

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

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“PERCEPCIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE
INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE LA JOYA -
AREQUIPA - 2019”**

Tesis presentada por las Bachilleres:

HUAMANI LLANCA, TANIA DE LA FLOR

VILCA MESTAS, YESICA ROXANA

Para optar el Título Profesional de Psicólogas

Asesora:

Dra. María Elena Rojas Zegarra

AREQUIPA - PERÚ

2019

DEDICATORIA

A mis padres y hermana, quienes estuvieron siempre conmigo brindándome apoyo y consejo a lo largo de mi vida y mi formación profesional, a todas las personas que directa e indirectamente han participado y contribuido a que esta investigación se lleve a cabo.

Tania

A mi madre, hermano e hija por su apoyo incondicional; por su compresión, paciencia, perseverancia, en el logro de mis objetivos académicos y personales.

Y a todas las personas que me ayudaron de manera directa e indirecta en la realización de este trabajo de investigación.

Yesica

AGRADECIMIENTO

En estas líneas queremos expresar nuestro agradecimiento a nuestra asesora de tesis, Dra. María Elena Rojas Zegarra por su paciencia y dedicación durante esta nueva experiencia de nuestra formación profesional.

A nuestra casa de estudios Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, por habernos albergado en sus aulas durante nuestra etapa universitaria, a nuestra Escuela Profesional de Psicología, especialmente a cada uno de nuestros docentes que aportaron grandemente en nuestra formación profesional y preparándonos para un mundo competitivo.

A los directores y docentes de las Instituciones Educativas: Carlos W. Sutton, El Cruce, El Triunfo II, del Distrito de La Joya por habernos facilitado el desarrollo de la presente investigación, así mismo, a cada uno de los estudiantes del 4to y 5to de secundaria que con buena disposición participaron de la misma.

Finalmente, agradecemos a todas aquellas personas que, si bien no forman parte de la comunidad universitaria, familiares, amigos y conocidos que constituyeron un apoyo adicional pero no menos importante para que nuestro trabajo de investigación se realice de manera eficaz.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL SAN AGUSTÍN

**SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RR. II. Y CS. DE LA
COMUNICACIÓN**

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tenemos el grado de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de tesis que lleva por título: **“PERCEPCIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE LA JOYA - AREQUIPA - 2019”**. Esperamos cumplir con todos los requerimientos del reglamento vigente y que la presente investigación sirva de aporte a otros profesionales como referente para futuras investigaciones.

Arequipa, diciembre del 2019

Bachilleres:

HUAMANI LLANCA, TANIA DE LA FLOR

VILCA MESTAS, YESICA ROXANA

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo analizar la percepción de riesgo de embarazo en adolescentes de las Instituciones Educativas del Distrito de La Joya. El estudio fue realizado con un enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo y diseño no experimental - transversal. Se aplicó el instrumento “Guía de Cuestionario Dirigido a adolescentes sobre factores de riesgo de embarazo”. La muestra fue seleccionada a través del muestreo no probabilístico – intencional, estuvo conformada por 238 adolescentes del sexo femenino con edades comprendidas entre los 14 y 17 años, pertenecientes al 4to y 5to grado de secundaria. Se encontró que las evaluadas sí presentan una percepción de riesgo en el embarazo adolescente ($U=6221.5$; $Z= -1.598$; $p= .110$). Por otro lado, se halló que solo existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de susceptibilidad ($U=5779.5$; $Z= -2.435$; $p= .015$), siendo así que los alumnos de cuarto año tienen una mayor percepción de susceptibilidad que los de quinto. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de vulnerabilidad ($U=6790.5$; $Z= -0.528$; $p= .597$).

Palabras claves: Percepción de Riesgo, Embarazo Adolescente.

ABSTRAC

The objective of this research is to analyze the perception of the risk of pregnancy in adolescents of the Educational Institutions of the District of La Joya. The study was conducted with a quantitative approach, descriptive level and non-experimental design - transversal. The instrument "Guide of Questionnaire Directed to teenagers on factors of risk of pregnancy" was applied. The sample was selected through non-probability - intentional sampling, and consisted of 238 female adolescents between the ages of 14 and 17, belonging to the 4th and 5th grades of secondary school. It was found that those evaluated do present a perception of risk in adolescent pregnancy ($U=6221.5$; $Z= -1.598$; $p= .110$). On the other hand, it was found that there are only statistically significant differences in the perception of susceptibility ($U=5779.5$; $Z= -2.435$; $p= .015$), whereas fourth-year students have a higher perception of susceptibility than fifth-year students. No statistically significant differences were found in the perception of vulnerability ($U=6790.5$; $Z= -0.528$; $p= .597$).

Key words: Risk perception, Teenage pregnancy.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA-----	II
AGRADECIMIENTO-----	III
PRESENTACIÓN-----	IV
RESUMEN-----	V
ABSTRAC -----	VI
INTRODUCCIÓN -----	3

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	9
A. Objetivo general	9
B. Objetivos específicos	9
3. HIPÓTESIS.....	10
4. JUSTIFICACIÓN	10
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	13
6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	13
7. VARIABLES E INDICADORES.....	15

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

1.	ANTECEDENTES	17
2.	EMBARAZO Y ADOLESCENCIA.....	23
A.	Definición de la Adolescencia	23
B.	Características de la adolescencia.....	24
C.	Embarazo adolescente.....	27
D.	Embarazo en la Adolescencia en América Latina	28
E.	Embarazo adolescente en el Perú y según OMS.....	30
F.	Causantes del embarazo Adolescentes	32
G.	Consecuencias del embarazo en adolescente	34
H.	Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia	41
3.	PERCEPCIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES	44
A.	Definición de Percepción y Percepción de Riesgo	44
B.	Percepción del Riesgo del Embarazo Adolescentes	46
C.	Percepción de riesgo desde el modelo de creencias de salud	50
D.	Proyecto de Vida en las Adolescentes	53
E.	Factores de Riesgo que Influyen en Embarazo Adolescentes	56
F.	Prevención del Embarazo en Adolescentes	59
G.	Prevención del Embarazo en Adolescentes del Perú	59

CAPÍTULO II**MARCO METODOLOGICO**

1. TIPO Y DISEÑO	63
A. Tipo de investigación.....	63
B. Diseño de investigación	64
2. POBLACIÓN Y MUESTRA / SUJETOS	64
A. Población.....	64
B. Muestra	64
C. Sujetos.....	65
3. INSTRUMENTO	66
A. Validación del instrumento	69
4. PROCEDIMIENTO	70

CAPÍTULO IV**RESULTADOS**

RESULTADOS	72
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	72
DISCUSIÓN.....	106
CONCLUSIONES	113
RECOMENDACIONES	114
Referencias	115
ANEXOS DE INVESTIGACIÓN	123
Anexo N° 1: Instrumento.....	124

Anexo N° 2: Validación por juicio de expertos	129
Anexo N° 3: Consentimiento informado	133
Anexo N° 4: Solicitudes de permiso para aplicación en colegios	134
Anexo N°5: Evidencia fotográfica.....	137
Anexo N° 6: Matriz de consistencia	140
Anexo N° 7: Prueba de normalidad	141
ADDENDA	142
CASO CLÍNICO I	144
Anamnesis.....	145
Examen Mental	151
Informe Psicométrico.....	155
Informe Psicológico	160
Plan Psicoterapeútico.....	166
Anexo N°8: Caso I.....	178
CASO CLÍNICO II.....	182
Anamnesis.....	183
Examen Mental	190
Informe Psicométrico.....	194
Informe Psicológico	202
Plan Psicoterapeútico.....	208
Anexo N°9: Caso II	222

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	
Comparación de complicaciones somáticas en el embarazo del adolescente y del adulto-----	35
Tabla 2	
Muestra por colegio de los participantes-----	65
Tabla 3	
Nivel de estudios de las participantes -----	65
Tabla 4	
¿Tienes enamorado?-----	73
Tabla 5	
(P-1) ¿Qué conoces sobre los métodos anticonceptivos (MAC)?-----	74
Tabla 6	
(P-2) ¿Cuáles de las siguientes situaciones crees que colocan a una adolescente en riesgo de embarazo?----	75
Tabla 7	
(P-3) ¿Porque crees que se embarazan las adolescentes? -----	76
Tabla 8	
(P-4) ¿Cuáles son algunas complicaciones físicas del embarazo en la adolescencia?-----	77
Tabla 9	
(P-5) ¿Qué piensas acerca de las relaciones sexuales durante la adolescencia?-----	78
Tabla 10	
(P-6) ¿Cuáles de las siguientes experiencias han estado presentes en tu vida?-----	79
Tabla 11	
(P-7) ¿Qué entiendes por proyecto de vida?-----	80
Tabla 12	
(P-8) ¿Cuáles de las siguientes prácticas te sirven para prevenir el embarazo? -----	81
Tabla 13	
(P-9) De las siguientes prácticas, ¿cuáles crees que ponen en riesgo de embarazo a una adolescente?-----	82
Tabla 14	
(P-10) Una adolescente que tiene relaciones sexuales puede embarazarse, ¿Cuándo?-----	83

Tabla 15

(P-11) ¿Con qué frecuencia crees que las adolescentes tienen relaciones sexuales con su enamorado? ----- 84

Tabla 16

(P-12) ¿Cuáles de las siguientes situaciones consideras que te ponen en riesgo de un embarazo? ----- 85

Tabla 17

(P-13) ¿En cuáles de las siguientes actividades estarías dispuesta a participar para prevenir un embarazo

durante tu adolescencia? ----- 86

Tabla 18

(P-14) ¿Cómo te sentirías si estuvieras embarazada en este momento? ----- 87

Tabla 19

(P-15) ¿Qué consecuencias podría tener para tu salud un embarazo durante la adolescencia? ----- 88

Tabla 20

(P-16) ¿Cuáles de los siguientes cambios tendría tu vida si te embarazas durante la adolescencia? ----- 89

Tabla 21

(P-17) Sí, te embarazas durante la adolescencia ¿Qué consecuencias físicas tendría para tu bebé? ----- 90

Tabla 22

(P-18) ¿Qué consecuencias tendría para tu familia si te embarazas durante la adolescencia? ----- 91

Tabla 23

T (P-19) ¿Es correcto “negarse” a tener relaciones sexuales cuando piensas que aún no estas preparada? --- 92

Tabla 24

(P-20) Ante una propuesta de tener relaciones sexuales con tu enamorado ¿qué tan fácil te resultaría decir

“no”? ----- 93

Tabla 25

(P-21) ¿Cuál sería la razón por la que tú tendrías relaciones sexuales ahora en la adolescencia?----- 94

Tabla 26

(P-22)Ante una propuesta de tener relaciones sexuales con tu enamorado ¿Buscarías tener relaciones sexuales
con tu enamorado solo para mantenerlo a tu lado?----- 95

Tabla 27

(P-23) ¿Te sientes más querida por tu enamorado, cuando tienes relaciones sexuales? ----- 96

Tabla 28

(P-24) ¿Cuáles de las siguientes actividades hacen en su tiempo libre? ----- 97

Tabla 29

(P-25) ¿Con que miembros de tu entorno sientes mayor confianza para hablar sobre sexualidad?----- 98

Tabla 30

(P-26) ¿Cuáles de los factores facilitarían la realización de tu proyecto de vida? ----- 99

Tabla 31

(P-27) ¿Cuáles de las siguientes circunstancias consideras que están asociadas al embarazo en adolescentes? ----- 100

Tabla 32

(P-28): ¿Cuál crees que es la mejor opción para disminuir el embarazo adolescente? ----- 101

Tabla 33

Percepción de riesgo de embarazo en base a respuestas----- 102

Tabla 34

Percepción de susceptibilidad de embarazo en base a respuestas----- 103

Tabla 35

Percepción de vulnerabilidad de embarazo----- 104

Tabla 36

Comparación de la variable y dimensiones estudiantes, entre 4to y 5to de secundaria ----- 105

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa donde se desarrollan valores y creencias, en este ciclo van construyendo su identidad individual y colectiva, están atravesando por cambios físicos y emocionales, así como el fortalecimiento del yo y nuevos descubrimientos e intereses que dan lugar a que aparezcan sentimientos nunca antes experimentados; se despierte la curiosidad por temas desconocidos, sobre todo, los relacionados con la sexualidad. Según Gómez en el año 2000, es en este período donde son particularmente intensas las conductas de riesgo en los adolescentes; que son aquellas acciones voluntarias e involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad que pueden llevar a consecuencias nocivas. Son múltiples las conductas de riesgo que desarrollan los adolescentes, siendo motivadores de su desarrollo características propias de su edad: como la sensación de invulnerabilidad o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de transgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, así como el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras. Sanders (2013). Sumado a estas conductas esta la desinformación, es decir, falta de educación sexual y creencias sobreestimadas sobre su capacidad de afrontar la maternidad y paternidad, aspectos que pueden conducir a comportamientos irresponsables por una inadecuada percepción de riesgo.

Al respecto, el término percepción de riesgo, se relaciona con las nociones que tienen las personas sobre los riesgos o los peligros que pueden afectar su salud o bienestar en general. Y su investigación tiene relevancia porque especialmente en esta etapa, la adolescencia, que las adolescentes ante situaciones que son particularmente cargadas emocionalmente aumentan la posibilidad de que su percepción, a veces con una noción equívoca, influya en conductas más que en la racionalidad, exponiéndolas a

consecuencias no siempre deseadas por ellas, que afectan directamente en su salud y bienestar general, siendo en este caso que nos atañe, el embarazo no deseado.

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. Ruoti (1992) plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema a nivel sociocultural, psicológico y de salud pública de considerable magnitud, porque trae consigo múltiples complicaciones que afectan la vida de la madre y del bebé, con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social. Por ello es preciso desarrollar intervenciones para fortalecer los factores protectores, así como medios que permitan detectar factores de riesgo y prevenir conductas riesgo en los adolescentes. Por lo expuesto, se ha considerado desarrollar esta investigación.

La presente investigación está conformada por cuatro capítulos, que se detallan a continuación:

En el capítulo I, se presenta el planteamiento del problema, los objetivos tanto general como los específicos, del mismo modo nuestras hipótesis, la operacionalización de variables, justificación, limitaciones del estudio y definición de términos.

En el capítulo II, se muestra los antecedentes de la investigación, y desarrollo del teórico.

En el capítulo III, se presenta la metodología de nuestra tesis que incluye el tipo de investigación, método, diseño, población, muestra, sujetos, instrumentos y el procedimiento que se llevó a cabo para ejecutar la presente investigación.

Finalmente, en el capítulo IV, se muestran los resultados obtenidos, la discusión,

conclusiones y sugerencias. Por último, las referencias bibliográficas y anexos respectivos.

Nuestra investigación, se pone a consideración de los miembros del jurado, para ser valorada en base a nuestro esfuerzo y a la vez esperamos que los conocimientos aportados sean referentes para los siguientes investigadores en el área de psicología social y educativa, así mismo sea considerada como referente para otras áreas de la psicología, encaminados a la prevención del embarazo en la adolescencia.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) en el mundo cada año quedan embarazadas aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y 2 millones de adolescentes menores de 15 años, según el informe de consulta técnica que lleva por título “Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en la región América Latina y el Caribe” publicado por la Organización mundial de la salud (OMS), el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas (UNICEF) y el Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el año 2018. La región mencionada en el epígrafe de dicho informe tiene la segunda tasa de fecundidad en adolescentes más elevada del mundo.

Por otro lado, según el Instituto de Estadística e Informática (INEI, 2017) cada día 4 adolescentes menores de 15 años quedan embarazadas en el Perú, promedio que aumenta a diez cuando las menores llegan a esta edad, sumando un total de 13 % del total de adolescentes, el UNFPA en el año 2013 menciona que el 50% de estos embarazos son no deseados. En la Región Arequipa según la Gerencia Regional de salud en el 2017, se menciona que, si bien las cifras de adolescentes gestantes han disminuido en los últimos años, al estudiar sus causas, puede deberse a la existencia de que un gran número de casos que son atendidos de manera particular, otros debido al uso indiscriminado de las píldoras del día siguiente, así como al aborto en lugares no legítimos, no llegando a contabilizarse por completo, por tanto, las cifras son inexactas. Si bien se han ido tomando iniciativas como, por ejemplo, el Programa de Salud Materna Neonatal o los Servicios diferenciados para adolescentes, a fin de enfrentar dicha situación, los efectos de dichos programas no logran cumplir los efectos esperados. (INEI, 2018)

Uno de los aspectos relacionados con las políticas públicas de salud en el Perú, que ha ido tomando mayor importancia en los últimos años guarda relación con la necesidades y demandas de las poblaciones de adolescentes y jóvenes, sobre el desconocimiento o del mal manejo de la información acerca de su derecho a un ejercicio libre, informado y responsable de su sexualidad. Asimismo, el limitado acceso a la educación sexual integral, a la consejería, orientación y al hecho de que varias veces los servicios de salud no sean tan accesibles, da como resultado que las adolescentes obtengan solo información básica sobre las causas generales del inicio precoz de la sexualidad y sus consecuencias. Esto sumado a conductas de riesgo en las adolescentes, la cual puede deberse a una percepción inadecuada de los riesgos reales que involucran determinadas acciones, en su afán de compartir y experimentar

la sexualidad, posiblemente puede terminar en un embarazo no deseado.

Por ello, nos enfocamos en investigar sobre la percepción como proceso, en el cual registramos todo lo que está a nuestro alrededor y en interacción con nosotros, en tal sentido atribuye a lo observado un significado. En relación a ello, la percepción de riesgo, se refiere a las nociones que tienen las personas sobre aquellos factores de riesgo o los peligros que pueden afectar su vida, involucrando en su contenido, los valores, las tradiciones, los estereotipos, las vivencias y los conocimientos, que tienen los individuos sobre determinados aspectos o fenómenos de la vida.

Los adolescentes no suelen percibir de manera clara la existencia de ciertos factores como riesgos reales presentes en su vida, por su edad prefieren la inmediatez, la sobrecarga de emociones y la dificultad de tolerar la frustración, por consiguiente no reconocen que como adolescentes pueden ser susceptibles y vulnerables a algunos factores de riesgo, teniendo como consecuencias muchas veces ser víctimas de violencia (al sentirse presionados a iniciarse sexualmente por sus parejas), contagio de enfermedades de transmisión sexual o llevar embarazos no deseados o abortos que algunas veces pueden terminar con la pérdida de la vida. Todo lo mencionado resulta en un impacto negativo para los adolescentes, quienes construyen paulatinamente un proyecto de vida, y que al tener que enfrentar un embarazo de manera precoz afecta en su crecimiento personal, educativo, laboral y otras áreas más.

Indudablemente, el acceso a información sobre anticonceptivos y el acceso a los mismos, el fortalecimiento de las capacidades de asertividad y toma de decisiones en los adolescentes, puede reducir la probabilidad de lograr con eficacia un programa de prevención del embarazo adolescente, esta propuesta, nos conduce a fomentar la participación activa del profesional psicólogo en investigaciones y proyectos que

contribuyan a las políticas públicas ya existentes, a fin de mejorar la eficacia de las mismas, como profesionales estamos preparados, ya que contamos con la formación, así como con las herramientas necesarias, para asumir un rol importante en cuanto a prevención y promoción de la salud.

Es por ello que, se plantea que para la elaboración de nuevos programas que asistan a la problemática sobre el embarazo en adolescentes, se deberían de realizar investigaciones que sirvan como base, incluyendo datos estadísticos sobre las realidades de la población directamente involucrada. Es en base a esto que el presente trabajo pretende aportar datos característicos de una población que en la actualidad no ha sido muy explorada, sirviendo de base para la elaboración de futuros planes de prevención con objetivos más específicos que respondan a dicha realidad. Por todo lo anteriormente mencionado la presente investigación tiene como principal interrogante: **¿Existe percepción de riesgo del embarazo en adolescentes del 4to y 5to de secundaria de las Instituciones Educativas del Distrito de La Joya - Arequipa?**

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A. Objetivo general

Determinar la percepción de riesgo de embarazo en adolescentes del 4to y 5to de secundaria de las Instituciones Educativas del Distrito de La Joya- Arequipa

B. Objetivos específicos

- Identificar la percepción de susceptibilidad de embarazo en adolescentes de las Instituciones Educativas del Distrito de La Joya- Arequipa.

- Identificar la percepción de vulnerabilidad de embarazo en adolescentes de las Instituciones Educativas del Distrito de La Joya- Arequipa.
- Establecer si existe diferencia en la percepción de susceptibilidad y vulnerabilidad de embarazo en adolescentes del 4to y 5to de secundaria de las Instituciones Educativas del Distrito de La Joya- Arequipa.

