3

Hoja resumen de puntuaciones

BAREMO UTILIZADO	
Clínica	No clínica (sin TCA)
AN-R	Añote el baremo utilizado
AN-P	
BN	
TCANE	

ESCALAS E ÍNDICE DE RIESGO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Escala	Punt. máxima (Pm)	Punt. mínima (Pm)	IC 95%	Percentil
Obsesión por la delgadez (DT)	20	55	49-59	61
Bulimia (B)	9	51	47-58	59
Insatisfacción corporal (BD)	28	57	53-61	75
Índice	Punt. máxima (Pm)	Punt. mínima (Pm)	IC 95%	Percentil
Índice Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (EDRC) [DT-B-BD]	191	67	62-70	98

ESCALAS E ÍNDICES PSICOLÓGICOS

Escala	Punt. máxima (Pm)	Punt. mínima (Pm)	IC 95%	Percentil
Baja autoestima (LSE)	14	55	49-59	70
Alienación personal (PA)	18	60	52-64	80
Inseguridad interpersonal (II)	21	67	60-70	93
Desconfianza interpersonal (IA)	22	70	60-72	97
Déficits introceptivos (ID)	24	61	55-65	84
Desajuste emocional (ED)	14	58	50-62	78
Perfeccionismo (P)	8	45	48-52	36
Ascetismo (A)	16	60	52-64	84
Miedo a la madurez (MF)	13	50	42-55	58
Índices	Punt. máxima (Pm)	Punt. mínima (Pm)	IC 95%	Percentil
Índice Ineficacia (IC) [LSE-PA]	115	58	53-61	71
Índice Problemas interpersonales (IPC) [II+IA]	137	70	63-70	97
Índice Problemas afectivos (APC) [ID+ED]	119	60	54-64	64
Índice Exceso de control (OC) [P+A]	105	53	48-58	62
Índice Desajuste psicológico general (GPHC) [LSE+PA+II+IA+ID+ED+P+A+MF]	526	60	57-63	84

ESCALA INCONSISTENCIA (IN)

- Añote la puntuación de cada uno de los ítems de esta escala en la tabla que aparece más abajo.
- En cada par de ítems reste a la puntuación mayor la puntuación menor (punt. mayor - punt. menor) y añote el resultado en la casilla correspondiente de la columna Total.
- Suma los valores de la columna Total para obtener la puntuación total de la escala Inconsistencia y anótelo en la casilla correspondiente. Después, compruebe con la ayuda de la tabla que aparece más abajo el rango cualitativo que le corresponde a la puntuación Inconsistencia.

2.	3	12.	4	=	1
9.	4	55.	3	=	1
10.	3	50.	2	=	1
17.	3	65.	3	=	0
21.	3	26.	4	=	1
30.	4	54.	3	=	1
31.	4	59.	0	=	4
34.	4	57.	3	=	1
37.	3	41.	3	=	0
45.	3	62.	3	=	0

Puntuación Inconsistencia **10**

Rango de puntuaciones		Rango cualitativo
Población clínica	Población no clínica	
0-16	0-18	Típica ✓
17-22	19-22	Atípica
23-40	23-40	Muy atípica

ESCALA INFRECUENCIA (IF)

- Cuente el número de ítems de la escala Infrecuencia que han recibido una puntuación igual a 4. Los ítems de esta escala están identificados en la hoja de corrección con una 1 superíndice junto a la opción de respuesta 4 (4¹).
- Añote el resultado en la casilla correspondiente (Puntuación Infrecuencia).
- Compruebe con la ayuda de la tabla que aparece más abajo el rango cualitativo que le corresponde a la puntuación Infrecuencia.

Puntuación Infrecuencia **0**

Rango de puntuaciones	Rango cualitativo
0-2	Típica ✓
3-4	Atípica
5-10	Muy atípica

ESCALA IMPRESIÓN NEGATIVA (NI)

- Cuente el número de ítems que han recibido una puntuación igual a 4. Para facilitar esta tarea los valores 4 de cada ítem aparecen ligeramente sombreados en la hoja de corrección.
- Añote el resultado en la casilla correspondiente (Puntuación Impresión negativa).
- Compruebe con la ayuda de la tabla que aparece más abajo el rango cualitativo que le corresponde a la puntuación Impresión negativa.