3. HIPÓTESIS

Las adolescentes del 4to y 5to de secundaria perciben el riesgo de embarazo de las Instituciones Educativas del Distrito de la Joya – Arequipa

4. JUSTIFICACIÓN.

En los últimos años el incremento en los índices del embarazo en adolescentes se ha vuelto un motivo de preocupación en nuestra sociedad, específicamente hablando en nuestro país. 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 cuando el índice fue del 12,7%, reveló la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2017) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Asimismo, el informe (ENDES, 2017) indica que, el embarazo de las adolescentes del área rural fue de 23,2 %, mientras que en el área urbana fue de 10,7 %. Evidenciado así en la estadística que en la zona rural se presenta más esta problemática por lo que nos enfocamos a realizar el estudio en el distrito de La Joya, zona rural de Arequipa.

Presentar un embarazo en la adolescencia las expone a riesgos para su salud y desarrollo hasta impactos en su salud mental y suele acarrear consecuencias sociales

serias como enfermedades de trasmisión sexual, abortos, niños abandonados, la deserción escolar, menores oportunidades laborales y mayor vulnerabilidad ante la pobreza. Esto se da cada vez con más frecuencia y no solo por la magnitud del problema si no también por la gravedad de las consecuencias personales y sociales. Rubén (2013), realizó una investigación en el Hospital María Auxiliadora donde concluyó que las adolescentes embarazadas atendidas en el dicho Hospital, tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia que se encontró en los entrevistados.

Por otro lado, según la representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas en el Perú nos indica que “La evidencia científica ha demostrado que los embarazos en adolescentes no ocurren en el vacío. Son la consecuencia de un conjunto de factores subyacentes que interactúan y se potencian entre sí, a nivel normativo, social, cultural e incluso familiar e individual. Hace 15 años que el embarazo en adolescentes no disminuye de manera sustantiva en el Perú. Sus efectos son muy graves en la vida de las chicas y sus familias y es necesario prevenirlo para lograr los objetivos de desarrollo sostenible”. Recordó además que el Estado cuenta con un Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes cuya implementación puede contribuir sustancialmente a revertir esta situación. (UNFPA, 2016). Evidenciando así la importancia de realizar un estudio que nos brinde información sobre la percepción de estas adolescentes sobre el embarazo.

Destacamos a la percepción como la importancia del conocimiento del riesgo que conllevan a un embarazo en la etapa de la adolescencia, tomando en cuenta los

factores personales y la influencia del medio exterior que van a influir en el pensar, sentir y actuar de las adolescentes.

Con la presente investigación se contribuirá a explicar y entender cuál es la percepción que las adolescentes tienen en cuando al embarazo a temprana edad de acuerdo a sus conocimientos, experiencias y valores aprendidos. Resaltando la importancia de brindar un soporte emocional y familiar en la etapa de la adolescencia para que así tomen buenas decisiones en base a sus percepciones, valores y conocimientos previos. Sabemos que las acciones dirigidas a mantener su salud integral deben tener un enfoque participativo, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención. La educación es clave en la explicación y la transformación de los fenómenos relacionados con la salud reproductiva, la falta de conocimiento y desinformación conllevan a tomar una decisión errónea, ello confirma la necesidad de desarrollar programas destinados a fortalecer las habilidades y capacidades de los adolescentes para de esta forma evitar embarazos en esta etapa temprana de la vida.

Así mismo el aporte que brindará esta investigación de acuerdo a los resultados que obtendremos, es presentar una estadística acerca de la percepción del riesgo que presentan las adolescentes de las instituciones educativas donde se llevará a cabo esta investigación, alentando a la elaboración de planes de promoción de la salud mental directamente relacionados a la prevención de embarazos a temprana edad con un abordaje más específico, que generen acciones preventivas para reducir el embarazo a temprana edad. El estudio es factible por la accesibilidad que se tiene para el ingreso a las instituciones indicadas y la adquisición de los instrumentos.

Finalmente, esta investigación en el ámbito de la Psicología es un estudio nuevo en el distrito de La Joya por lo que la información es relevante para dicha

localidad, así mismo el estudio es de fácil comprensión para todas las personas que accedan a la investigación, abierto a la posibilidad de continuar con el estudio y su posterior réplica.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio tuvo las siguientes limitaciones:

- A. Algunos docentes limitaron el ingreso a las aulas o brindaron poco tiempo del que requeríamos.
- B. Algunas estudiantes no tuvieron la mejor disposición para responder a las preguntas o no pudieron concentrarse de manera óptima durante el desarrollo del cuestionario, debido a que en una oportunidad se evaluó luego de la hora de almuerzo, eliminándose un total de 7 cuestionarios.
- C. Las instituciones educativas en el Distrito de La Joya – Arequipa no se encuentran distribuidos de manera cercana a la zona urbana, lo que dificultó acceder a más instituciones, por tanto, a más población.
- D. Los datos obtenidos con un diseño descriptivo – transversal no permiten la generalización de los resultados.

6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Percepción:

Según Pastor (2000) se trata de un proceso cognitivo que descansa en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos y que procesa de forma inmediata organizándose en un juicio o valor que condicionará su comportamiento.

Riesgo:

Si analizamos el riesgo desde un plano subjetivo, la valoración del riesgo de forma individual, se verá significativamente diversificada, ya que el concepto se sustenta en las creencias o percepciones de las personas, teniendo por ello una gran variabilidad. En cuanto a la perspectiva de riesgo subjetivo-colectivo contará con la percepción o creencia que asume unitariamente todo el colectivo. (García, 2012).

Percepción de riesgo:

Estaría ubicada en el plano subjetivo, siendo un concepto elaborado por un sujeto, que se genera a partir de la recogida de información y de su historia personal y experiencias vividas, el individuo realiza un proceso cognitivo que, sumado a sus creencias, estereotipos, actitudes y motivación, le permiten elaborar una valoración ante un riesgo o conducta de riesgo que es precisamente la percepción de riesgo. Esta valoración o juicio condicionará su comportamiento y le permitirá tomar una decisión final. (García, 2012).

Percepción de riesgo de embarazo:

El proceso cognitivo que descansa en la información que cada adolescente posee acerca los factores personales y del entorno frente a los cuales es susceptible y vulnerable de embarazarse. (Guardado, 2016)

7. VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	CATEGORÍAS	INDICADORES
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO	VARIABLE ORDINAL: Categorías que tienen un orden, pero no existe una distancia o intervalo definido entre los valores.	PERCEPCIÓN DE SUSCEPTIBILIDAD DE EMBARAZO: Es la valoración personal de la probabilidad de sufrir un embarazo tomando en cuenta factores personales	CONOCIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Causas del embarazo en la adolescencia. • Conocimientos sobre los MAC. • Creencias sobre las relaciones sexuales durante la adolescencia
			PERCEPCIÓN DE RIESGO PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgos personales de embarazarse • Expectativas de Proyecto de vida • Consecuencias personales del embarazo en la adolescencia • Complicaciones en ella del embarazo en la adolescencia

			AUTOEFICACIA	<ul style="list-style-type: none"> • Auto concepto, Autoestima • Dependencia afectiva • Significado emocional del embarazo. • Practica sexuales sin riesgo
	<p>PERCEPCION DE VULNERABILIDAD DE EMBARAZO:</p> <p>Es la valoración personal de la probabilidad de sufrir un embarazo tomando en cuenta factores de su entorno inmediato. (facilitadores y reforzadores)</p>		<u>PERCEPCIÓN DE RIESGO EN EL ENTORNO</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Personas con quienes convive • Relaciones familiares. • Uso del tiempo libre, consumo de alcohol, y otras sustancias

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES

Hablar sobre sexualidad con adolescentes es un tema que ha tomado mucho interés en los últimos años; tratar esta cuestión es fundamental, ya que en los jóvenes y señoritas comienza a despertar su interés en descubrir y experimentar nuevas sensaciones, siendo las señoritas las que soportan un riesgo desproporcionado de resultados adversos de salud sexual y reproductiva, como el embarazo precoz; un porcentaje de ellas han dejado de estudiar o se ven obligadas debido a su embarazo, lo cual repercute de manera considerable a largo plazo en sus oportunidades educativas y laborales, su estado económico, así como de su capacidad para seguir participando de diversas actividades.

Según la UNFPA, todos los días 20 000 mujeres menores de 18 años, dan a luz en países en vía de desarrollo; América Latina y el Caribe tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes en el mundo; En el Perú, el Seguro Integral de Salud (SIS) reporta anualmente alrededor de 2 mil partos atendidos en menores de 15 años de edad, según un estudio del 2017. Estas cifras han motivado a la realización de varios estudios, algunos de ellos permiten enfocar el análisis de la presente investigación.

A. Antecedentes internacionales

Rodríguez (2008) en Colombia se realizó una investigación que lleva por título “Factores de riesgo para embarazo adolescente” realizo una revisión sobre los aspectos políticos y normativos en salud sexual y reproductiva en los contextos nacional y mundial, llegando a la conclusión de que: El embarazo adolescente es un fenómeno complejo en el que participan un gran número de factores de riesgo, lo cual representa un enorme reto para los sectores de salud y educación que tienen prioridades en la intervención de esta problemática.

Bermúdez, Gómez, Miranda & Zúñiga (2013) con el objetivo de Analizar la percepción de madres adolescentes entre 14-18 años de edad sobre su proyecto de vida, Mediante entrevistas e historias de vidas, con el fin de mejorar las condiciones de su salud y bienestar de este grupo poblacional. Realizaron a investigación que lleva por título “Percepción de madres adolescentes entre 14-18 años de edad sobre su proyecto de vida del corregimiento de la Boquilla”, obteniendo los siguientes resultados: la gran mayoría de adolescentes tenían expectativas antes de quedar embarazada acerca de su proyecto de vida, como seguir estudiando y terminar una carrera universitaria para apoyar a su familia; el

embarazo precoz en las madres adolescentes sirvió de incentivo para asumir su rol como madres de las cuales tres de las 10 madres entrevistadas quieren retomar de manera personal el proyecto de vida que habían aplazado, e igual manera seguir asumiendo su rol de madre y proyectarse a un mejor desempeño personal y profesional.

Ávila, Barbena y Arguello (2011) efectúo un estudio de casos y controles en 67 adolescentes embarazadas y 67 adolescentes no embarazadas que fueron aparejadas de acuerdo a edad y procedencia. Las entrevistadas fueron interrogadas respecto a sus datos generales, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso de contraceptivos en la primera relación sexual, antecedentes personales y sociales sobre educación sexual a nivel familiar, historia de alcoholismo, tabaquismo o drogas. Se efectuó un grupo focal con adolescentes embarazadas revisando aspectos como la esfera de creencias, ideas y percepciones sobre la sexualidad, métodos de planificación y autoestima. El haber recibido educación sexual a nivel familiar fue un factor protector del embarazo en la adolescencia. Llegando a la conclusión de que el riesgo de un embarazo en la adolescencia parece venir influenciado por varios factores, destacándose la escolaridad incompleta y la falta de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. La introducción de contenidos de educación sexual a nivel escolar es una estrategia a considerar para el manejo de este problema.

Rodríguez, Ruiz y Soplín (2014) en su trabajo de investigación “Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, puesto de salud I-2 Masusa Punchana, que tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, Puesto de Salud I-2 Masusa. Con una muestra de 96

adolescentes gestantes. Obtuvo los siguientes resultados, Entre los hallazgos relevantes se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre la menarquía y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, existe relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio de la actividad sexual y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, existe relación estadísticamente significativa entre la presencia de los padres y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, existe relación estadísticamente significativa entre la presión del grupo y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, existe relación estadísticamente significativa entre la relación familiar y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes. Como también no existe relación estadísticamente significativa entre antecedentes de embarazo adolescente y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes.

B. Antecedentes nacionales

Mendoza y García (2013) en su artículo “El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas” nos muestra los vínculos entre el embarazo en adolescentes peruanas de 15 a 19 años con la pobreza, la desnutrición y la exclusión social. Se proponen alternativas para su atención en el marco de los programas sociales y de la lucha contra la pobreza. Para ello, se describen y analizan sus tendencias en los últimos 20 años, enfatizando sus múltiples y persistentes inequidades. Se registra que en ese periodo las prevalencias no se han modificado sustancialmente, a pesar de una leve baja en el área rural. Estas tendencias son analizadas a la luz de sus determinantes próximos, incluyendo los cambios en la exposición al riesgo de

embarazo no planificado. Luego se describe el impacto que esta situación tiene sobre las adolescentes y sus hijos, así como su impacto laboral y económico. Finalmente, se hace una revisión de las experiencias de países que aplican programas sociales semejantes al peruano, destacando aquellas que podrían ser asimiladas por el Perú.

Valera (2016) tuvo como objetivo principal determinar la asociación entre algunos de los factores sociodemográficos y personales en el primer embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca encontró que la prevalencia de primer embarazo es de un 59.5 %, el 87.8 % pertenece al grupo etario de 17 a 19 años, 58.8 % vive en zona urbana, 85.5 % es conviviente, la persona que aporta económica mente al hogar es la pareja con un 69.6 %, el 85.5 % percibe un salario mínimo vital, 57.3 % pertenece a una familia nuclear, en el 51.1 % no se presentó embarazo adolescente en la familia, el 44.3 % vive en una familia moderadamente funcional, 66.4 % practica la religión católica, su grado de instrucción es secundaria incompleta en el 32.1 %, el 66.4 % es ama de casa, 64.9 % inicio sus relaciones sexuales entre los 17 a 19 años, el 78.6 % tubo su menarquia entre los 11 a 13 años, solo tuvieron una pareja sexual el 77.9 %, 89.3 % tuvo relaciones sexuales por voluntad, solo el 42.7 % utilizo anticonceptivos, en donde el 21.4 % recibió información del puesto de salud. El mayor porcentaje de adolescentes con primer embarazo vivió en una familia moderadamente funcional a disfuncional. Finalmente se encontró que existe asociación significativa entre las variables edad de la gestante, ingreso económico familiar, embarazo adolescente en la familia, grado de instrucción, número de parejas sexuales, motivo de relaciones sexuales y utilización de métodos anticonceptivos.

Aguirre y Velásquez (2016) en Huancayo realizaron una investigación

que lleva por título “Nivel de conocimiento sobre embarazo, prevención y consecuencias en gestantes adolescentes que acudieron al Hospital regional docente materno infantil el Carmen de Huancayo”, teniendo por objetivo: identificar el nivel de conocimiento sobre embarazo, el nivel de conocimiento sobre prevención de embarazo y el nivel de conocimiento sobre consecuencias del embarazo en adolescentes. Al término de la investigación identificaron que el nivel de conocimiento sobre embarazo es del 97% conocen; el nivel de conocimiento sobre prevención de embarazo es del 77% conocen, el nivel de conocimiento sobre consecuencias del embarazo es del 95% conocen y el nivel de conocimiento del embarazo en general es del 98% en adolescentes que acudieron al Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” de Huancayo en el 2016.

Mengole y Lannacone (2010) con objetivo de determinar si una serie de factores socioculturales influyen en el conocimiento y actitud frente al embarazo en adolescentes. Donde aplicaron un cuestionario validado y auto administrado con el que se investigó las variables que apuntan al objetivo, ya que ellos realizaron un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal comparativo a 13 gestantes primigestas adolescentes y 60 gestantes primigestas no adolescentes pertenecientes al Hospital José Agurto Tello de Chosica - Lima, Perú. Se comprobó qué dentro de los factores socioculturales en el grupo de gestantes adolescentes, predominaron aquellas que se encontraban entre los 14 y 16 años, estado civil soltera, grado de instrucción secundaria incompleta, dedicándose a las labores de casa, viven con su mamá y hermanos, con una media de inicio de relaciones sexuales de 14 años. Respecto a las gestantes no adolescentes predominó las edades entre 20 y 23 años, el estado civil fue en la mayoría soltera

y conviviente, dedicándose a las labores de la casa, con secundaria completa y la media de inicio de relaciones sexuales fue de 18 años. En cuanto al conocimiento sobre el embarazo las adolescentes tienen un conocimiento deficiente, mientras que las gestantes no adolescentes presentan un conocimiento regularmente logrado. Las adolescentes primigestas presentaron una actitud negativa frente al embarazo.

2. EMBARAZO Y ADOLESCENCIA

A. Definición de la Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 11 o 12 hasta los 16 años, y la adolescencia tardía, de los 17 a los 19 años. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. La OMS estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85% de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren cada año.

En cuanto al término “adolescencia”, el Diccionario de la Real Academia Española la define como “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo” (RAE, 2001). Etimológicamente la palabra “adolescencia” proviene del latín “adolescere” el cual significa “ir creciendo” (Amorín, 2008).

Según Susana Quiroga en el 2004 plantea que la adolescencia es un fenómeno multideterminado, la cual se ve atravesada por factores biológicos,

psicológicos, cronológicos, y sociales

Sebald (1992) precisa que el significado del término de adolescencia es complicado, las definiciones de este período evolutivo son múltiples y responden a distintos enfoques disciplinarios. Existen distintas definiciones de esta fase evolutiva del ser humano: sociológica, psicológica, fisiológica, legislativa, económica, tradicional, cognitiva, cronológica, etc.

En el informe The State of the World's Children 2011 se expresa que resulta difícil definir a la adolescencia por diversas razones. Primero, porque las experiencias individuales en este período son diferentes, en relación con las variaciones físicas, la maduración emocional y cognitiva, entre otras eventualidades. A la pubertad no es posible considerarla como la línea de demarcación entre la niñez y la adolescencia pues se suceden cambios a diferentes edades en hembras y varones, incluso existen diferencias individuales en el mismo sexo. El segundo factor que complica la definición de adolescencia es la gran variación en relación con las leyes en distintas naciones relacionadas con la minoría y la mayoría de edad, incluyendo actividades como: contraer matrimonio y el comienzo del consumo de bebidas alcohólicas. El tercer factor se refiere a que no se respeta lo establecido legalmente para los niños, los adolescentes y los adultos y se permite que los primeros asuman actividades que no les corresponden.

B. Características de la adolescencia

La adolescencia es un período de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición

hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Muchos de ellos también experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo. De todo ello se deduce que este proceso representa para los adultos una oportunidad única para influir en los jóvenes.

Con el fin de entender la conducta de los adolescentes y ejercer influencia en ella, es importante comprender el entorno en que viven y cómo afecta dicho entorno el desarrollo, la conducta y las relaciones sociales. Estos entornos, entre ellos: la familia, los grupos de pares, la escuela, el trabajo y las actividades de ocio, están al mismo tiempo en un estado de cambio constante. Todo ello implica que las intervenciones deben tener en cuenta estas dimensiones y además

incluir de forma obligada a los propios adolescentes, sin olvidar el rol que pueden tener los profesionales de la salud (Borrás, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (1990), considera a la adolescencia en dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años). (MINSAP, 1999).

Adolescencia temprana: Se extiende por el inicio de la pubertad y los primeros cambios físicos que acusan la maduración sexual y biológica del individuo, va de los 10 u 11 años (en algunos casos desde los 9) hasta los 14 o 15 años de edad.

Adolescencia tardía: Se extiende desde los 14 o 15 años hasta los 19 o 20, e implica normalmente una entrada gradual y creciente en la adultez, con la aparición paulatina de las características psíquicas y emocionales que conlleva.

La concepción de adolescencia está dividida en tres etapas, hablan de la adolescencia temprana, la adolescencia media y la adolescencia tardía. Estos autores plantean que la adolescencia temprana comienza aproximadamente a los 9 años extendiéndose hasta los 15 años, en esa fase los cambios corporales se hacen notorios, se producen cambios en la conducta, dificultad de relacionamiento entre los sexos, con los padres, y con el entorno, se producen cambios psicológicos que se pueden visualizar en los juegos y las verbalizaciones, ya que tiene mayor contenido sexual, en esta fase aparecen pérdidas por el cuerpo infantil, lo que posteriormente dará lugar a duelos; hay crecimiento y desarrollo de caracteres sexuales primarios y secundarios, pérdida de identidad y de rol infantil. Es común en esta etapa que el adolescente esté desaliñado, sucio, con mala conducta, es una expresión de extrañeza ante el nuevo cuerpo. Plantean que la adolescencia media comienza a los 15 años, y culmina a

los 18 años aproximadamente, en esta etapa se continúan los procesos psicológicos iniciados en la adolescencia temprana, así como se desarrolla el trabajo de duelo, se producen crisis de identidad, así como crisis narcisistas, aquí se genera un pasaje de la endogamia a la exogamia, transformación de las modalidades de relación con el otro sexo, y se producen tendencias a la actuación (pasaje al acto). La adolescencia tardía se ubica entre los 18 y los 28 años, en esta etapa se produce una discriminación con las figuras parentales, así como una discriminación intra generacional, se produce un deseo de independencia económica, así como de pareja estable, logros a nivel vocacional y laboral, proceso psicológico de abandono de la adolescencia para ingresar a la adultez (Quiroga, 2004; Amorín, 2008).

C. Embarazo adolescente

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. Ruoti (1992) plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

Trabajos realizados en el extranjero, señalan que el 60% de los embarazos

adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93 %). (4,14) Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes.

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que, en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos

D. Embarazo en la Adolescencia en América Latina

De acuerdo con la OMS anualmente alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años da a luz lo que representa aproximadamente el 11% de todos los nacidos en el mundo. Con relación a América Latina, el documento Prevención del embarazo adolescente, emitido por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, indica que de acuerdo al informe del Estado de la Población Mundial por cada mil nacimientos que ocurren en América del sur 74 provienen de mujeres adolescentes, con un rango de entre 55 y 90 por 1000, para los países andinos. También se establece que los embarazos en adolescentes representan aproximadamente el 18% de todos los embarazos en el área andina.

En Bolivia, entre el 2003 y el 2008, la proporción de mujeres embarazadas entre 15 y 19 años se incrementó del 14.7% al 18%. Más del 25% de las madres adolescentes apenas han concluido la educación primaria. Asimismo, sólo una de cada cuatro adolescentes sexualmente activas usa algún método anticonceptivo,

a pesar de que el conocimiento sobre el tema alcanza a cerca de un 92%. Además, la proporción de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años es cercana al 21%; lo más alarmante es que hay un 9% de adolescentes menores de 13 años que han estado embarazadas o ya son madres.

En Colombia, entre 1995 y 2010, la fecundidad adolescente se redujo de 89 a 84 por 1.000, aunque, en 2005, llegó a 90 por 1.000. Sin embargo, el porcentaje de madres o adolescentes embarazadas era de 17.4% en 1995, 20% en 2000 y 19% en 2010.

En Chile, para el año 2004, según datos del Departamento de Información y Estadísticas del Ministerio de Salud (DEIS), de los 33.507 niños nacidos, hijos de madres entre 15 y 19 años, solamente el 88 por ciento% fue primogénito/a.

En Ecuador, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez (ENDEMAIN, 2004). La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74%, y en mayores de 15 años es del 9% (Documento de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, 2010). La tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina, llegando a 100 por 1.000 nacidos vivos.

En Venezuela, la población adolescente representa el 21 por ciento de la población total, y las adolescentes entre 15 y 19 años, el 21% de las mujeres en edad fértil. El 23.35% de los nacimientos vivos registrados en este país, ocurren en adolescentes entre los 15 y 19 años de edad, mientras que la tasa específica de embarazo entre este grupo de edades es de 89,40 por 1.000 mujeres.

E. Embarazo adolescente en el Perú y según OMS

Si bien la prevención del embarazo en adolescentes es una prioridad en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia y el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en el Perú, actualmente el embarazo y la maternidad en la adolescencia aumentó y sigue siendo un problema de salud pública, de derechos y oportunidades para las mujeres y las niñas y de desarrollo para el país.

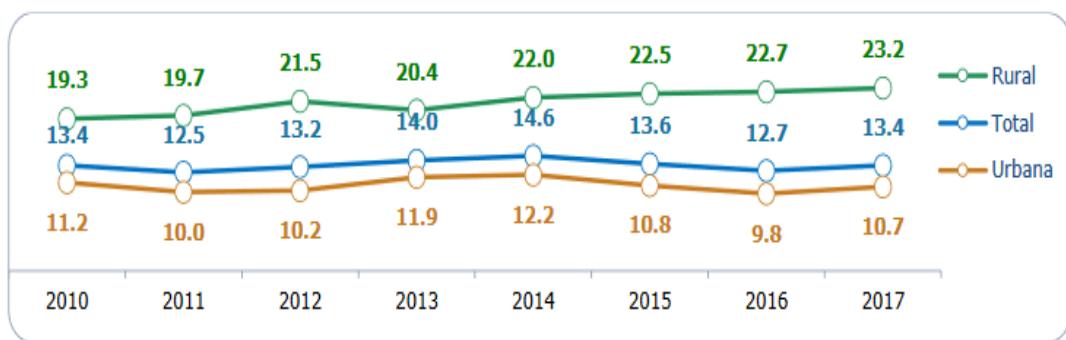
En el Perú 13 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años de edad son madres o están embarazadas por primera vez. (INEI, ENDES 2017) Estos resultados dan cuenta de un aumento del embarazo en adolescentes en el país.

Por otro lado, los reportes anuales del Seguro Integral de Salud (SIS) de partos atendidos en los establecimientos de salud, dan cuenta de alrededor de 2 mil partos cada año en adolescentes menores de 15 años de edad, incluidas niñas de 10, 11 y 12 años de edad. Es decir, al menos 5 niñas de 14 años o menos dan a luz a un hijo/a cada día producto de la violencia sexual.

De acuerdo a la información del INEI-ENDES 2017, un dato que alerta es el incremento observado de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años de edad, al pasar de 12.7% en el año 2016 a 13.4% en el año 2017. Este incremento se observa en las zonas urbanas, al pasar de 9.8% a 10.7% entre el 2016 y 2017, y zonas rurales, al pasar de 22.7% a 23.2% entre el 2016 y 2017.

Gráfico 1:

Proporción de adolescentes en el Perú de 15 a 19 años de edad. Madres o embarazadas según ámbito geográfico, 2010-2017



Fuente: INEI-ENDES 2017. En 12 departamentos del país también se observan incrementos entre el 2016 y 2017, tal es el caso de: Lima Metropolitana (De 6.2% a 9.6%), Moquegua (De 6.8 a 8.6%), Amazonas (De 19.9% a 23.8%), Ayacucho (De 14.6% a 16.8%), y La Libertad (De 14.8% a 16.8%). Loreto registra la tasa más alta de embarazo en adolescentes (30.4%).

Gráfico 2:

PERÚ: ADOLESCENTES (15-19 AÑOS) QUE YA SON MADRES O QUE ESTÁN EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ, 2014-2017 (Porcentaje) (*)								
Departamento	2014	2015	2016	2017	Tendencia 2014-2017 en puntos%	Tendencia 2016-2017 en puntos %		
Loreto	30.4	32.8	30.6	30.4	0.0	0%	-0.2	-1%
Amazonas	28.1	22.8	19.9	23.8	-4.3	-15%	3.9	20%
Ucayali	21.2	26.2	26.7	23.1	1.9	9%	-3.6	-13%
San Martín	24.1	25.5	23.5	20.0	-4.1	-17%	-3.5	-15%
Cajamarca	17.8	17.6	16.7	18.5	0.7	4%	1.8	11%
Madre de Dios	24.4	21.9	17.9	16.9	-7.5	-31%	-1.0	-6%
Ayacucho	17.4	15.1	14.6	16.8	-0.6	-3%	2.2	15%
La Libertad	15.2	13.7	14.8	16.8	1.6	11%	2.0	14%
Huánuco	17.7	19.2	17.1	16.4	-1.3	-7%	-0.7	-4%
Tumbes	21.4	22.2	18.4	16.0	-5.4	-25%	-2.4	-13%
Huancavelica	17.7	15.4	14.5	15.1	-2.6	-15%	0.6	4%
Región Lima 2/	18.2	18.4	17.3	14.9	-3.3	-18%	-2.4	-14%
Piura	16.7	16.4	15.1	14.6	-2.1	-13%	-0.5	-3%
Ica	20.1	19.9	17.4	14.3	-5.8	-29%	-3.1	-18%
PERU	14.6	13.6	12.7	13.4	-1.2	-8%	0.7	6%
Áncash	13.8	13.5	13.7	13.0	-0.8	-6%	-0.7	-5%
Pasco	13.9	16.0	15.8	12.6	-1.3	-9%	-3.2	-20%
Junín	10.5	11.2	11.5	12.1	1.6	15%	0.6	5%
Apurímac	10.6	12.7	12.8	12.0	1.4	13%	-0.8	-6%
Lambayeque	9.2	11.2	13.1	11.8	2.6	28%	-1.3	-10%
Puno	12.3	11.6	11.2	11.3	-1.0	-8%	0.1	1%
Callao	13.6	11.0	10.7	10.2	-3.4	-25%	-0.5	-5%
Lima Metropolitana 1/	11.4	7.9	6.2	9.6	-1.8	-16%	3.4	55%
Cusco	14.6	11.7	9.6	9.2	-5.4	-37%	-0.4	-4%
Tacna	11.0	9.3	8.2	9.0	-2.0	-18%	0.8	10%
Moquegua	7.0	6.4	6.8	8.6	1.6	23%	1.8	26%
Arequipa	8.4	7.5	6.3	6.6	-1.8	-21%	0.3	5%

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima. Del 2009 al 2013 incluye Callao.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

Fuente: INEI-ENDES 2017. Elaboración: MCLCP.

F. Causantes del embarazo Adolescente

Los adolescentes están iniciando su actividad sexual a edades cada vez más tempranas, con un conocimiento deficiente sobre la sexualidad, sin mayor claridad con respecto a las normas y valores sexuales, ni manifestando una adecuada toma de decisiones; todo lo cual constituye factores de riesgo para el embarazo adolescente y sus consecuencias. Asimismo, existe una enorme diferencia entre los mensajes sexuales que reciben los jóvenes por parte de los padres y educadores en comparación a los que reciben de los medios de comunicación masiva (Monroy, Velasco y Morales, 1988). Esta situación al parecer se mantiene en la actualidad a pesar de tratarse de una realidad ya conocida desde hace un buen número de años.

En este proceso de crecimiento y desarrollo ocurren un conjunto de cambios de manera simultánea, en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, siendo uno de sus primeros eventos el logro de la capacidad reproductiva. Independientemente de la duración y las características de la adolescencia en una cultura determinada, tanto la maternidad como la paternidad son actividades propias de la edad adulta. En ese sentido, el embarazo adolescente es un problema que, por su complejidad, está asociado a múltiples factores que difieren según la cultura, el grupo humano al que se pertenece y a las características individuales de los adolescentes (Coll, 2001)

- a. Inicio precoz de relaciones sexuales:** Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- b. Familia disfuncional:** Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
- c. Bajo nivel educativo:** Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
- d. Pensamientos mágicos:** Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

- e. **Fantasías de esterilidad:** Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- f. **Falta o distorsión de la información:** Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

G. Consecuencias del embarazo en adolescente

a. Consecuencias Biológicas

Para la madre: La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años. Con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro.

Tabla 1

Comparación de complicaciones somáticas en el embarazo del adolescente y del adulto

	Embarazos adolescentes	Embarazos adultos
Anemia	49.36%	43.67%
Infección Tracto Urinario	13.29 - 23.2%	6.96%
Retardo Crecimiento Intrauterino	12.02%	5.69%
Parto prematuro	8.3 - 8.86%	2.8 - 4.43%
Recién Nacido de bajo peso	6.32 – 6.9%	3.16 -10.1%
Complicaciones en el parto (hemorragia, desgarros cervicales)	10.75 - 15.7%	5.69 - 5.7%
Parto Instrumental	4.9 – 8.22%	2.1 - 10.12%

Las verdaderas diferencias entre ambos grupos se producen principalmente por la edad de las adolescentes embarazadas, siendo el grupo de mayor riesgo el de las pacientes con edades menores de 16 años, donde se producirían con mayor frecuencia las variables analizadas. Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente.

Para el hijo: El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una

mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.

b. Consecuencias Psicológicas

Involucra en comportamientos poco adaptativos y emociones inapropiadas, que afectarán su desarrollo y la relación con su producto. A raíz del embarazo, aparece la sensación de falta de control sobre la vida, ya que la adolescente no sabe qué efectos emocionales tendrá si decide abortar, o seguir el curso de su embarazo. Por lo que pueden presentarse sentimientos de culpa, miedo, enojo y vergüenza, prueba de realidad disminuida, incapacidad para tomar decisiones, ansiedad, regresión, negación de la realidad y dificultades para planear de manera realista el futuro.

Las adolescentes al convertirse en madres, deben asumir una multiplicidad de roles para los cuales no siempre están preparadas. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro. Algunos autores llegan a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un "síndrome del fracaso", ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente.

- La adolescencia es un proceso de identidad, que lleva a dar un paso muy importante, la auto aceptación como mujer, los cambios del cuerpo y funciones nuevas, por una figura prematura de mujer embarazada.

- También conlleva a problemas de autoestima y frustraciones personales y sociales.
- Deserción escolar, abandono o cambio de un proyecto de vida profesional.
- Los conflictos matrimoniales de sus padres como: separaciones o divorcios afectan a la adolescente en su cambio de actitud siendo más liberales.
- Cambio en el ritmo de vida de la adolescente; deja de ir a las fiestas, salir con sus amigos(as), tiempo límite para distraerse, etc.
- Son emocionalmente inmaduras y no tienen la paciencia, ni tolerancia en el cuidado del niño/a. Puede haber rechazo del bebé o aceptación aparente sin asumir la responsabilidad completa.
- Siente angustia, temor, culpabilidad y rechazo por su embarazo sea por la reacción de los familiares o pareja provocando un escaso control prenatal.
- El conocer que está embarazada sin quererlo, genera miedo, estrés y ansiedad por múltiples dudas sobre el futuro que le depare.
- “Síndrome del fracaso” hace que se sienta frustrada en sus expectativas futuras.
- Fracaso en el logro completo de sus funciones como adolescente que le impide a adquirir la independencia de su propia identidad y desarrollo de sus valores.
- Mayor riesgo de separación, divorcio y abandono por parte de su compañero.

- Rechazo social si el embarazo es fuera del matrimonio y críticas si es aun estando casada.
- Las adolescentes jóvenes experimentan sentimientos de soledad, de poca confianza en sí mismas y se sienten incapaces de luchar sola con niño/a.
- Las adolescentes embarazadas y sus parejas tienden a abandonar sus estudios o el ámbito laboral, lo que incrementa sus problemas económicos especialmente de las madres pobres que residen en áreas marginales, conduciendo a una baja autoestima.
- En el ámbito personal, la primera consecuencia que afronta la adolescente embarazada es el de cómo reaccionaran sus padres ante la noticia, por lo que trata de ocultarlo lo que a su vez le produce diferentes sentimientos, incluso en algunos casos ideas abortivas y decide auto eliminarse, conocido como: “Síndrome de Fracaso”.
- Mayor riesgo de maltrato, abandono físico y emocional.

c. Consecuencias Sociales

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar, la baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reintegrarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional. El 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar global en Chile, a

nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón del embarazo, es de sólo 9,9%. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes.

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económica, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.

La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante.

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

d. Consecuencias Económicas

Un embarazo a temprana edad es un periodo difícil para las adolescentes debido a que no tienen las posibilidades económicas para el sustento del niño a si mismo le será difícil lograr empleos permanentes si no tiene un nivel de educación.

Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz.

En el caso de que la madre decida quedarse con el hijo, las responsabilidades parentales, su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que no encuentre un trabajo. Como consecuencia de ello, muchas de estas jóvenes viven en hogares con reducidos, ingresos, incluso por debajo del nivel de la pobreza. En algunos casos, la situación económica es tan precaria que pasan a depender de la asistencia social.

H. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia

El embarazo durante la adolescencia representa un problema de salud pública, con significativas consecuencias físicas, psicológicas, sociales, económicas y culturales para las madres y sus hijos recién nacidos. “En este sentido, la maternidad precoz reduce drásticamente las posibilidades de recibir una educación adecuada y la oportunidad de desarrollar sus habilidades en su futuro económico. Las jóvenes afrontan un cambio radical en sus vidas, se inician en la maternidad con obligaciones inesperadas, sin disponer del tiempo necesario para su maduración como adultas y como seres humanos. De esta forma, el embarazo adolescente influye de manera negativa en su evolución personal generando consecuencias insospechadas. En un intento por comprender el impacto psicosocial del embarazo en las adolescentes se presentan en este ensayo algunas estadísticas y reflexiones sobre el fenómeno a nivel mundial con la intención de aportar una información adicional ayudando a la comprensión del mismo desde un enfoque diferente”. (Velez y Figueredo, 2012).

Aunque en muchas culturas aún persiste la idea de que la mujer debe iniciar tempranamente su vida reproductiva, son diversos los argumentos que la contradicen. Los embarazos fuera del matrimonio. En cambio, algunas adolescentes pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos.

En este sentido, Issler (2001) afirma que el embarazo adolescente es un fenómeno causado por factores de orden psicosocial el cual ocurre en todos los estratos sociales y posee variables determinantes con diversas características. Beltrán (2006), comenta en su trabajo “Embarazo en adolescentes” que uno de

cada diez partos corresponde a una madre adolescente, y la tasa de fecundidad se encuentran entre 0,5 y 200 nacimientos vivos por cada 1.000 adolescentes. A ello la UNFPA en el año 2018 agrega que las tasas más altas se localizan en África y América Latina. Los partos en las jóvenes representan un 17% (aproximadamente, a nivel mundial 14 millones de partos anuales). Por otra parte aproximadamente 4,4 millones de adolescentes se someten a un aborto, de los cuales el 40% se realiza en malas condiciones de higiene y salubridad, causando con ello el terrible aumento de la mortalidad materna.

Un dato muy interesante se encuentra en una entrevista que Rayo (2013) realizada a Cedeño, vocero del Programa Supérate y Progresa desarrollada en Caracas, por la Alcaldía de Sucre- Venezuela, donde refiere que el embarazo en las adolescentes se debe a la presión de grupo por la pérdida de la virginidad. Cuando los amigos y personas cercanas al adolescente saben que aún son vírgenes a los 17, años, muchas veces las someten a burlas y a la mofa grupal por no haber tenido aún relaciones sexuales aún. Caso similar sucede con los adolescentes varones que muchas veces se sienten apoyados o admirados por su grupo si han iniciado las relaciones sexuales muy temprano siendo sinónimo de “hombría”, “masculinidad”, en caso contrario un hijito de mamá, alguien no digno del grupo. Esta referencia mencionada si bien está hecha directamente respecto a la realidad de otro país, no escapa de la nuestra ya que se ha observado en los adolescentes en nuestro país, quienes por influencia de los medios de televisión y de las redes sociales es que consideran esto como parte de la época que ellos viven, considerando a esta como una más libre en comparación a la vivida por sus padres.

Por otro lado, en relación a la publicidad, el sexo ha sido utilizado para vender cualquier tipo de productos: desde el último modelo de auto deportivo hasta un simple llavero. Los programas de televisión nacional, las películas, series tanto peruanas y extranjeras; y el libre acceso a internet desde casa, permiten que las adolescentes vean escenas sexuales y momentos de plena intimidad entre personas; algo que las lleva a comparar sus vidas con el mundo ficticio que observan pasivamente. No es de extrañar entonces que se sientan atraídas a ejercer su sexualidad sin tomar muy en cuenta las consecuencias de sus actos, como bien podría ser un embarazo no deseado.

La familia es el más importante grupo de pertenecía y podríamos definirla como un grupo primario organismo mediador entre el individuo y la sociedad, en la medida que actúa como conducto de transmisión por medio del cual la cultura se mantiene viva, base para la formación de la personalidad ya que en ella se producen los primeros intercambios y experiencias a través de las cuales constituyen formas particulares de ver el mundo y de verse a sí mismo como personas. En lo psicológico, la familia tiene que satisfacer fundamentalmente ciertas necesidades básicas. Dentro de esta podemos señalar las de afiliación, estimulación, afecto, identificación, seguridad, adquisición, así como habilidades básicas de interacción social. Es la encargada de proveer alimentos y medios económicos, de preparar al individuo para la vida futura, de permitirle desplegar una determinada identidad, el tiempo que debe moldear los roles sociales y apoyarlos en tapas de transición a fin de facilitar el cambio y el desarrollo. Logrando aprender formas de relacionarse y expresarse emocionalmente, las que se pueden vincular con la mantención de la autoestima. Por lo que los padres juegan un papel importante en la comunicación con los hijos sobre todo en la

etapa de la adolescencia. Se debe educar primero, pero siempre tratando de ganar confianza y que no se convierta en un problema, algo que es frecuente en la actualidad. Las relaciones sexuales aparecen más tempranamente, debiendo hablarse con los adolescentes sobre todo lo que concierne a estas, la importancia de protegerse no solo para evitar un embarazo, que finalmente puede terminar en un aborto; sino también para evitar las enfermedades de transmisión sexual que hoy día van en aumento.

3. PERCEPCIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES

A. Definición de Percepción y Percepción de Riesgo

A lo largo de su vida cualquier persona modifica su conducta a partir de sus vivencias personales en la llamada “escuela de la vida”, por tanto, todos aprendemos querámoslo o no. Al conjunto de influencias que la sociedad ejerce sobre el individuo se llama educación. Por otro lado, en la vida cotidiana las personas suelen evaluar las opciones que se les presente, lo cual implica recabar información pertinente respecto de algún evento con el fin de procesarla y tomar decisiones; por ejemplo, cuando evaluamos la distancia a la que está un automóvil y la velocidad a la que se desplaza para decidir si cruzamos o no la calle. A la par se realiza un proceso cognoscitivo a través del cual las personas son capaces de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los impulsos que reciben; trata de entender y organización los estímulos generados por el ambiente y darles un sentido lo cual está definido como percepción.

Percepción deriva del término latino percepción y describe tanto a la acción como a la consecuencia de percibir (tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o

comprender y conocer algo).

El proceso que realiza el cerebro al percibir, puede estar dividido en tres fases: el proceso sensorial, que es la recepción de los estímulos a través de los cinco sentidos; el proceso afectivo, que es la relación que hace el cerebro de acuerdo a las experiencias vividas, al ser, a la vitalidad; por último, el proceso simbólico, que es la categorización que se realiza al colocar ese estímulo, para reconocerlo y adjudicarle un significado valorativo. Este análisis lo realiza Pérez (1986) relacionando al proceso sensorial como el conjunto de factores biológicos, al proceso afectivo de acuerdo con el psicológico, y al proceso simbólico con el cultural o de la experiencia.

En la mayoría de las reflexiones filosóficas sobre la percepción lo que se busca es conocer si lo percibido es real o es una ilusión, de modo que la percepción es concebida como la formulación de juicios sobre la realidad; tales juicios han sido entendidos como calificativos universales de las cosas. En esas aproximaciones no se toma en cuenta el contexto ni se considera el punto de referencia desde el cual se elabora el juicio; así, se reflexiona sobre las cualidades de los objetos sin tomar en consideración las circunstancias en las que tales cualidades se circunscriben.

Según el diccionario de la lengua española (2005), la percepción es la “sensación interior que resulta de una impresión material, captación realizada a través de los sentidos. Conocimiento, aprehensión de conceptos e ideas”.

Por otro lado, Neisser (1967) define a este proceso cognoscitivo como “un proceso activo- constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o

rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. Se apoya en la existencia del aprendizaje.

Según Pastor (2000) se trata de un proceso cognitivo que descansa en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos y que procesa de forma inmediata organizándose en un juicio o valor que condicionaría su comportamiento.

Tomaremos este último concepto debido a que la investigación está orientada a describir el conocimiento o la comprensión de una idea que tiene una persona, siendo la idea a analizar la percepción de riesgo de embarazo.

Cada persona percibe el mundo de manera diferente porque cada uno elabora una interpretación única e individual. Podemos agregar a ello que la identificación de la percepción como un proceso complejo deriva de que ésta puede estar influenciada por nuestros conocimientos, recuerdos y expectativas; de este modo lo siguiente que hará un individuo será enviar una respuesta en consecuencia. En este sentido, la percepción es entendida como un estado subjetivo.

B. Percepción del Riesgo del Embarazo Adolescente

Uno de los temas centrales de la percepción del riesgo ha sido el concepto de “probabilidad psicológica” o subjetiva, que se diferencia de otros dos tipos de probabilidad, a las que se les ha denominado como clásica y de frecuencia relativa, y que los matemáticos denominan como “probabilidad objetiva”. La probabilidad subjetiva o personal ha sido, no obstante, íntimamente identificada con la escuela de estadística Bayesiana, que enfatiza la probabilidad como el grado de confianza o grado de creencia que tiene una persona en la ocurrencia de

un suceso. Esta visión se refiere más a una actitud o comportamiento que a un concepto empírico y es más el resultado de un estado del conocimiento individual acerca del mundo que de una propiedad objetiva del mundo. Por lo tanto, la probabilidad subjetiva de cualquier suceso puede variar legítimamente a través de los individuos como una función de su propio conocimiento de dicho suceso (Pidgeon, 1992).

Para entender mejor el concepto de percepción de riesgo comenzaremos por definir qué es riesgo para luego pasar luego pasar a la definición de percepción de riesgo. El riesgo lo podemos entender desde dos planos diferentes, el real y el subjetivo, y podemos valorarlo desde una vertiente individual o colectiva. Desde una visión real y colectiva por ejemplo si estamos frente a un acontecimiento natural que puede ser susceptible de provocar un cataclismo en una población determinada, que sería diferente pero asimilable a una epidemia o pandemia también como riesgo real y colectivo frente a un virus. Por otra, parte en el plano del riesgo real-individual, una persona puede ser más vulnerable a determinadas enfermedades que otra, lo que la predispone a un riesgo objetivo mayor. Si a esta predisposición le añadimos un comportamiento arriesgado, la probabilidad de que las consecuencias sean más adversas aumenta significativamente.

Si analizamos el riesgo desde un plano subjetivo, la valoración del riesgo de forma individual, se verá significativamente diversificada, ya que el concepto se sustenta en las creencias o percepciones de las personas, teniendo por ello una gran variabilidad. En cuanto a la perspectiva de riesgo subjetivo-colectivo contará con la percepción o creencia que asuma unitariamente todo el colectivo.

La percepción de riesgo estaría ubicada también en el plano subjetivo.

Algunos de los factores que intervienen son:

- De Historia personal (experiencias).
- Cantidad y calidad de la Información.
- Creencias y actitudes.
- Estereotipos.
- Motivación.

Todos estos factores estarán expuestos a los procesos de atribución individuales, haciendo que el sujeto asuma o no el riesgo, en función de las características expositivas de cada situación. Por ello, los posibles perfiles de riesgo subjetivo serán tantos como sujetos a evaluar. Podemos plantear, por ejemplo, un supuesto en el que dos adolescentes luego de una fiesta en la que han consumido alcohol en demasiado caso que anteriormente no había sucedido puesto que se retiraban temprano luego de este tipo de reuniones, planean tener relaciones sexuales por lo que deciden ir a la casa del chico que está vacía debido al viaje de negocios realizado por sus padres, algo que suelen hacer cuando tienen la oportunidad de tener la casa vacía; como han disfrutado de esta actividad anteriormente sin tener consecuencias como la de un embarazo a pesar de no haber utilizado métodos anticonceptivos efectivos ya que el jovencito la convence a su enamorada de que él es lo suficientemente rápido para practicar el “coito interrumpido” ellos consideran que esta vez también resultaría igual. Sus creencias y actitudes son positivas hacia las relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos y se sienten muy motivados en esta ocasión concreta porque es similar a otras anteriores que fueron realmente exitosas para ambos creen que esta vez resultaría igual y la pasarían bien. Sin embargo, hay algo que

no han tomado en cuenta y el tema de consumo de alcohol ya que este es un factor de riesgo adicional que vuelve más riesgosa esta actividad.

Según Concha, Bilbao, Gallardo, Páez y Fresno (2012) la forma de pensar, lo que estamos llamando proceso cognitivo individual, está sesgada en referencia a la información externa, dicho de otra forma, a diferencia de lo que nos dice la creencia popular, las personas no suelen ser capaces de ejercer control racional acerca de la información que reciben a la hora de tomar una decisión personal. En el paso decisivo del proceso que es la valoración, interviene el concepto optimismo ilusorio. En varios estudios se demuestra que el optimismo ilusorio hace que se perciba el riesgo hacia la salud de una forma muy amortiguada aumentando la confianza de los sujetos a asumir riesgos por sentirse poco o nada vulnerables, tanto en situaciones supuestas como probables

La percepción de riesgo que entendemos y explicamos será vista desde la vertiente subjetiva, unido a conceptos como creencias y actitud.

Según el análisis de lo anteriormente mencionado líneas arriba es que podríamos definir la percepción de riesgo tomando en cuenta aquellos elementos que intervendrían en su configuración final, por lo que tendríamos las siguientes características Según García del Castillo (2012):

- Es un proceso cognitivo individual.
- Se desarrolla en el plano subjetivo.
- En su configuración intervienen otros procesos básicos: creencias, actitudes, motivación, etc.
- Una vez procesado, se convierte en una evidencia para el sujeto

Por lo la percepción de riesgo se considera un constructo multidimensional, la cual se presenta como un factor imprescindible a la hora de

concretar la compleja gama de conductas que puedan surgir ante enfermedades o situaciones peligrosas en los diferentes contextos en los que está inmerso un individuo. Está relacionada con la interacción de diversos factores que de alguna manera influye, condicionan o limitan la forma de valorar los efectos que estos podrían ocasionar.

C. Percepción de riesgo desde el modelo de creencias de salud

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum (1992), en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad Kirscht (1974), el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios o el uso de tabaco. El modelo se fundamenta en la explicación y predicción de los comportamientos saludables que se generan en función de una serie de creencias que las personas elaboran a partir de acontecimientos relacionados con la salud.

Medina y León, (2004) mencionan en “Psicología de la salud y de la calidad de vida” que esta se centra en la decisión bajo incertidumbre, persiguiendo la evitación o decremento de las conductas de riesgo de salud, intentando aumentar al máximo los comportamientos de protección. Para ello tendrán que interactuar diferentes elementos que conseguirán que una persona persiga un comportamiento saludable o uno de riesgo, según la cantidad de

motivación por mantenerse sano y cómo perciba algunas creencias:

- La susceptibilidad o vulnerabilidad con que el sujeto percibe la probabilidad de enfermar. Estudios con adolescentes han concluido que ciertos individuos que realizan comportamientos favorecedores de la transmisión -como coito sin protección- no se perciben como en mayor riesgo de contraer Sida. Ostrow (1989) Otros estudios han descubierto que individuos que piensan que han estado expuestos al VIH pero que sus «especiales características personales» han evitado su contagio o eliminado el virus de su organismo, tienen más tendencia a continuar practicando conductas de riesgo que aquellos que creen que no han estado expuestos al virus o que podrían ya estar infectados con el VIH.

La percepción de riesgo al que uno se expone o ha estado expuesto puede suponer otro factor condicionante del comportamiento. Dicha percepción puede estar relacionada, por ejemplo, con la idea que uno tiene de su pareja y de lo que significa fidelidad o monogamia; de la edad; de la tendencia sexual; de la autoimagen; de factores culturales, educativos e intelectuales; etc. Elementos todos ellos que pueden ser identificados y adecuadamente abordados en intervenciones educativo/informativo bien planificadas.

- La gravedad percibida de las posibles consecuencias en caso de enfermar, es decir, si el proceso de enfermedad será lo suficientemente importante como para repercutir en su vida. Ciertos estudios por ejemplo han demostrado que la creencia de que la tecnología moderna va a ser capaz de encontrar pronto una cura para el VIH/Sida, tiene una correlación directa con la práctica de comportamientos de riesgo? Algo que puede, o podrá, curarse no supone un grave riesgo y, por tanto, no merece una gran consideración preventiva («si

esto no es grave, no hago nada para evitarlo») Ostrow (1989). En otras palabras, la percepción de la gravedad del proceso tiene relación con el subsecuente comportamiento.

- Los beneficios y costes percibidos en función de que pueda reducir los riesgos de salud adoptando conductas saludables y que las barreras psicológicas, físicas, sociales, etc., sean minimizadas. El individuo debe ser capaz de conseguir ciertos cambios o modificaciones de conducta, y que dicha iniciativa le producirá beneficios mayores que los posibles inconvenientes o perjuicios derivados del esfuerzo a realizar para alcanzarlos. Dado que en ciertos grupos de nuestra sociedad actual el beneficio de no seguir un comportamiento de riesgo pudiera ser visto como anormal e incluso producir críticas que lleven a la discriminación o marginación, la percepción de un positivo coste-beneficio puede resultar difícil en determinadas circunstancias. Esto puede resultar especialmente cierto en jóvenes adolescentes, donde el temor a la presión del grupo puede ser un importante condicionante de ciertos comportamientos. El temor a las críticas por no aprovechar la oportunidad de, por ejemplo, un contacto sexual, puede parecer un mayor coste que el supuesto beneficio de la abstinencia

Podríamos analizar una gran cantidad de comportamientos que se dan en el estilo de vida de los adolescentes, que serían susceptibles de entrañar riesgo de salud en función de la intensidad y la frecuencia, independientemente de la percepción que tengan de los mismos, percepción de riesgo vaya aumentando significativamente con la edad. Aunque no siempre es tan lineal la progresión, dado que pueden intervenir otras variables que alteren el proceso normal, siendo las personas más arriesgadas pensando que el azar jugará a su favor, o

manteniendo la falsa creencia de superioridad en referencia a un acontecimiento determinado, que se afrontará con la certeza de que no se corre riesgo alguno, minimizando las posibles consecuencias adversas, una persona puede ser más vulnerable a determinadas enfermedades que otra, lo que la predispone a un riesgo objetivo mayor. Si a esta predisposición le añadimos un comportamiento arriesgado, la probabilidad de que las consecuencias sean más adversas aumenta significativamente.

Todos estos factores estarán expuestos a los procesos de atribución individuales, haciendo que el sujeto asuma o no el riesgo, en función de las características expositivas de cada situación.

D. Proyecto de Vida en las Adolescentes

Durante la etapa de la adolescencia, los individuos empiezan a condensar sus motivaciones en acciones concretas que los conducen hacia un acercamiento, o en su defecto los aleja de su ideal de vida; esto quiere decir, según D'Angelo (1999), que las “orientaciones vitales específicas de la persona se localizan en su entorno social propio y se constituyen con base en el conjunto de estructuras individualizadas de autodirección personal que conforman funciones autorreguladoras motivacionales, autorreflexivas, autovalorativas y de autodeterminación, entre otras”, además, los adolescentes se encuentran en una etapa donde reina la incertidumbre por la dificultad de hallar los medios y herramientas para consolidar su futuro profesional.

El desconocimiento teórico y práctico en el abordaje de los proyectos de vida se refleja, en ocasiones, dentro de las actividades desarrolladas para trabajar el proyecto de vida en estudiantes, los cuales carecen de criterios conceptuales y

metodológicos. En algunos casos, tales abordajes son iniciativa de los docentes, mas no constituyen un área que se trabaje con profundidad dentro de las instituciones, Espinosa, Torres, Zapata Ortega & Restrepo (2007); en reiteradas ocasiones sucede que en una institución educativa no se respeta el horario dedicado a trabajar el proyecto de vida; se da mayor importancia a las materias regulares que al fortalecimiento de la creatividad y reflexión encaminadas a la estructuración de un proyecto de vida profesional, lo cual disminuye el interés en los estudiantes frente a la importancia de la construcción de este proyecto. Esto genera adolescentes poco reflexivos, escasos de creatividad y con limitada iniciativa para transformar la sociedad (D' Angelo, 2008).

Cuando un joven concibe un proyecto para encaminar su vida, ese ejercicio ya es una contribución importante para su desarrollo integral, en la medida en la cual lo obliga a incrementar la conciencia que tiene de sí mismo y a darle dirección y orden a su existencia.

Se trata de una tarea que le exige:

- Honestidad para autoconocerse.
- Observación atenta para conocer el mundo en el cual vive.
- Incremento de su sentido crítico para evaluar las posibilidades reales para lograr sus propósitos y la realización de sus sueños.
- Ejercicio en la toma de decisiones para establecer las metas que quiere lograr y ajustarlas o modificarlas cada vez que sea necesario.
- Desarrollo de su creatividad para diseñar las acciones que necesita para alcanzar las metas.
- Análisis y evaluación de las distintas alternativas, sus ventajas y desventajas, a corto, mediano y largo plazo.

- Conciencia de sus propios valores, creencias y necesidades.

Todas estas exigencias contribuyen, entre otras cosas, a la sólida estructuración de su personalidad y de una clara identidad; a su realización personal; al fortalecimiento de los valores que ya posee y al surgimiento de otros nuevos. Le permite fortalecer su autoestima en cuanto le da la oportunidad de sentirse competente, se constituye en factor de protección en relación con problemas como las adicciones, la delincuencia y otras formas de desadaptación social, todo lo cual permite darle sentido, valor y rumbo a la propia existencia.

a. Proyecto de vida y Embarazo adolescente

El embarazo en los y las jóvenes es percibido por ellos mismos/as o por sus progenitores como una alteración de los planes de vida y un reordenamiento de las priorizaciones y actividades cotidianas de los y las jóvenes. A razón de los cambios que han atravesado los y las jóvenes como consecuencia del embarazo y la paternidad y maternidad, pueden llegar a significar su sentido de vida a partir de las condiciones que se establecen dentro del síndrome de fracaso, pues varias de sus actividades, así como sus proyecciones se ven afectadas, aplazadas o anuladas.

Dentro de la literatura se menciona que uno de los motivos principales del embarazo a temprana edad es la falta de un proyecto de vida es que encontramos entre la población adolescente por lo que determinaron conformar una familia a temprana edad y no prevenir el embarazo. En términos generales el embarazo en la adolescencia obstaculiza el proyecto de vida e impacta negativamente los determinantes sociales de la salud

especialmente en el caso de (la) adolescente, en su incidencia en factores como: prácticas justa en materia de empleo y trabajo digno, protección social a lo largo de la vida, atención universal en salud, la lucha contra la distribución desigual de poder, el dinero y los recursos, así el adolescente se convierte en población vulnerable por sus bajos niveles de formación y la falta de competencia para insertarse en un mercado laboral cada vez más competitivo, (OMS, 2008)

E. Factores de Riesgo que Influyen en Embarazo Adolescente

El riesgo de embarazo en la adolescencia se incrementa en países en vías de desarrollo, según la Organización Mundial de la Salud, la maternidad precoz pone en riesgo la salud y sobrevivencia de las adolescentes y sus hijos/as, debido a la inmadurez biológica de las adolescentes. Existe un mayor riesgo de mortalidad neonatal, parto prematuro y bajo peso al nacer en los hijos/as de adolescentes, las adolescentes están menos preparadas/os emocional y económico para ser madres y padres, la maternidad y la paternidad temprana, incrementan el riesgo de abandono de la escuela y por ende las y los adolescentes tendrán menores posibilidades de alcanzar un empleo e ingresos dignos, siendo estas razones expuestas que se incrementan las condiciones de vulnerabilidad, exclusión de esta población y se reproduce la pobreza.

Los factores son elementos reales, que existen en nuestro mundo y que por su naturaleza son importantes; los factores de riesgo, son todos aquellos factores que pueden llegar a afectar al individuo, dando origen a que suceda un problema, ya sea, por desconocimiento o en relación a una situación. Los factores que originan el problema de embarazos en las adolescentes son diversos, a

continuación, trataremos de describirlos en su mayoría.

a. Factores predisponentes:

- Menarquía Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: Actualmente los adolescentes comienzan a vivir una vida sexualmente activa a edades tempranas y sin utilizar algún método anticonceptivo, circunstancias que han favorecido un incremento de embarazos a edades precoces cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- Familia Disfuncional: Dentro de cada familia llegan a surgir problemas de distinta índole como son dificultades económicas, violencia intrafamiliar, adicciones, desintegración familiar, entre otros, siendo característico de las familias disfuncionales. La necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres - hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
- Alcoholismo y drogadicción: En la actualidad los adolescentes comienzan a consumir bebidas alcohólicas a edades cada vez más temprana, sin pensar en los problemas de salud y sociales que esto origine a la población adolescente en especial, este suceso puede darse por situaciones familiares y sociales. Cuando un adolescente presencio una situación de adicción en su hogar por cualquier miembro puede llegar a ser un punto de referencia para que este llegue a consumirlas o simplemente por curiosidad. Llegan a ser acordes a su edad, como son: la falta de afecto, familia.

- Factores sociales Aislamiento, depresión, gestos suicidas, conductas delictivas y/o agresivas, nomadismo. Independencia Lucha por identidad, humor cambiante, dificultad para el lenguaje y expresión, quejas de interferencias con independencia.
- Otros: Empleo de recursos para evitar la realidad: ritos, comunas, pseudoreligiones, etc.

b. Factores determinantes

- Relaciones sin Anticoncepción: “Es necesario conocer la importancia de la educación sexual en la vida de los adolescentes”, así lo define Johana Alegret” en la adolescencia la educación sexual informal es el medio principal de aprendizaje sobre la sexualidad. La mayor parte de la información que reciben o jóvenes acerca de los cambios corporales que están viviendo, así como de la respuesta sexual de las relaciones interpersonales y sexuales proviene de sus compañeros o de su grupo de amigos. Uno de los métodos anticonceptivos que utilizan los adolescentes son los métodos naturales como el del ritmo, moco cervical y el “método del retiro” que consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se presenta la eyaculación. Siendo estos métodos poco seguros pues requiere de un ritmo menstrual regular, una gran concentración y medidas exactas, lo que significaría que están teniendo relaciones sexuales sin protección segura ósea sin anticoncepción.
- Abuso Sexual: El embarazo producto de la violación se da más frecuentemente en el entorno familiar, donde es de manera repetitiva y frecuente. El embarazo producto de la violación callejera es poco frecuente. Una mujer fértil tiene entre el 2 y el 4% de posibilidades de embarazarse producto de una sola relación.