Puntuación Impresión negativa **13**

Rango de puntuaciones	Rango cualitativo
0-40	Típica ✓
41-51	Atípica
52-90	Muy atípica



Hoja de respuestas

Peso	Estatura
43 (en kilos)	1.56 (en metros)

IMC = 17,67 Kg/m²

dilig. del pers
Ademado

Anota tu nombre y la fecha en los espacios correspondientes que aparecen más abajo. Después anota tu peso (en kilos) y estatura (en metros) actuales en el recuadro que aparece en la parte superior. Si no conoces con exactitud tu peso o tu estatura actuales anota los valores aproximados. Por último, lee con atención las instrucciones que aparecen en la portada del cuadernillo que se te ha entregado y contesta a todas las preguntas. Recuerda que todas las respuestas las tienes que anotar en esta hoja. No debes escribir nada en el cuadernillo, solo debes escribir en esta hoja. Fíjate bien en el número de pregunta que estás respondiendo para asegurarte de que anotas tu respuesta en el lugar adecuado.

Nombre:

M C LL

Fecha:

/ /

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

DT 2	1	0 1 2 3 4 5	BD	0 1 2 3 4 5	LSE	0 1 2 3 4 5	BD	0 1 2 3 4 5	11	0 1 2 3 4 5	3
BD 3	2	0 1 2 3 4 5	PA	0 1 2 3 4 5	B	0 1 2 3 4 5	PA	0 1 2 3 4 5	14	0 1 2 3 4 5	3
MF 2	3	0 1 2 3 4 5	ID	0 1 2 3 4 5	MF	0 1 2 3 4 5	ID	0 1 2 3 4 5	A	0 1 2 3 4 5	1
B 9	4	0 1 2 3 4 5	MF	0 1 2 3 4 5	ID	0 1 2 3 4 5	MF	0 1 2 3 4 5	VA	0 1 2 3 4 5	4
B 3	5	0 1 2 3 4 5	B	0 1 2 3 4 5	LSE	0 1 2 3 4 5	BD	0 1 2 3 4 5	ID	0 1 2 3 4 5	3
MF 2	6	0 1 2 3 4 5	PA	0 1 2 3 4 5	LSE	0 1 2 3 4 5	ID	0 1 2 3 4 5	A	0 1 2 3 4 5	3
DT 4	7	0 1 2 3 4 5	DT	0 1 2 3 4 5	D	0 1 2 3 4 5	B	0 1 2 3 4 5	ED	0 1 2 3 4 5	3
IB 3	8	0 1 2 3 4 5	ID	0 1 2 3 4 5	B	0 1 2 3 4 5	BD	0 1 2 3 4 5	PA	0 1 2 3 4 5	3
BD 4	9	0 1 2 3 4 5	LSE	0 1 2 3 4 5	B	0 1 2 3 4 5	P	0 1 2 3 4 5	ED	0 1 2 3 4 5	0
LSE 3	10	0 1 2 3 4 5	B	0 1 2 3 4 5	B	0 1 2 3 4 5	B	0 1 2 3 4 5	A	0 1 2 3 4 5	1
DT 4	11	0 1 2 3 4 5	P	0 1 2 3 4 5	BD	0 1 2 3 4 5	IA	0 1 2 3 4 5	ED	0 1 2 3 4 5	3
BD 4	12	0 1 2 3 4 5	IA	0 1 2 3 4 5	MF	0 1 2 3 4 5	A	0 1 2 3 4 5	PA	0 1 2 3 4 5	3
P 3	13	0 1 2 3 4 5	ED	0 1 2 3 4 5	DT	0 1 2 3 4 5	BD	0 1 2 3 4 5	ID	0 1 2 3 4 5	3
MF 2	14	0 1 2 3 4 5	DT	0 1 2 3 4 5	LSE	0 1 2 3 4 5	A	0 1 2 3 4 5	A	0 1 2 3 4 5	3
11 3	15	0 1 2 3 4 5	BD	0 1 2 3 4 5	ID	0 1 2 3 4 5	P	0 1 2 3 4 5	P	0 1 2 3 4 5	3
DT 4	16	0 1 2 3 4 5	11	0 1 2 3 4 5	P	0 1 2 3 4 5	ED	0 1 2 3 4 5	A	0 1 2 3 4 5	2
A 3	17	0 1 2 3 4 5	MF	0 1 2 3 4 5	B	0 1 2 3 4 5	—	0 1 2 3 4 5	A	0 1 2 3 4 5	2
PA 4	18	0 1 2 3 4 5	BD	0 1 2 3 4 5	FA	0 1 2 3 4 5	ED	0 1 2 3 4 5	ED	0 1 2 3 4 5	2
									PA	0 1 2 3 4 5	1

DT: 20

B: 9 BD: 28 LSE: 14 PA: 18 11: 21 IA: 22 ID: 24 ED: 14 P: 8

4/6 MF: 13



Autor: D. M. Garner. Copyright original © 2004 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc., USA. Copyright de la adaptación española © 2010 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.

Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.