F. Prevención del Embarazo en Adolescentes

Los/las adolescentes necesitan programas que den cuenta de la necesidad que tienen de ser escuchados, de contar con servicios de salud que protejan su intimidad e identidad, que estén dispuestos a abordar cualquier tema, que ganen su confianza, vayan a donde ellos van y hablen su mismo lenguaje. Programas en los cuales se eliminen los obstáculos burocráticos, la ineficiencia y la falta de atención empática y anónima. Si bien la experiencia es hasta ahora limitada, los programas han dado mejor resultado cuando se trabaja con los adultos responsables de su formación, cuando se involucra a los jóvenes en el diseño de los modelos fomentando la comunicación interpersonal, cuando se articula la educación a la prestación de servicios, cuando se presentan modelos de conducta que hacen más atractivo el comportamiento sin riesgos y sobre todo cuando se invierte el tiempo suficiente y se cuenta con la actitud y la disposición para atenderlos.

El abordaje del embarazo en la adolescencia, implica un enfoque holístico, dentro de los múltiples propósitos de los programas de este tipo están el hacer accesible los servicios, ayudar a incrementar conocimientos, generar actitudes para una sexualidad sana, postergar el inicio de la actividad sexual, promover prácticas sexuales protegidas, contribuir a una cultura que favorezca la sexualidad libre y sin riesgos, entre otros. Procurando que los programas aboguen por nuevas normas sociales que promuevan la equidad y protejan la salud de los/las jóvenes.

G. Prevención del Embarazo en Adolescentes del Perú

El Perú asumió el compromiso de prevenir el embarazo en adolescentes a partir del año 2012, por medio del plan Nacional de acción por la Infancia y la

Adolescencia 2012- 2021

Los hospitales y centros de salud MINSA cuentan con servicios de atención a adolescentes, donde no solo se les ofrece charas de educación sexual y planificación familiar, sino también se les hace entrega gratuita de anticonceptivos orales y preservativos. “Un adolescente puede ir a un centro de salud a recibir esta charla de orientación. Recuerden que estamos en el siglo XXI y existen muchos métodos anticonceptivos, y no solo a través de medicamentos” menciona Zulema Tomás Gonzales. “Antes se daban charlas en los colegios, en los propios centros de salud y hospitales y a los adolescentes. Tenemos que profundizar y volver a retomar estos temas. Ahora, estamos actuando desde el punto de vista preventivo y promocional en Lima y provincias” recalco la ministra de salud, en una entrevista para Andina 2019. Además, enfatizó en la importancia que tienen las charlas de orientación sexual y planificación familiar que no solo, apuntó, deben brindarse en los centros de salud, sino también en los colegios y, sobre todo, en los hogares.

A ello podemos agregar que reducir el riesgo de embarazo adolescente involucra además de servicios gratuitos, planificación familia, el realizar programas de habilidades sociales y toma de decisiones dentro de los colegios a fin de que la información recibida pueda ser manejada de manera assertiva por los adolescentes.

a. Programas de Prevención de Embarazo en el Perú

En el año 2103 se aprobó el plan multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021, es en enero del 2014 que se inició con la implementación de dicho plan que tiene como meta principal de lograr

reducir en 20 por ciento la prevalencia de los embarazos adolescentes en el país para el 2021, dentro de dicho plan como objetivos específicos están el promover que los jóvenes posterguen el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia, incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria, asegurar la inclusión de la educación sexual integral en el marco curricular nacional para que las regiones cuenten con condiciones y recursos educativos para implementarlo, incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activos (as) y en las madres adolescentes, así como disminuir los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes, poniéndose énfasis en la violencia sexual; siendo responsables de dicho proyecto el Ministerio de Salud, Ministerio de educación, Presidencia del Consejo de Ministros, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Comercio Exterior y Turismo, Ministerio de Justicia, Ministerio de Relaciones Exteriores e Instituto Nacional de Estadística e Informática. Asimismo, considera la participación de invitados: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF, El Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza - MCLCP y Defensoría del Pueblo.

Como parte del plan mencionado se han venido desarrollando Campañas por parte del Minsa el cual se enfoca en realizar talleres, charlas sobre la salud sexual reproductiva, prevención del embarazo adolescente, incluyendo consejería, tamizajes, entre otros servicios; en el año 2018 impulsa una campaña “Tú decides, todo a su tiempo” para prevenir embarazo

adolescente la cual resalta por el hecho de involucrar a personal del salud mental, con el fin de brindar información pertinente y oportuna a mujeres y varones de 12 a 17, para el desarrollo de sus habilidades sociales, fortalecer su autoestima y mejorar la toma de sus decisiones para construir un plan de vida, en el marco de esta se realizan ferias y activaciones en instituciones educativas dirigidas a los adolescentes de 12 a 17 años en zonas priorizadas de Lima y regiones para promover la importancia de la comunicación y el manejo correcto de la información relacionados a la prevención del embarazo adolescente. Durante el presente año se viene realizando una Campaña de prevención del embarazo adolescente; “Protege tus momentos, un embarazo lo cambia todo”. Colocando en sus afiches un número de atención para llamadas gratuitas donde podrán recibir orientación y consejería, dicha campaña tiene como objetivo que los adolescentes disfruten su adolescencia saludablemente, informados y planificando su proyecto de vida.

A la par de lo antes mencionado la comisión multisectorial permanente encargada del Seguimiento, Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2021 viene realizando constantes capacitaciones al personal de salud, incluyendo dentro de ellos: a obstetras, nutricionistas, psiquiatras, psicólogos, médicos a fin de alcanzar el logro de los objetivos propuestos.

No obstante, los resultados del INEI evidencian no solo que no hay avances, sino que el embarazo en adolescentes de entre 15 y 18 años de edad aumentó en el año 2017. Al respecto, es necesario reflexionar sobre lo que se está haciendo desde el Estado, lo que está funcionando y lo que no y emprender mejoras.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

1. TIPO Y DISEÑO

A. Tipo de investigación

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, es decir, se describe tendencias y patrones, evalúa variaciones, identifica diferencias, mide resultados y prueba teorías. Asimismo, el tipo de investigación es descriptiva porque busco especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, que únicamente pretendió medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, por lo tanto, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

B. Diseño de investigación

El diseño de investigación es no experimental, descriptivo y transversal.

Es no experimental, dado que se evalúo a los sujetos en condiciones normales, sin manipulación de las variables. Es descriptivo porque se describe e identifica la percepción del riesgo del embarazo adolescente, y es trasversal, debido a que se evalúa y recolecta los datos en un solo momento y en un tiempo único (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

2. POBLACIÓN Y MUESTRA / SUJETOS

A. Población

Para la presente investigación la población estuvo constituida por estudiantes de instituciones educativas públicas del nivel secundario pertenecientes a la zona urbana del distrito de La Joya, siendo el total de estudiantes de dichos colegios 1523 según el padrón de I. E. proporcionados por las Dirección Regional de Educación/ Gerencia regional de educación y la Unidad de gestión Educativa DRE/GRE y UGEL (2018).

B. Muestra

Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico de tipo intencional por lo que la muestra de la presente investigación está constituida por estudiantes del sexo femenino, pertenecientes al 4to y 5to grado de secundaria de 3 Instituciones Educativas públicas: El Cruce, El Triunfo II y Carlos W. Sutton dichas instituciones pertenecen a la Zona Urbana del distrito de La Joya – Arequipa, siendo un total 238 estudiantes, caracterizado de la siguiente manera:

Tabla 2*Muestra por colegio de los participantes*

	Cantidad	Porcentaje
Triunfo	22	9.2
Cruce	88	37.0
Sutton	128	53.8
Total	238	100.0

Tabla 3*Nivel de estudios de las participantes*

	Cantidad	Edad promedio
Cuarto	124	14.1
Quinto	114	15.3
Total	238	

C. Sujetos

Las participantes de esta investigación deberán cumplir los siguientes criterios:

a. Criterios de inclusión

- Estudiantes de sexo femenino que cursen el cuarto y quinto de secundaria.
- Estudiantes que se encuentran matriculados y asistiendo a clases con regularidad.
- Estudiantes que no presenten problemas de salud mental significativos.
- Estudiantes que acepten participar en la investigación, esto mediante la firma del consentimiento informado. Se adjunta modelo de consentimiento informado utilizado. (**Ver anexo 3**).

b. Criterios de exclusión

- Estudiantes de sexo masculino que cursen el cuarto y quinto de secundaria.
- Estudiantes que no se encuentren matriculados o asistiendo de manera irregular a clases.
- Estudiantes con problemas de salud mental.
- Estudiantes que no acepten formar parte de la investigación.

3. INSTRUMENTO

- Nombre: “Guía de Cuestionario Dirigido a adolescentes sobre factores de riesgo de embarazo”.
- Autora: Karla Guardado Mancia. Licenciada en Educación para la Salud.
- Procedencia: Universidad de El Salvador.
- Adaptación del instrumento: Mediante la evaluación de juicio de expertos.
- Año: 2019
- Administración: Individual y/o colectiva.
- Objetivo: Recopilar información sobre la percepción de embarazo que tienen las adolescentes, tomando como variables específicas: conocimientos, percepción de gravedad, autoeficacia y percepción de riesgo del entorno.
- Rango de aplicación: 14 a 17 años.
- Tiempo de aplicación: Aproximadamente 30 min.
- Número total de Ítems: 28 preguntas, con 4 alternativas cada una.

Este cuestionario fue utilizado en la Investigación realizada en el año 2016 “Percepción de riesgo de embarazo en las adolescentes de tercer ciclo del centro escolar José Mathías Delgado, Municipio de Nejapa, departamento de

San Salvador, El Salvador”, perteneciente a la comunidad Latinoamericana. Es un instrumento de valoración subjetiva cuya finalidad es ofrecer una visión general sobre la percepción de riesgo de embarazo en adolescentes. Respondiendo a la demanda de varios investigadores de una prueba base, que proporcione la mayor cantidad posible de información en el tiempo más corto, acerca de aquellas variables relacionadas con la susceptibilidad, vulnerabilidad percibida frente al embarazo adolescente. (**Ver anexo 1**).

El cuestionario nos permite recolectar información sobre:

Percepción de susceptibilidad de embarazo, dimensión que incluye las siguientes categorías:

- a. Conocimientos: Incluye aquellos aspectos relacionados a las causas del embarazo en la adolescencia, conocimientos sobre los MAC, creencias sobre las relaciones sexuales durante la adolescencia, entre otros
- b. Percepción de riesgo personal: Incluye todos los aspectos relacionados a riesgos personal que conlleve a un embarazo durante la adolescencia, expectativas personales sobre el proyecto de vida, consecuencias personales y complicaciones a las cuales conlleva un embarazo precoz, entre otros.
- c. Autoeficacia: Incluye aspectos que guardan relación con el Autoconcepto, toma de decisiones, dependencia afectiva, entre otros.

Percepción de vulnerabilidad de embarazo, dimensión que incluye la siguiente categoría:

- d. Percepción de riesgo del entorno: Guarda relación directa con las relaciones familiares, apoyo que reciben en casa, así como con el uso del tiempo libre y recreación.

Agrupando estas dimensiones, nos permite describir de forma general la percepción de riesgo de embarazo que tienen las personas evaluadas respecto al embarazo adolescente.

- Aplicación:

Para la evaluación se les indicó a los estudiantes que realicen el llenado de los datos generales del cuestionario, sin necesidad de poner sus nombres, siendo esta anónima para la obtención de datos verídicos.

- Interpretación:

Para la calificación del instrumento se necesita una plantilla de corrección, donde se muestran las puntuaciones correspondientes del 1 al 4; siendo la interpretación de las puntuaciones de la siguiente manera:

Alternativa con puntuación 1, muy buena percepción.

Alternativa con puntuación 2, buena percepción.

Alternativa con puntuación 3, mala percepción.

Alternativa con puntuación 4, muy mala percepción

Por tanto, las puntuaciones 1 y 2 son tomadas como percepciones adecuadas, mientras que los puntajes 3 y 4 son tomadas como percepciones inadecuadas. Para averiguar la presencia o no de la percepción general de riesgo de embarazo, esta guarda relación directa con la mayor cantidad de respuestas obtenidas en concordancia con la puntuación por alternativa marcada en todas las preguntas, significando que entre mayor sea el porcentaje de respuestas con alternativas 1 y 2 marcadas existiría adecuada percepción de riesgo de embarazo, de lo contrario si el mayor porcentaje de respuestas fueran las alternativas 3 y 4 existiría inadecuada percepción de riesgo de embarazo.

A. Validación del instrumento

Para obtener la validez y confiabilidad del cuestionario se recurrió a los siguientes procedimientos:

La validez de contenido: Se realizó mediante un análisis de contenido por juicio de expertos a quienes se les entregó el instrumento junto a una ficha de validación, obteniéndose resultados favorables, luego de la absolución de las observaciones y las mejoras correspondientes para su aplicabilidad. Esto se puede corroborar con las fichas adjuntadas en los anexos. (**Ver anexo 2**)

Prueba Piloto: Se realizó una prueba piloto, a fin de evaluar sus propiedades métricas, aplicamos el cuestionario a una muestra de 30 participantes pertenecientes a las I.E. Alma Mater de Congata y Carlos José Echavarry Osacar, instituciones que posee similares características a la muestra objetivo, a fin de evaluar la claridad con la que están redactados los ítems, que si bien los jueces, nos han ayudado a evaluar esta característica, ellos no son la población objetivo, de manera que la aplicación de la prueba piloto debe contar con la presencia de la persona que creó el instrumento, con la finalidad de aclarar los conceptos redactados en él y que la población objetivo no entiende.

Evaluación de consistencia: Los datos obtenidos en la prueba piloto fueron utilizados para realizar un análisis exploratorio, a fin de comprobar la consistencia interna del cuestionario. Obteniendo un cociente alfa de Cronbach global de $\alpha = 0.80$, lo que demuestra la confiabilidad global de la guía cuestionario, así mismo con respecto a las dimensiones de vulnerabilidad y susceptibilidad de riesgo obtuvimos una consistencia interna global de $\alpha= 0.78$, lo que evidencia que el cuestionario tiene fiabilidad.

4. PROCEDIMIENTO

Inicialmente, se presentó el proyecto de investigación a la escuela profesional de Psicología a fin de su evaluación y posterior aprobación.

Una vez aprobado el proyecto, se continuó con la evaluación del instrumento por juicio de expertos a fin de su posterior aplicación.

El procedimiento para la aplicación de las encuestas se realizó mediante una gestión directa con las autoridades de las I.E. en cuestión. Presentándoles una solicitud donde pedimos permiso para la aplicación de los cuestionarios a las alumnas del 4to y 5to de secundaria. Se anexa permisos. **(Ver anexo 4).**

Así mismo, se procedió a obtener el consentimiento informado de los directores de las Instituciones Educativas, donde consideramos la privacidad de los datos obtenidos y el buen trato a las participantes de la investigación. Se anexa consentimiento informado. **(Ver anexo 3)**

Con la aprobación de las autoridades, se coordinó con cada docente o tutor de sección para hacer uso de ciertas horas y pasar a los salones de 4to y 5to años de secundaria en cada centro educativo para la aplicación de las encuestas.

Antes de llevar a cabo la fase de aplicación se les brindo información global acerca de la investigación y explicó la importancia de la información que nos brindaron para este proyecto, tomando en cuenta algunos datos personales como la edad y sexo, excluyéndose el nombre, para facilitar la sinceridad y veracidad de los datos mediante el anonimato, esto aseguró su participación.

Durante el llenado los cuestionarios se les dio algunas indicaciones generales, se resolvieron dudas, para asegurar el correcto llenado del cuestionario. Se desarrolló de manera individual. El tiempo promedio que duró la evaluación de los estudiantes para resolver los cuestionarios fue de 30 minutos como máximo.

La información obtenida fue manipulada sólo por los investigadores de este estudio.

Finalmente, estos datos fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS 25, luego se procedió al análisis e interpretación de los resultados y otros componentes que forman parte del informe final.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se presenta los resultados obtenidos de la aplicación de la Guía de cuestionario dirigido a adolescentes sobre factores de riesgo de embarazo a adolescentes de 4to y 5to de secundaria de colegios del distrito urbano de La Joya, para lo cual se realizará un análisis de los datos de forma descriptiva.

Se debe tener en cuenta que el programa estadístico utilizado fue el SPSS versión 25.0 y la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson.

Tabla 4***¿Tienes enamorado?***

	Frecuencia	Porcentaje
Tienen enamorado	187	78.6
No tienen enamorado	51	21.4
Total	238	100.0

En la tabla 5, se observó que 78.6% de las adolescentes tienen enamorado o tuvieron una relación no menor a 6 meses, mientras que un 21.4% refiere que no ha tenido enamorado.

CATEGORÍA: CONOCIMIENTO

Tabla 5

(P-1) ¿Qué conoces sobre los métodos anticonceptivos (MAC)?

	Frecuencia	Porcentaje
Ayuda a la prevención del embarazo	104	43.7
Protege de enfermedades de transmisión sexual	104	43.7
Desconozco sobre los MAC	26	10.9
Pienso que no funcionan los MAC	4	1.7
Total	238	100.0

Interpretación: Encontramos que un 43.7 % piensan que ayuda a la prevención del embarazo al igual que protege de enfermedades de transmisión sexual, sin embargo, un 10.9 % desconocen sobre las MAC, lo que indicaría que la mayoría de estudiantes presentan conocimientos acerca de dicho tema.

Tabla 6

(P-2) ¿Cuáles de las siguientes situaciones crees que colocan a una adolescente en riesgo de embarazo?

	Frecuencia	Porcentaje
Tener relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos	124	52.1
Desconocer sobre medidas de prevención del embarazo	87	36.6
Haber presentado la primera menstruación	18	7.6
Tener relaciones sexuales usando métodos anticonceptivos	9	3.8
Total	238	100.0

Interpretación: El 52.1 % piensa que tener relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos las colocan en riesgo y un 3.8 % tener relaciones sexuales usando métodos anticonceptivos. Lo que indican que la mayoría de estudiantes tiene conocimientos de las situaciones que las colocan en riesgo.

Tabla 7

(P-3) ¿Porque crees que se embarazan las adolescentes?

	Frecuencia	Porcentaje
Pienso que desconocen sobre los MAC	115	48.5
Pienso que sufrieron de violencia sexual	12	5.1
Pienso que están muy enamoradas	101	42.6
Pienso que es una forma de irse de su casa	9	3.8
Total	237	100.0

Interpretación: El 48.5 % de estudiantes creen que se embarazan porque desconocen sobre las MAC mientras que el 3.8 % piensan que es una forma de irse de sus casas, lo que demuestra que las estudiantes si presentan conocimientos acerca de las causas que ocasionan el embarazo a temprana edad.

Tabla 8

(P-4) ¿Cuáles son algunas complicaciones físicas del embarazo en la adolescencia?

	Frecuencia	Porcentaje
El bebé puede nacer con enfermedades o discapacidades	98	41.2
Riesgo de muerte para la madre adolescente y el bebé	106	44.5
Que el desarrollo físico de la madre adolescente se detenga	25	10.5
Riesgo de náuseas y pérdida del apetito	9	3.8
Total	238	100.0

Interpretación: El 44.5 % respondió que se presentaría el riesgo de muerte para la madre adolescente y el bebé y el 41.2 % que el bebé pueda nacer con enfermedades o discapacidades, lo que indicaría que las adolescentes presentan conocimientos acerca de las complicaciones físicas que trae un embarazo a temprana edad.

Tabla 9

(P-5) ¿Qué piensas acerca de las relaciones sexuales durante la adolescencia?

	Frecuencia	Porcentaje
Ponen a las adolescentes en un riesgo de embarazo	109	45.8
Ponen a las adolescentes en riesgo de contagiarse de ITS	76	31.9
Se practican por curiosidad o diversión	48	20.2
Obtienen mayor aprobación dentro de su grupo de pares (amigos)	5	2.1
Total	238	100.0

Interpretación: El 45.8 % respondió que las ponen en riesgo de quedar embarazadas y un 31.9% las pondrían en riesgo de contagiarse de ITS. Lo que indica que las adolescentes presentan conocimiento acerca de los riesgos que conlleva realizar esta acción.

Tabla 10

(P-6) ¿Cuáles de las siguientes experiencias han estado presentes en tu vida?

	Frecuencia	Porcentaje
He hablado con mis padres u otro familiar sobre mis dudas de las relaciones sexuales	98	41.2
He hablado con un adulto o con personal de salud sobre el tema de sexualidad	70	29.4
Algunas de mis amistades ya han tenido relaciones sexuales	63	26.5
He tenido presión por parte de mi enamorado para iniciar las relaciones sexuales	7	2.9
Total	238	100.0

Interpretación: Un 41.2 % de estudiantes respondió que han hablado con sus padres u otro familiar sobre las dudas de las relaciones sexuales y un 2.9 % y he tenido presión por parte de mi enamorado para iniciar las relaciones sexuales. Demostrando así que la mayoría de alumnas tienen experiencias en cuanto a la comunicación y expresión de sus dudas, tomando en cuenta principalmente el apoyo familiar.

Tabla 11**(P-7) ¿Qué entiendes por proyecto de vida?**

	Frecuencia	Porcentaje
Son aspiraciones y metas establecidas de lo que quieres estudiar o trabajar	118	49.6
Es un plan de lo que se desea hacer en la vida	114	47.9
Es dónde quieres estar dentro de un año	2	.8
Está vinculado de forma directa con la felicidad	4	1.6
Total	238	100.0

Interpretación: Un 49.6 % de estudiantes creen que son aspiraciones y metas establecidas de lo que quieren estudiar o trabajar y un 47.9 % cree que es un plan de lo que se desea hacer en la vida. Demostrando así que la mayoría de alumnas presentan conocimientos lo que implica tener un proyecto de vida, dando a entender que tienen planes para su futuro.

Tabla 12

(P-8) ¿Cuáles de las siguientes prácticas te sirven para prevenir el embarazo?

	Frecuencia	Porcentaje
Evitar tener relaciones sexuales	111	46.6
Usar correctamente los métodos anticonceptivos	91	38.2
Conversar con mis amigos sobre sexualidad	2	.8
Buscar información sobre sexualidad en internet o las redes sociales	34	14.3
Total	238	100.0

Interpretación: Un 46.6 % de estudiantes respondió que evitar tener relaciones sexuales previene el embarazo mientras que el 38.2 % respondió que usar correctamente los métodos anticonceptivos sirve para prevenir el embarazo, estas dos respuestas tienen relación entre si lo que indicaría que la mayoría de alumnas presentan conocimientos acerca de las prácticas que previenen un embarazo a temprana edad.

Tabla 13

(P-9) De las siguientes prácticas, ¿cuáles crees que ponen en riesgo de embarazo a una adolescente?

	Frecuencia	Porcentaje
Consumo de sustancias tóxicas (alcohol, marihuana, Cocaína, PBC, etc.)	150	63.0
Participar en pandillas	11	4.6
Asistir a fiestas divertidas con mis amigos	66	27.7
Invertir gran parte de mi tiempo en las redes sociales	11	4.6
Total	238	100.0

Interpretación: Un 63.0 % de estudiantes respondió que las pone en riesgo el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, marihuana, Cocaína, PBC, etc.) y el 27.7 % Asistir a fiestas divertidas con mis amigos. Mostrándose así con los puntajes elevados que las estudiantes presentan conocimientos de las prácticas que las ponen en riesgo.

Tabla 14

(P-10) Una adolescente que tiene relaciones sexuales puede embarazarse, ¿Cuándo?

	Frecuencia	Porcentaje
Utiliza inadecuadamente los MAC	96	40.3
Se rompe el preservativo durante el acto sexual	78	32.8
Se encuentra bajo los efectos de una sustancia adictiva	27	11.3
Tiene relaciones sexuales por primera vez	37	15.5
Total	238	100.0

Interpretación: Un 47 % de estudiantes respondió cuando utiliza inadecuadamente los MAC y un 32.8 % cuando se rompe el preservativo durante el acto sexual, ambas alternativas de respuesta se relacionan lo que demuestra que la mayoría tiene conocimiento sobre las causas de un embarazo adolescente.

CATEGORÍA: PERCEPCIÓN DEL RIESGO PERSONAL

Tabla 15

(P-11) ¿Con qué frecuencia crees que las adolescentes tienen relaciones sexuales con su enamorado?

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	34	14.3
A veces	144	60.5
Casi siempre	51	21.4
Siempre	9	3.8
Total	238	100.0

Interpretación: Un 60.5 % respondió que a veces y solo un 3.8 % que siempre, lo que nos demuestra que las estudiantes perciben que sus compañeras ya tuvieron su primera experiencia sexuales.

Tabla 16

(P-12) ¿Cuáles de las siguientes situaciones consideras que te ponen en riesgo de un embarazo?

	Frecuencia	Porcentaje
Tener relaciones sexuales sin protección	145	61.2
Desconocer medidas de prevención de un embarazo	65	27.4
Tener enamorado	16	6.8
Tener mi primera menstruación	11	4.6
Total	237	100.0

Interpretación: Un 61.2 % de estudiantes respondió que tener relaciones sexuales sin protección y un 4.6 % tener mi primera menstruación, lo que demuestra que la mayoría percibe los riesgos que conllevan tener un embarazo a temprana edad.

Tabla 17

(P-13) ¿En cuáles de las siguientes actividades estarías dispuesta a participar para prevenir un embarazo durante tu adolescencia?

	Frecuencia	Porcentaje
Hablar sobre sexualidad con mis padres	92	38.7
Pedir información sobre métodos anticonceptivos en un puesto de salud	135	56.7
Conversar con mis amigos sobre mis dudas de las relaciones sexuales	6	2.5
Hacer uso de la píldora del día siguiente	5	2.1
Total	238	100.0

Interpretación: Un 56.7 % de estudiantes respondió pedir información sobre métodos anticonceptivos en un puesto de salud mientras que solo un 2.1 % respondió hacer uso de la píldora del día siguiente, lo que demuestra que la mayoría de estudiantes estaría dispuesta a participar pidiendo información sobre los métodos de prevención del embarazo.

Tabla 18

(P-14) ¿Cómo te sentirías sí estuvieras embarazada en este momento?

	Frecuencia	Porcentaje
Preocupada	194	81.5
Desanimada	22	9.2
Sorprendida	15	6.3
Motivada	7	2.9
Total	238	100.0

Interpretación: Un 81.5 % respondió que se sentiría preocupada y solo un 2.9% motivada, lo que nos demuestra que perciben como preocupante el embarazo en la etapa escolar un embarazo.

Tabla 19

(P-15) ¿Qué consecuencias podría tener para tu salud un embarazo durante la adolescencia?

	Frecuencia	Porcentaje
Podría presentar desnutrición (anemia)	112	47.1
Podría morirme	72	30.3
Podría subir de peso	26	10.9
Podría dejar de crecer	28	11.8
Total	238	100.0

Interpretación: Un 47 % de estudiantes respondió que podría presentar desnutrición y un 30.3 % que podría morir, ambas alternativas de respuesta son consecuencias a las que podrían enfrentarse, sí, se embarazarían a esa edad, lo que demuestra que la mayoría conoce sobre las consecuencias de un embarazo para la salud de una adolescente.

Tabla 20

(P-16) ¿Cuáles de los siguientes cambios tendría tu vida si te embarazas durante la adolescencia?

	Frecuencia	Porcentaje
Cambiaría mi proyecto de vida	152	63.9
Tendría que dejar de estudiar	14	5.9
Perdería apoyo familiar	29	12.2
Cambiaría mi estilo de vida como estudiante	43	18.1
Total	238	100.0

Interpretación: A un 63.9% le afectaría en el cambio del proyecto de vida y Un 5.9 % cree que tendría que dejar de estudiar, lo que demuestra que las estudiantes consideran el embarazo durante la adolescencia algo que interrumpiría el proyecto de vida, algo que demuestra que perciben el embarazo como un tema de cuidado.

Tabla 21

(P-17) Sí, te embarazas durante la adolescencia ¿Qué consecuencias físicas tendría para tu bebé?

	Frecuencia	Porcentaje
El bebé podría nacer prematuramente	55	23.1
El bebé podría tener problemas en su desarrollo posteriormente	80	33.6
El bebé podría nacer con alguna malformación	83	34.9
El bebé podría crecer sin su padre	20	8.4
Total	238	100.0

Interpretación: Un 34.9% respondió que el bebé podría tener alguna malformación, un 33.6% que el bebé podría tener problemas en su desarrollo posterior, un 23.1% el bebé podría nacer prematuramente y un 8.4 respondió que el bebé podría crecer sin su parente, esta última no es una consecuencia del embarazo adolescente y la 3 alternativa que obtuvo el mayor porcentaje, que sí bien está considerada dentro de las consecuencias que podrían darse es la que tiene menor ocurrencia, mientras las dos alternativas que le siguen en porcentaje la 1 con 23.1% la 2 con 34.9 % son consecuencias que se dan con mayor frecuencia.

Tabla 22

(P-18) ¿Qué consecuencias tendría para tu familia si te embarazas durante la adolescencia?

	Frecuencia	Porcentaje
Mis padres se sentirían defraudados	120	50.4
Generaría inestabilidad familiar (discusiones, problemas económicos etc.)	116	48.7
Mi familia se sentiría feliz	1	.4
En mi familia todo seguiría igual	1	.4
Total	238	100.0

Interpretación: Un 50% de los estudiantes responde que defraudarían a sus padres y un 48.7 % que un posible embarazo podría generar inestabilidad familiar, esto demuestra que perciben el embarazo como un generador de inestabilidad y problemas familiares.

CATEGORÍA: AUTOEFICACIA

Tabla 23

(P-19) ¿Es correcto “negarse” a tener relaciones sexuales cuando piensas que aún no estas preparada?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí me negaría. porque aún no estoy preparada	95	39.9
Sí me negaría. porque yo soy quien decide	136	57.1
No me negaría. porque es algo normal a mi edad	5	2.1
No me negaría. porque esto alejaría a mi enamorado	2	.8
Total	238	100.0

Interpretación: Un 57.1 % respondió que sí se negarían, porque en ellas recae la decisión de tener relaciones sexuales, frente a un 0.8% que respondió que no se negarían, porque podría alejar a su enamorado. Esto demuestra que un gran porcentaje de las estudiantes no se sentirían presionadas frente a esta propuesta.

Tabla 24

(P-20) Ante una propuesta de tener relaciones sexuales con tu enamorado ¿qué tan fácil te resultaría decir “no”?

	Frecuencia	Porcentaje
Me resultaría fácil	163	68.5
Me resultaría algo fácil	38	16.0
Me resultaría difícil	19	8.0
Me resultaría muy difícil	18	7.6
Total	238	100.0

Interpretación: Un 68.5 % respondió que les resultaría fácil rechazar tal proposición, y a solo un 7.6% le resultaría muy difícil.

Tabla 25

(P-21) ¿Cuál sería la razón por la que tú tendrías relaciones sexuales ahora en la adolescencia?

	Frecuencia	Porcentaje
Tendría relaciones sexuales. pero antes buscaría informarme	139	58.6
Solo sí. conozco sobre métodos anticonceptivos	92	38.8
Por presión de mis amigas	2	.8
Por miedo a perder a mi enamorado	4	1.7
Total	237	100.0

Interpretación Un 58.6 % respondió que antes de tener relaciones sexuales buscaría informarse; frente a un 0.8% de estudiantes que lo haría por presión de sus amigas.

Tabla 26

*(P-22) Ante una propuesta de tener relaciones sexuales con tu enamorado
¿Buscarías tener relaciones sexuales con tu enamorado solo para mantenerlo a tu lado?*

	Frecuencia	Porcentaje
No. porque no necesito hacerlo	175	73.5
No debería sentirme presionada para hacerlo	55	23.1
No lo sé. evaluaría el momento	7	2.9
Sí, porque lo amo	1	.4
Total	238	100.0

Interpretación: Un 73.5 % respondió que no lo haría, porque no necesita hacerlo frente a un 0.4% que sí lo haría porque ama a su enamorado. Todo demuestra que no se sienten presionadas o no lo consideran como algo de importancia.

Tabla 27

(P-23) ¿Te sientes más querida por tu enamorado, cuando tienes relaciones sexuales?

	Frecuencia	Porcentaje
No, porque él debe quererme sin necesidad de tener relaciones sexuales	194	81.5
No, porque siempre me demuestra que me quiere	31	13.0
Sí, me lo ha demostrado (se muestra más atento, más cariñoso)	9	3.8
Sí, me siento más amada en ese momento	4	1.7
Total	238	100.0

Interpretación: Un 81.5% responde que No, porque su enamorado debería quererle sin necesidad de tener relaciones sexuales frente a un 1.7% que respondió que sí, porque se siente amada en ese momento. Esto demuestra que un gran porcentaje considera que las relaciones sexuales no deberían condicionar el afecto de sus enamorados hacia ellas.

CATEGORÍA: PERCEPCIÓN DE RIESGO EN EL ENTORNO

Tabla 28

(P-24) ¿Cuáles de las siguientes actividades hacen en su tiempo libre?

	Frecuencia	Porcentaje
Salir con mi familia	142	59.7
Salir frecuentemente con amigos	64	26.9
Salir a solas con mi enamorado	27	11.3
Salir a fiestas que duran hasta muy tarde	5	2.1
Total	238	100.0

Interpretación: Un 59.7% responde que salir frecuentemente con su familia, siguiéndole con un 26.9% salir frecuentemente con sus amigos, frente a un 11.35 de salir a solas con su enamorado y un 2.1% salir a fiestas hasta muy tarde, algo que demuestra que la mayoría participaría de actividades que no involucran mayor riesgo.

Tabla 29

(P-25) ¿Con que miembros de tu entorno sientes mayor confianza para hablar sobre sexualidad?

	Frecuencia	Porcentaje
Con un familiar	137	57.6
Con mis profesores	30	12.6
Con mis amigos	61	25.6
Con cualquier conocido	10	4.2
Total	238	100.0

Interpretación: Un 57.6% responde que, con sus padres o algún familiar, seguido de un 12.6% que responde que lo conversaría con sus profesores, seguido de un 25.6 % que conversaría de ello con sus padres y un 4.2 con cualquier desconocido. Esto demuestra que la mayoría de señoritas se sienten más cómodas hablando del tema con sus familiares, no obstante, un buen porcentaje prefiere hablar sobre temas de sexualidad con sus amigos.

Tabla 30

(P-26) ¿Cuáles de los factores facilitarían la realización de tu proyecto de vida?

	Frecuencia	Porcentaje
Tener buenas relaciones con mis padres	141	59.2
Tener apoyo económico de mis padres	71	29.8
Recibir reconocimiento de mis profesores	21	8.8
Que mi enamorado confíe en mí	5	2.1
Total	238	100.0

Interpretación: un 59.2% respondió que sería en tener una buena relación con sus padres, un 29.8% tener apoyo económico de sus padres frente a un 8.8% que responde el recibir reconocimiento de sus profesores y un 2.1% responde que su enamorado confié en ella. Esto demuestra que las adolescentes perciben como principal apoyo a su proyecto de vida la relación positiva con sus padres y el apoyo económico que estos les brinden.

Tabla 31

(P-27) ¿Cuáles de las siguientes circunstancias consideras que están asociadas al embarazo en adolescentes?

	Frecuencia	Porcentaje
Falta de educación sexual	130	54.9
Dificultad para acceder a los servicios de salud sexual reproductiva	14	5.9
Conflictos familiares	76	32.1
Falta de recursos económicos	17	7.2
Total	237	100.0

Interpretación: Un 54.9% respondió que la falta de educación sexual, un 5.9% que podría deberse a la dificultad para acceder a los servicios de salud sexual frente un 32.1% que podría deberse a conflictos familiares, seguido de un 7.2 que corresponde a la falta de recursos económicos.

Tabla 32

(P-28): ¿Cuál crees que es la mejor opción para disminuir el embarazo adolescente?

	Frecuencia	Porcentaje
Fomentar la comunicación entre padres e hijos sobre temas de sexualidad	155	65.1
Acceder con facilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva	31	13.0
Saturar los medios de comunicación con temas sobre la prevención del embarazo	23	9.7
Distribuir de manera gratuita condones y píldoras del día siguiente	29	12.2
Total	238	100.0

Interpretación: Un 65.1% respondió que se debería fomentar la comunicación entre padres e hijos sobre temas relacionados a la sexualidad, un 13% responde que se debe de facilitar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, frente a un 9% que cree que debe de saturarse los medios de comunicación con temas relacionados a la prevención del embarazo y un 12.2% responde que funcionaría mejor la distribución gratuita de condones y píldoras del día siguiente. Siendo las dos primeras opciones consideradas como adecuadas frente las dos últimas que no ayudarían mucho y perpetuarían aún más el problema de embarazo adolescente, ya que prevención no solo es brindar el material anticonceptivo, más bien es instruir y formar en habilidades personales, el poder de decisión, a fin del uso adecuado de los mismos.

Tabla 33***Percepción de riesgo de embarazo en base a respuestas***

	Total	Porcentaje
Total, de alternativas con puntuación de 1	3498	52.5%
Total, de alternativas con puntuación de 2	1959	29.4%
Total, de alternativas con puntuación de 3	855	12.8%
Total, de alternativas con puntuación de 4	346	5.2%
Total	6658	100%

Interpretación: En la tabla se puede observar que, del total de preguntas, un total de 52.5% de estudiantes se inclinaron por responder la alternativa con puntuación 1 y solo un 5.2% la respuesta con puntuación 4, que según la calificación, significa que poseen una percepción de riesgo de embarazo adecuado, frente al embarazo adolescente

Tabla 34***Percepción de susceptibilidad de embarazo en base a respuestas***

	Frecuencia	Porcentaje
Alternativas con puntuación de 1	2793	51.1%
Alternativas con puntuación de 2	1749	32.0%
Alternativas con puntuación de 3	647	11.8%
Alternativas con puntuación de 4	280	5.1%
Total	5469	100%

Interpretación: En la tabla se puede observar las puntuaciones obtenidas de la pregunta 1 hasta la 23, preguntas que engloban la dimensión de susceptibilidad, obteniendo lo siguiente, que un 51.1% de estudiantes se inclinaron por responder la alternativa con puntuación 1 que según la calificación significa que tienen percepción de susceptibilidad adecuada acerca del embarazo adolescente.

Tabla 35***Percepción de vulnerabilidad de embarazo***

	Frecuencia	Porcentaje
Alternativas con puntuación de 1	705	59.3%
Alternativas con puntuación de 2	210	17.7%
Alternativas con puntuación de 3	208	17.5%
Alternativas con puntuación de 4	66	5.6%
Total	1189	100%

Interpretación: En la tabla se puede observar las puntuaciones obtenidas de la pregunta 24 hasta la 28, preguntas que engloban la dimensión de vulnerabilidad. Obteniendo que, un 59.3% de estudiantes se inclinaron por responder la alternativa con puntuación 1 que según la calificación significa que tienen percepción de vulnerabilidad frente a la probabilidad de quedar embarazadas por influencia negativa del medio que las rodea.

Tabla 36

Comparación de la variable y dimensiones estudiantes, entre 4to y 5to de secundaria

		Rango	U de Mann-		Sig.	Asintótica
	Grado	N	promedio	Whitney	Z	(bilateral)
Percepción de susceptibilidad	Cuarto	124	129.89	5779.500	-2.435	.015
	Quinto	114	108.20			
	Total	238				
Percepción de vulnerabilidad	Cuarto	124	117.26	6790.500	-.528	.597
	Quinto	114	121.93			
	Total	238				
Percepción de riesgo	Cuarto	124	126.33	6221.500	-1.598	.110
	Quinto	114	112.07			
	Total	238				

Interpretación: Se encontró que solo existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de susceptibilidad en los alumnos evaluados ($U=5779.5$; $Z= -2.435$; $p= .015$), siendo así que los alumnos de cuarto año tienen una mayor percepción de susceptibilidad que los de quinto. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de vulnerabilidad ($U=6790.5$; $Z= -.528$; $p= .597$) y la percepción de riesgo ($U=6221.5$; $Z= -1.598$; $p= .110$).

DISCUSIÓN

La presente investigación busca saber cuál es la percepción de riesgo del embarazo en adolescentes del 4to y 5to de secundaria de los colegios pertenecientes a la zona urbana del distrito de La Joya – Arequipa. Los resultados muestran que un porcentaje mayor de 52.5% dieron como respuesta las alternativas 1 y un 29.4% la alternativa 2, que sumados dan un 81.9%, alternativas que, dentro del cuestionario utilizado, refieren que las estudiantes si perciben el riesgo de embarazo durante su adolescencia, correspondiendo esto a una percepción adecuada del riesgo de embarazo según la interpretación del instrumento utilizado. Estos resultados se respaldan en diversas investigaciones como: la realizada por Barroso y Pressiani en el año 2011, quienes tuvieron resultados similares en jóvenes, con una media de edad de 14.3 años de edad, encontrando que un 91.50% tienen un buen nivel de percepción sobre el conocimiento del embarazo y sus riesgos.

Seguidamente expondremos los resultados obtenidos por categorías, continuando con una conclusión por dimensión estudiada y finalizar con la comparación de percepción de riesgo entre 4to y 5to de secundaria.:

En cuanto a la **Categoría Conocimiento** que pertenece a la dimensión percepción de susceptibilidad, que guarda relación sobre lo que las estudiantes saben sobre los métodos anticonceptivos (MAC), así como de las situaciones y circunstancias que pondrían a una adolescente en riesgo de embarazo, o si saben sobre las consecuencias del embarazo adolescente, su opinión sobre las relaciones sexuales durante la adolescencia, ciertas creencias que tienen como resultado de aquello que han logrado descubrir y conocer, así como que es un proyecto de vida; incluyendo un total de 10 preguntas, resaltando como respuesta a estas preguntas, las siguientes alternativas: con un porcentaje similar de 43.7% que las MAC ayudan a prevenir el embarazo y protegen de las enfermedades de transmisión

sexual, reconociendo en sus respuestas un 52.1% el tener relaciones sexuales sin usar las MAC pueden colocar a una adolescente en riesgo de embarazo, un 48.5% piensa que las adolescentes se embarazan porque desconocen las MAC; además un 44.5% responde que un embarazo en la adolescencia coloca en riesgo de muerte a la madre y al bebé; por otro lado respecto a que situaciones deberían evitar y que prácticas podrían prevenir el embarazo responden que, 45.8% que tener relaciones sexuales durante la adolescencia las pone en mayor riesgo de embarazo, un 40.3% refiere también que el uso inadecuado de las MAC aumenta la probabilidad de embarazo, o que sería más riesgoso, sí existe el consumo de sustancias tóxicas respuesta que obtuvo un 63%, siendo el evitar las relaciones sexuales durante la adolescencia una forma de prevenirla respuesta que obtuvo un 46.6%, o el conversar con sus padres u otro familiar sobre sus dudas respecto a las relaciones sexuales un 41.2%, a ello se puede agregar que un 49.6% contesta que un proyecto de vida son aspiraciones y metas establecidas sobre lo que desean hacer en su vida. Todas estas respuestas constituyen que del total de estudiantes evaluadas poseen conocimientos sobre las MAC, sobre las consecuencias del embarazo, así como de situaciones que ponen en riesgo de embarazo a una adolescente o prácticas que pueden prevenirla. Resultados que se respaldan con los obtenidos en la investigación; Nivel de conocimiento de las consecuencias del embarazo precoz en adolescentes de 14 a 19 años del distrito de La Joya, quienes concluyen que el nivel de conocimiento sobre el embarazo precoz en adolescentes es de 80%, encontrando que saben sobre aspectos biológico, un 73% que conoce sobre las consecuencias de un embarazo precoz. (Morales y Machaca, 2016).

En relación a la **Categoría Percepción de Riesgo Personal** que pertenece a la dimensión percepción de susceptibilidad de embarazo, guarda relación con temas que las involucran de con respuestas más personales, sobre las relaciones sexuales en el enamoramiento, situaciones que las colocan directamente en riesgo de embarazo, actividades

en las que estarían dispuestas a participar para prevenir un embarazo, así también como supuestos en los cuales ellas se encontrarían embarazadas, la reacción que tendrían, así como las consecuencias para su salud y la del bebé, así como posibles cambios en su vida estudiantil, abarcando un total de 8 preguntas desde la 11 hasta la 18. Resaltando respuestas como alternativas con mayores puntuaciones: un 60.5% creen que las adolescentes suelen tener relaciones sexuales a veces, un 61.2% responde que podría quedar embarazada si tuvieran relaciones sexuales sin protección y de darse el caso de embarazo un 81.5 de ellas se sentirían preocupadas, un 47.1% respondieron que este estado generaría desnutrición, o que su bebé podrías nacer con alguna malformación con un 34.9%, resultado de esto a nivel familiar sus padres estarían defraudados 50.4% y que además esto podría afectar su proyecto de vida 63.9%- Por lo que estarían dispuestas a solicitar información sobre las MAC en un puesto de salud. Estos últimos resultados respecto a las consecuencias de un embarazo adolescente, se respaldan por Álvarez, Reyes, Dongu y Santoyo. en el año 2019 en su tesis, Percepción del embarazo adolescente en jóvenes de México, quienes refieren que sí creían que es un riesgo tener un embarazo a temprana edad, y el 93.7 % contesto que, si hay riesgo; al preguntar si limitaría sus planes de vida un embarazo, arrojando resultados como que 93 % respondieron que sí mientras que el 6.9 % su respuesta fue que no limitaría sus planes de vida.

Por otro lado, respecto a la **Categoría Autoeficacia** forma parte de la categoría percepción susceptibilidad de embarazo, agrupa temas relacionados a su poder de decisión y la facilidad para tomarla frente a una situación que la colocaría en riesgo de un embarazo adolescente, libre de presión de amigos o enamorado. Comprendiendo 5 preguntas de la 19 a la 23, siendo las alternativas con mayor puntuación: con un 57.1% el negarse a tener relaciones, si es que aún no están preparadas, además de un 68.5 menciona que le resultaría fácil rechazar una propuesta para tener relaciones sexuales sí su enamorado se lo propusiera,

reforzando esto con un 73.5% que responde que no buscaría tener relaciones sexuales con su enamorado solo para mantenerlo a su lado y que las relaciones sexuales no condicionan el afecto, que sus enamorados demuestran hacia ellas según respondieron un 81.5%; mientras que 58.6% llegaría a tener relaciones sexuales siempre y cuando se haya informado antes. Demostrando que las estudiantes hacen referencia a la madurez lograda, no dependiendo emocionalmente de sus enamorados. Situación similar a la de un estudio que fue el presentado por Di Lorio (2004) en un estudio con adolescentes afrodescendientes, donde el 98.6% mostraron que una alta eficacia para abstinencia (habilidad para resistirse a involucrarse en una relación íntima sexual o en una relación sexual) fue un factor protector para no involucrarse en una posible situación sexual de riesgo.

Respecto a la **Dimensión de Susceptibilidad percibida** respecto al embarazo podemos decir que de acuerdo a lo expuesto párrafos arriba que las estudiantes evaluadas resaltan la importancia del conocimiento sobre las MAC, además de percibir el riesgo personal al cual se enfrentan en la actualidad, viendo la práctica de las relaciones sexuales desinformada como riesgosa durante la adolescencia, así también se observa que la mayoría no muestran dependencia en su enamoramiento, por lo que se infiere que poseen un buen auto concepto y autoestima lo que les facilita la toma de decisiones y evita la dependencia afectiva. Siendo esto un factor importante para la prevención del embarazo adolescente, algo que difiere con los resultados obtenidos en la investigación, Percepción de riesgo de embarazo en las adolescentes de 3er ciclo del Centro Escolar José Matías Delgado, Municipio de Nejapa, Departamento de San Salvador, realizada por Guardado en el año 2016, quien concluyó que los estudiantes poseen un percepción baja de susceptibilidad de embarazo ya que no identifican el desconocimiento de los métodos anticonceptivos como un factor importante en la prevención de embarazo, así también ven que las prácticas coitales propias de la adolescencia se percibida por su población estudiada, ya que reconocieron la

importancia del uso de las MAC, y consideran las prácticas coitales como propias de la adolescencia y la abstinencia solo como una posibilidad mínima de prevenir el embarazo.

Respecto a la categoría **Percepción de riesgo en el entorno** la cual está directamente relacionada con percepción de vulnerabilidad, abarca temas sobre aquellas actividades que suele hacer en su tiempo libre, la confianza para hablar de sexualidad con miembros de su entorno, la influencia de su entorno inmediato para la realización de su proyecto de vida, así como aquellas circunstancias relacionadas con el entorno que estarían asociadas al embarazo precoz y alguna alternativa que en la que se debería enfocar su entorno para disminuir la tasa de embarazo adolescente. Siendo las respuestas con mayor porcentaje: usar su tiempo libre para salir con su familia respondieron un 59.7%; hablar sobre temas de sexualidad con un familiar contestaron el 57.6%, un 59.35 se apoyaría en las buenas relaciones con sus padres para la realización de su proyecto de vida; del mismo modo un 54.9% respondió que la falta de educación sexual como una de las circunstancias más probables de terminar en un embarazo y como mejor opción para disminuir este problema un 65.1% respondió que sería fomentar la comunicación entre padres e hijos sobre temas de sexualidad. Resultados similares se obtuvieron por Álvarez, Reyes., Dongu y Santoyo en el año 2019 en su investigación titulada: Percepción del embarazo adolescente en jóvenes de México ya que del total de los adolescentes que evaluaron, el 44.9 % si hablan de sexo con sus padres, respecto al dialogo acerca del embarazo adolescente con sus padres. Por otro lado, una investigación sobre los factores que influyen en el embarazo adolescente realizado por Alarcón, Coello, Cabrera y Monier en el año 2009, obtuvieron como resultado que el 68% de las adolescentes no conversan aspectos sobre la sexualidad con sus familiares como alternativa de prevención del embarazo, lo que difieren con nuestro resultado respecto a que las estudiantes de nuestro estudio si conversan con sus padres u otro familiar a fin de prevenir el embarazo.

Por tanto, respecto a la dimensión **Vulnerabilidad percibida**, la valoración de las adolescentes de los factores de su entorno inmediato como posibilidades de influir en la probabilidad de embarazo se puede considerar como favorables ya que comprenden que, así como necesitan del apoyo familiar para su proyecto de vida, la buena relación con los mismos puede ayudarlos a prevenir el embarazo adolescente. Esto concuerda con los resultados obtenidos por Guardado en el año 2016, quien identifico en su población como factores favorables la confianza depositada en sus padres de familia para hablar de sexualidad, así como las buenas relaciones intrafamiliares expresadas por ellas, consecuentemente esto les ayudaría a lograr su proyecto de vida.

Cabe resaltar que en relación a nuestro datos sobre las dimensiones de nuestra variable hemos encontrado que existe diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción de susceptibilidad se refiere ($U=5779.5$; $Z= -2.435$; $p= .015$), lo que demuestra que existe una mayor percepción de susceptibilidad en los estudiantes de cuarto grado frente a los estudiantes de quinto de secundaria, es por ello que podemos decir que las estudiantes de 4to grado con una edad promedio de 15.1 años, tienen mejores conocimientos base sobre las causas del embarazo adolescente, los métodos anticonceptivos, así como de las consecuencias del mal uso de los mismos; por otro lado se puede agregar que también perciben la gravedad de algunas de las situaciones y actividades que suelen realizar en su día a día por decisión propia, así como las posibles consecuencias que tendría un probable embarazo durante su adolescencia, incluyendo aquí las consecuencias en su persona, en el bebé y en su familia nuclear, lo que demuestra que las adolescentes creen en su poder de decisión ante una posible propuesta de tener relaciones sexuales, como una forma de prevenir un embarazo. Datos que difieren con los obtenidos Pérez, Tamayo, Mariño y Pérez en el año 2016, en su investigación titulada Percepción de riesgo sobre el embarazo en adolescentes de noveno grado, donde las estudiantes no se sienten susceptibles o vulnerables

ante el embarazo lo que representa el 72%. El nivel de conocimiento que prevaleció en la población estudiada es solo el 18% de la muestra alcanzó el mayor nivel. Predominó la baja percepción de riesgo sobre el embarazo en la adolescencia representado el 56 % del grupo total. Cabe destacar que el noveno grado es equivalente al tercer grado de secundaria aquí en Perú.

CONCLUSIONES

PRIMERA: De acuerdo al análisis de los resultados presentados, se concluye que del total de estudiantes evaluadas un mayor porcentaje, muestran una adecuada percepción de riesgo en el embarazo. Lo que significa que un gran porcentaje de adolescentes que participaron de esta investigación tienen una óptima probabilidad para tomar medidas de protección, retrasar el inicio de las relaciones sexuales y utilizar métodos anticonceptivos, así como, evitar situaciones que pueden significar un riesgo de embarazo precoz.

SEGUNDA: Se encontró una percepción de susceptibilidad apropiada en las estudiantes, puesto que presentaron puntuaciones favorables en las categorías de; conocimiento, percepción de riesgo personal y autoeficacia, siendo así, se puede afirmar que las estudiantes poseen ideas realistas, sobre las causas y consecuencias de un embarazo durante su adolescencia, las cuales pueden influir de manera positiva en la percepción de riesgo personal frente a una posibilidad de embarazo precoz.

TERCERA: Se encontró una percepción de vulnerabilidad apropiada en las estudiantes, presentando así, puntajes elevados en la categoría de; percepción de riesgo en el entorno, demostrando que las estudiantes tienen conciencia del riesgo al que se encuentran expuestas en su entorno inmediato, actividades y circunstancias que las expondrían a situaciones de riesgo de un embarazo adolescente.

CUARTA: Existe diferencias significativas en la percepción de riesgo de susceptibilidad entre las alumnas de cuarto y quinto de secundaria, diferencia que no sucede respecto a la percepción de vulnerabilidad entre ambos grupos. Indicando así que las estudiantes de 4to grado de secundaria poseen mayor conocimiento sobre las situaciones que las coloca en riesgo de un posible embarazo adolescente a diferencia de las estudiantes del 5to grado.

RECOMENDACIONES

A partir de las conclusiones de nuestra investigación presentamos lo siguiente.

PRIMERO: Continuar la optimización del instrumento utilizado en la presente investigación, incluyendo por ejemplo una calificación que pueda medir el nivel, gravedad, etc., logrando mayor objetividad del mismo, así mismo continuar con la aplicación de este cuestionario en zonas rurales del distrito de La Joya, para así obtener datos de distintos contextos y poblaciones con el fin alcanzar resultados enriquecedores y más completos de las diferentes realidades de dicha localidad.

SEGUNDO: Así también se propone diseñar programas de intervención enfocado en la “prevención del riesgo del embarazo en adolescentes” aplicado a los colegios evaluados, en base a los resultados obtenidos en esta investigación, con la finalidad de fortalecer los conocimientos hallados y disminuir la prevalencia de adolescentes embarazadas de dicha localidad.

TERCERO: Que las instituciones educativas implementen programas que incluyan talleres y/o charlas que tengan como contenido principal: la prevención de situaciones de riesgo de embarazo, así como el fortalecimiento de habilidades sociales a fin de afrontar con madurez dichas situaciones, ya que, si bien los resultados muestran que las estudiantes tienen una percepción aceptable, hay un cierto porcentaje que podría estar propensa a un embarazo precoz.

CUARTO: Involucrar a los padres de familia en la formación de la educación sexual de sus hijos, generando un ambiente donde prime la comunicación, confianza y seguridad entre los padres y las adolescentes, fomentando la toma de buenas decisiones ante diferentes circunstancias que puedan considerarse riesgosas

Referencias

- Aguirre, H. E., & Velásquez Q. S. (2016) *Nivel de conocimiento sobre embarazo; prevención y consecuencias en gestantes adolescentes que acudieron al Hospital regional docente materno infantil el Carmen*. Perú
- Alarcón, A. R., Coello L., Cabrera G. J., & Monier, D. G. (junio, 2009) Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Rev cubana Enfermería*. v.25 n.1-2. Habana.
- Alegret, J., Comellas, M., Pere, F., & Juane F. (2015). En C. F. y E. editor (Eds). Adolescentes, Relaciones con los padres, drogas sexualidad y culto al cuerpo. Editorial GRAO.
- Alvarez, J., Reyes, P. A., Dongui, P. M., & Santoyo, R. N. (setiembre, 2019) *Percepción del embarazo adolescente en los jóvenes de México*. Recuperado de: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/7.%20Percepc%C3%B3n%20de%20el%20embarazo%20adolescente%20en%20los%20j%C3%BCvenes%20de%20M%C3%A9xico..pdf>
- Amorín, D. (2010). Apuntes para una posible Psicología Evolutiva. Montevideo. *Editorial Psicolibros-Waslala*.
- Anthony, D. (2011). *The state of the world's children - adolescence: an age of opportunity*. New York: UNICEF.
- Ávila, M., Barbena, G., & Arguello, M. (2011). *Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagüela*. (Tesis de maestría). Recuperado de: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2011/pdf/Vol79-2-2011-5.pdf>
- Barroso, M. (2011). *El embarazo adolescente entre 12 y 19 años*. Recuperado de: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5989/barrozo-mariela.pdf

- Barrozo, M. & Pressiani, G. (2011). *Embarazo adolescente entre 12 y 19 años*. Universidad Nacional de Cuyo, San Martin, Mendoza.
- Beltrán, L. (2006). *Embarazo en adolescente*. Fundación de Gerencia Social.
- Bermúdez, Ro., Gómez, C., Miranda, A., & Zúñiga, C, (2013) *Percepción de madres adolescentes entre 14-18 años de edad sobre su proyecto de vida del corregimiento de la boquilla en el año* (Trabajo de grado). Colombia
- Borrás, S. T. (marzo, 2014) *Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad*. CCM, vol.18, n.1, pp.05-07.
- Coello, A. C., Ortiz, K. (2015). *Los paradigmas sociales en el embarazo de los adolescentes amparados en el buen vivir y sus impactos a las tasas de mortalidad*. Ecuador
- Comité Ejecutivo Nacional de la MCLCP. (junio, 2018). “Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó: *Un Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades Para las Mujeres y de Desarrollo para el País*”. Lima, Perú.
- Concha, D., Bilbao, M. A., Gallardo, I., Páez, D. & Fresno, A. (2012). *Sesgos cognitivos y su relación con el bienestar subjetivo*. Salud y Sociedad.
- DAngelo, O. (2002). El Desarrollo Profesional Creador (DPC) como dimensión del proyecto de vida en el ámbito profesional. *Revista Cubana de Psicología*. Cuba.
- DiLorio, C., Dudley, W., Soet, J. & Mccarty, F. (2004) Sexual Possibly Situations and Sexual Behaviors among Young Adolescents: *The Moderating Roles of Protective Factors*. J Adolesc Health. 35: 528.
- Espinosa, O., Torres, S., Zapata, M., Ortega, N. & Restrepo, S. (2007). Programa de orientación vocacional. Gobernación de Antioquia. Recuperado de: http://documents.pageflipflap.com/IcoUBcciLTMdPsCHm2KL#.UmkeS_1LPUG=&p=0

Espinoza E. L., (2016). *Consecuencias psicológicas y socioeconómicas en las adolescentes embarazadas atendidas en el área de gineco-obstetricia del centro de salud de biblián, cañar 2015.* Cuenca, Ecuador.

Fernández I., Bustos I., González L. Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. *Rev méd Chile* 2000; 128:574-583.

Fuente OMS. (2016). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente.* recuperado de:

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

García, J. A. (2012). *Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones Salud y drogas.* (Tesis doctoral) Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83924965001>

Gerencia regional de salud Arequipa. (2016). *Evaluación de indicadores de la etapa de vida adolescente región Arequipa - 2015.* recuperado de:

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/MAIS/adolescente/2016/regionales/arequipa.pdf>

Gómez, M. T. (diciembre, 2013). Adolescencia y Prevención: *Conductas de riesgo y resiliencia. Psic Psicp de la USAL.* Recuperado en:

<http://psico.usal.edu.ar/psico/adolescencia-prevencion-conducta-riesgo-resiliencia>

González, T. M. & Aguirre, C. I. (2005). Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. *Rev. chile. Chile.*

Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Baptista L., P. (2014) *Metodología De La Investigación:* 6a. ed. México.

Herrera, K. & Ruiz, V. (2010). *Conocimientos actitudes y prácticas de las causas y consecuencias del embarazo en las adolescentes.* Ibarra

- Hochbaum, G. M. (1958) *Participación pública en programas de detección médica: un estudio sociopsicológico.* Washington, Recuperado de: <https://www.worldcat.org/title/public-participation-in-medical-screening-programs-a-socio-psychological-study/oclc/145021704>
- INEI (2017). *Maternidad en la adolescencia.* Lima. Perú. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1443/libro.pdf
- INEI, (2007). *El 13,4 % de adolescentes en Perú quedó embarazada durante el 2017.* recuperado de: <https://andina.pe/agencia/noticia-inei-134-adolescentes-peru-quedo-embarazada-durante-2017-714189.aspx>
- INEI/Andina. (2018). *Cada día quedan embarazadas 4 adolescentes menores de 15 años en Perú.* Lima, Perú. Recuperado de: <https://peru21.pe/peru/inei-dia-quedan-embarazadas-4-adolescentes-menores-15-anos-peru-411389>
- Issler, J. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina.* México.
- Kirscht, J. P. (1974) *El modelo de creencias de salud y el comportamiento de la enfermedad.* (Monografía de educación sanitaria) 2. 387-408.
- Lázaro, L. (octubre, 2019). *Las escuelas ante el embarazo adolescente.* Recuperado en: www.salutia.com
- Mancia, K. R. (2016). *Percepción de riesgo de embarazo en las adolescentes de 3er ciclo del Centro Escolar José Matías Delgado, Municipio de Nejapa, Departamento de San Salvador”.* Universidad de El Salvador. El Salvador.
- Márquez, S. M. G. (2016) *Factores Que Influyen En El Embarazo En Adolescentes Y Sus Implicaciones En Las Esferas Psicosociales* (Tesis Doctoral) Recuperado de: <http://200.23.113.51/pdf/25184.pdf>

Mazuera, A. R., Trejos, H. A. & Reyes, R. L. (2017). Percepción del embarazo adolescente en el Departamento Norte de Santander. *Rev. salud pública* vol.19 no.6 Bogotá. Colombia.

Mazuera, A., Trejos, H. & Reyes R. (2017). *Percepción del embarazo adolescente en el Departamento Norte de Santander*. Redalyc. Colombia.

MCLCP (2017). *Prevención del Embarazo en Adolescentes Situación y Perspectivas al 2021 en el Sub Grupo De Trabajo*. Lima.

Medina, S. & León, J. M. (2004). *Modelos explicativos de la psicología de la salud. Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona.

Mendoza, W. & García, S. (2013), *El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas*. Recuperado de: [Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública](#).

Mengole, T, Lannacone, J.(2010) *Grado de instrucción de embarazadas adolescentes*. Dialnet, Recuperado de:
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:pJBgffpBenAJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4687235.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>

Minassian, L., Borgoño, R., & Bustamante, F. (2008) *Embarazo adolescente*. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes.

Minsa (octubre, 2014). *Nota de prensa Minsa Gob.* Recuperado de:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/32874-se-inicia-implementacion-del-plan-de-prevencion-del-embarazo-adolescente>.

Minsa (octubre, 2018). Publicaciones. Recuperado de:
<http://bvs.minsa.gob.pe/publicaciones-minsa/>

- Molina, M., Ferrada, C., Pérez, R. (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev. méd. Chile*; 132:65-70.
- Morales, S. M. & Machaca, D. M. (2016). *Nivel de conocimiento de las consecuencias del embarazo precoz en adolescentes de 14 a 19 años de edad en el distrito de La Joya-Arequipa*. (Tesis de titulación). Perú.
- Neisser, U. (1981) *Procesos cognitivos y realidad principios e implicaciones de la psicología cognitiva*. Marova. Alto Madrid.
- OMS. (2008). *Comisión sobre determinantes sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Resumen analítico del informe final*. Ginebra.
- OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, (2018), *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Panamá, Recuperado de: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3983:B-adolescente-al&Itemid=0
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Las condiciones de salud de las Américas*. Washington: OPS.
- Ostrow, D. G. (1989) *AIDS prevention through effective education*. J Am Atad Arts Sciences. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n4/esp_sida.pdf
- Pastor, G. (2000). *Conducta interpersonal: ensayo de Psicología Social sistemática*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Peláez, J. (1997). Adolescente embarazada: características y riesgos. *Rev Cubana Obstet Ginecol*; 23:13-17.
- Pérez, E. L. E., Tamayo, O. A., Cedeño, L. S., Mariño, P.Y. & Pérez E. M. (febrero, 2016). Percepción de riesgo sobre el embarazo en adolescentes de noveno grado. Multimed. *Revista Médica*. versión on-line: ISSN 1028-4818.
- Pidgeon, N. F. (1992). *Qualitative research and psychological theorizing*. *British Journal of*

- Psychology.* Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8295.1992.tb02426.x>
- Quintero, R. A. & Rojas B. H. (2015). El embarazo a temprana edad: Un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 44, 222-237. Recuperado de: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/626/1161>
- Quiroga, S., (1998). *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Buenos Aires.
- RAE (2001): *Diccionario de la Lengua Española*, Vigésima segunda edición. Voz Adolescencia.
- Rayo, V. (2013). *Cifras alarmantes: cada minuto quedan embarazadas tres adolescentes*. Diario El Nacional Venezuela. Recuperado de: <http://servicio.bc.uc.edu.ve>
- Rodríguez G. M. (2008). *Factores de riesgo para embarazo adolescente*. Colombia.
- Rubén, A. (2013). *Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María 15 Auxiliadora*, 2013. Perú.
- Ruoti, M, Ruoti A. (1992) *Sexualidad y embarazo en adolescentes*. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Universidad de Asunción. Paraguay.
- Sáez, V. (2005). Morbilidad de la madre adolescente. *Rev cubana Obstet Ginecol*;31. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=72&id_ejemplar=3495
- Sagayo, N. (octubre, 2019). *Minsa retoma prevención para reducir índices de embarazo adolescente*. ANDINA. Recuperado de: <https://andina.pe/agencia/noticia-minsa-retoma-prevencion-para-reducir-indices-embarazo-adolescente-749723.aspx>
- Sanders, R. A. (2013). *Adolescent psychosocial, social, and cognitive development*. *Pediatrics in review / American Academy of Pediatrics*, 34(8), 354-359. Recuperado en: <https://doi.org/10.1542/pir.34-8-354>
- Instituto Nacional de la Juventud (2003). Cuarta Encuesta Nacional de Juventud. Resultados Generales.

- Sjöberg, L & Drotz, S. B. (1997) La percepción del riesgo. *Revista de la Sociedad Radiológica*. Recuperado de: <http://www.radioproteccion.org.ar/15- 2.htm>
- UNFPA (2013). *Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. Estado de la población mundial.
- UNFPA, (2016). *Arequipa busca liderar la prevención del embarazo en adolescentes*. recuperado de: <https://peru.unfpa.org/es/noticias/arequipa-busca-liderar-la-prevenci%C3%B3n-del-embarazo-en-adolescentes>
- Valdivia M. & Molina M. (2003). Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescentes en Menores de 15 años. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*; 12:85-109.
- Valera Q. A. (2016) *Factores Sociodemográficos Y Personales Asociados A Primer Embarazo En Adolescentes*. Hospital Regional De Cajamarca. Perú.
- Vélez, E. & Figueredo L. (2012) *Impacto psicosocial del embarazo en las adolescentes*. recuperado de: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/v1n23/art03.pdf>
- Verduga, M. B., Tumbaco, Q. D., Tumbaco, Z. R. & Parrales P. J. (2013). *Embarazo en las estudiantes de la sección Diurna de la Unidad Educativa Alejo Lascano de la ciudad de Jipijapa*. Universidad Estatal del Sur de Manabi. Ecuador.
- Versión aprobada por el CEN de la MCLCP. (2018). Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó “*Un Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades para las Mujeres y de Desarrollo para el País*”. Perú.

ANEXOS

INVESTIGACIÓN

Anexo N° 1: Instrumento

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTE

Instrucciones: Por favor lea atentamente las siguientes preguntas y marca 2 alternativas que describan mejor tus conocimientos y percepción sobre el riesgo de embarazo.

DATOS GENERALES.

Nombre de la I.E. _____ Grado _____ Fecha de evaluación _____

Edad: ___ ¿Con quienes vives en tu casa? _____

¿A qué edad tuviste tu primera menstruación? _____

¿Tienes enamorado o has tenido enamorado? _____

¿Cuánto tiempo ha durado tu relación? (De 0 a 3 meses) (De 3 meses a más)

CONOCIMIENTOS.

1) ¿Que conoces sobre los métodos anticonceptivos (MAC)?

Protege de enfermedades de transmisión sexual.

Ayuda a la prevención del embarazo.

Desconozco sobre los MAC.

Pienso que no funcionan los MAC.

2) ¿Cuáles de las siguientes situaciones crees que colocan a una adolescente en riesgo de embarazo?

Haber presentado la primera menstruación.

Desconocer sobre medidas de prevención del embarazo.

Tener relaciones sexuales usando métodos anticonceptivos.

Tener relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos.

3) ¿Porque crees que se embarazan las adolescentes?

Pienso que desconocen sobre los MAC.

Pienso que sufrieron de violencia sexual.

Pienso que es una forma de irse de su casa.

Pienso que están muy enamoradas.

4) ¿Cuáles son algunas complicaciones físicas del embarazo en la adolescencia?

Riesgo de muerte para la madre adolescente y el bebé.

Que el desarrollo físico de la madre adolescente se detenga.

El bebé puede nacer con enfermedades o discapacidades.

Riesgo de náuseas y pérdida del apetito.

5) ¿Qué piensas acerca de las relaciones sexuales durante la adolescencia?

Ponen a las adolescentes en riesgo de contagiarse de

ITS

Se practican por curiosidad o diversión.

Obtienen mayor aprobación dentro de su grupo de pares (amigos).

Ponen a las adolescentes en un riesgo de embarazo.

6) ¿Cuáles de las siguientes experiencias han estado presentes en tu vida?

- He hablado con mis padres u otro familiar sobre mis dudas de las relaciones sexuales.
- Algunas de mis amistades ya han tenido relaciones sexuales.
- He hablado con un adulto o con personal de salud sobre el tema de sexualidad.
- He tenido presión por parte de mi enamorado para iniciar las relaciones sexuales.

7) ¿Qué entiendes por proyecto de vida?

- Es un plan de lo que se desea hacer en la vida.
- Es dónde quieras estar dentro de un año
- Está vinculado de forma directa con la felicidad.
- Son aspiraciones y metas establecidas de lo que quieras estudiar o trabajar.

8) ¿Cuáles de las siguientes prácticas te sirven para prevenir el embarazo?

- Evitar tener relaciones sexuales.
- Usar correctamente los métodos anticonceptivos
- Buscar información sobre sexualidad en internet o las redes sociales.
- Conversar con mis amigos sobre sexualidad.

9) De las siguientes prácticas, ¿cuáles crees que ponen en riesgo de embarazo a una adolescente?

- Invertir gran parte de mi tiempo en las redes sociales.
- Asistir a fiestas divertidas con mis amigos.
- Participar en pandillas.
- Consumo de sustancias tóxicas (alcohol, marihuana, cocaína PBC,etc)

10) Una adolescente que tiene relaciones sexuales puede embarazarse, ¿Cuándo?

- Se rompe el preservativo durante el acto sexual.
- Tiene relaciones sexuales por primera vez.
- Utiliza inadecuadamente los MAC
- Se encuentra bajo los efectos de una sustancia adictiva.

PERCEPCIÓN DE RIESGO PERSONAL

11) ¿Con qué frecuencia crees que las adolescentes tienen relaciones sexuales con su enamorado?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

12) ¿Cuáles de las siguientes situaciones consideras que te ponen en riesgo de un embarazo?

- Desconocer medidas de prevención de un embarazo
- Tener relaciones sexuales sin protección
- Tener mi primera menstruación.
- Tener enamorado

13) ¿En cuáles de las siguientes actividades estarías dispuesta a participar para prevenir un embarazo durante tu adolescencia?

- Pedir información sobre métodos anticonceptivos en un puesto de salud
- Hace uso de la píldora del día siguiente.
- Hablar sobre sexualidad con mis padres.
- Conversar con mis amigos sobre mis dudas de las relaciones sexuales.

14) ¿Cómo te sentirías sí estuvieras embarazada en este momento?

- Preocupada
- Desanimada
- Motivada
- Sorprendida

15) ¿Qué consecuencias podría tener para tu salud un embarazo durante la adolescencia?

- Podría presentar desnutrición (anemia).
- Podría subir de peso.
- Podría morirme
- Podría dejar de crecer

16) Cuáles de los siguientes cambios tendría tu vida si te embarazas durante la adolescencia?

- Perdería apoyo familiar
- Cambiaría mi estilo de vida como estudiante.
- Cambiaría mi proyecto de vida
- Tendría que dejar de estudiar

17) Si te embarazas durante la adolescencia ¿qué consecuencias tendría tu bebé?

- El bebé podría nacer con alguna malformación
- El bebé podría crecer sin su padre.
- El bebé podría nacer prematuramente.
- El bebé podría tener problemas en su desarrollo posteriormente

18) ¿Qué consecuencias tendría para tu familia si te embarazas durante la adolescencia?

- Mis padres se sentirían defraudados
- Mi familia se sentiría feliz.
- En mi familia todo seguiría igual
- Generaría inestabilidad familiar (discusiones, problemas económicos etc.)

AUTOEFICACIA.

19) Es correcto “Negarse” a tener relaciones sexuales cuando piensas que no estas preparada.

- Sí me negaría, porque aún no estoy preparada.
- No me negaría, porque esto alejaría a mi enamorado
- No me negaría, porque es algo normal a mi edad.
- Sí me negaría, porque yo soy quien decide.

20) Ante una propuesta de tener relaciones sexuales con tu enamorado ¿qué tan fácil te resultaría decir “NO”?

- Me resultaría fácil
- Me resultaría difícil
- Me resultaría algo fácil
- Me resultaría muy difícil

21) ¿Cuál sería la razón por la que tu tendrías relaciones sexuales ahora en la adolescencia:

- Solo si, conozco sobre métodos anticonceptivos.
- Tendría relaciones sexuales, pero antes buscaría informarme.
- Por miedo a perder a mi enamorado
- Por presión de mis amigas

22) ¿Buscarías tener relaciones sexuales con tu enamorado solo para mantenerlo a tu lado?

- Sí, porque lo amo.
- No, porque no necesito hacerlo.
- No lo sé, evaluaría el momento.
- No debería sentirme presionada para hacerlo.

23) ¿Te sientes más querida por tu enamorado, cuando tienes relaciones sexuales?, si no tienes enamorado, ¿Qué sentirías en una situación similar?

- Sí, me lo ha demostrado (se muestra más atento, más cariñoso).
- No, porque siempre me demuestra que me quiere.
- No, porque él debe quererme sin necesidad de tener relaciones sexuales.
- Sí, me siento más amada en ese momento.

PERCEPCIÓN DE RIESGO EN EL ENTORNO

24) ¿Cuáles de las siguientes actividades haces en tu tiempo libre?

- Salir frecuentemente con amigos.
- Salir con mi familia.
- Salir a solas con mi enamorado.
- Salir a fiestas que duran hasta muy tarde.

25) ¿Con que miembros de tu entorno sientes mayor confianza para hablar sobre sexualidad?

- Con mis profesores
- Con mis padres
- Con cualquier conocido.
- Con mis amigos.

26) ¿Cuáles de estos factores facilitarían la realización de tu proyecto de vida? (planes a futuro, estudios, trabajo, etc.)



- Tener buenas relaciones con mis padres.
- Que mi enamorado confíe en mí.
- Tener apoyo económico de mis padres.
- Recibir reconocimiento de mis profesores.

27) ¿Cuál de las siguientes circunstancias consideras que están asociadas al embarazo en adolescentes?



- Falta de recursos económicos
- Falta de educación sexual
- Conflictos familiares
- Dificultad para acceder a los servicios de salud sexual reproductiva.

28) ¿Cuál crees que es la mejor opción para disminuir el embarazo en adolescentes?



- Distribuir de manera gratuita condones y píldoras del día siguiente.
- Fomentar la comunicación entre padres e hijos sobre temas de sexualidad.
- Acceder con facilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Saturar los medios de comunicación con temas sobre la prevención del embarazo.

Anexo N° 2: Validación por juicio de expertos

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN EL CRITERIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : Del Carpio Ullanoc, Giuliana Golda

1.2 CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA : Docente Universitario –UNSA

1.3 ESPECIALIDAD DEL EXPERTO : Psicología Social

1.4 TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL : 23 años

1.5 NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Cuestionario dirigido a adolescentes sobre factores de riesgo de embarazo

1.6 VARIABLE DE MEDIDA: El presente cuestionario nos brinda datos para el análisis sobre la percepción de riesgo de embarazo en adolescentes tomando como variables el conocimiento, la percepción de riesgo personal, percepción de gravedad, la autoeficacia y la percepción de riesgo en el entorno. Siendo su ámbito de aplicación estudiantes de los últimos años del nivel secundario.

1.7 AUTOR DEL INSTRUMENTO: Karla Guardado Mancía Licenciada en Educación para la salud.

No	Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	bueno	Muy bueno	Excelente
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1.-	CLARIDAD	Está formulado con lenguaje Apropriado					90%
2.-	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas Observables					90%
3.-	ACTUALIDAD	Adecuado al desarrollo de los acontecimientos psicológicos actuales					95%
4.-	ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica					90%
5.-	SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					95%
6.-	INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos relacionados a la percepción de riesgo de embarazo e adolescencia					90%
7.-	CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos científicos de la evaluación psicológica					95%
8.-	COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					90%
9.-	METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del diagnóstico					95%

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Cumple con los criterios de aplicabilidad

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 92.2



FIRMA DOCENTE

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN EL CRITERIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : *Victor Hugo Rosas Imán.*

1.2 CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA : Docente Universitario –UNSA

1.3 ESPECIALIDAD DEL EXPERTO : *EDUCATIVA.*

1.4 TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL : *19 años.*

1.5 NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Cuestionario dirigido a adolescentes sobre factores de riesgo de embarazo

1.6 VARIABLE DE MEDIDA: El presente cuestionario nos brinda datos para el análisis sobre la percepción de riesgo de embarazo en adolescentes tomando como variables el conocimiento, la percepción de riesgo personal, percepción de gravedad, la autoeficacia y la percepción de riesgo del entorno. Siendo su ámbito de aplicación estudiantes de los últimos años del nivel secundario.

1.7 AUTOR DEL INSTRUMENTO: Karla Guardado Mancía Licenciada en Educación para la Salud.

No	Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1.-	CLARIDAD	Está formulado con lenguaje Apropiado				X	
2.-	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas Observables				X	
3.-	ACTUALIDAD	Adecuado al desarrollo de los acontecimientos psicológicos actuales					X
4.-	ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica				X	
5.-	SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad				X	
6.-	INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos relacionados a la percepción de riesgo de embarazo en adolescentes.				X	
7.-	CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos, científicos de la evaluación psicológica				X	
8.-	COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				X	
9.-	METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del diagnóstico				X	

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

Muy bueno.

V. Rosas I.
FIRMA DOCENTE

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN EL CRITERIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO** : Chávez Sanz Ydalia María
1.2 CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA : Docente Universitario –UNSA
1.3 ESPECIALIDAD DEL EXPERTO : Psicología clínica · Educativa
1.4 TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL : 15 años
1.5 NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Cuestionario dirigido a adolescentes sobre factores de riesgo de embarazo
1.6 VARIABLE DE MEDIDA: El presente cuestionario nos brinda datos para el análisis sobre la percepción de riesgo de embarazo en adolescentes tomando como variables el conocimiento, la percepción de riesgo personal, percepción de gravedad, la autoeficacia y la percepción de riesgo en el entorno. Siendo su ámbito de aplicación estudiantes de los últimos años del nivel secundario.
1.7 AUTOR DEL INSTRUMENTO: Karla Guardado Mancía Licenciada en Educación para la salud.

No	Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	bueno	Muy bueno	Excelente
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1.-	CLARIDAD	Está formulado con lenguaje Apropiado					98%
2.-	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas Observables					98%
3.-	ACTUALIDAD	Adecuado al desarrollo de los acontecimientos psicológicos actuales					98%
4.-	ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica					100%
5.-	SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					100%
6.-	INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos relacionados a la percepción de riesgo de embarazo en adolescencia					98%
7.-	CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos científicos de la evaluación psicológica					98%
8.-	COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					98%
9.-	METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del diagnóstico					98%

- II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:** Cumple con los criterios de aplicabilidad.

- III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:** 98.5%


 FIRMA DOCENTE

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN EL CRITERIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO** : Quispe Flores Lita Marianelc
1.2 CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA : Docente Universitario -UNSA
1.3 ESPECIALIDAD DEL EXPERTO : Educativa
1.4 TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL : 20 años
1.5 NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Cuestionario dirigido a adolescentes sobre factores de riesgo de embarazo
1.6 VARIABLE DE MEDIDA: El presente cuestionario nos brinda datos para el análisis sobre la percepción de riesgo de embarazo en adolescentes tomando como variables el conocimiento, la percepción de riesgo personal, percepción de gravedad, la autoeficacia y la percepción de riesgo del entorno. Siendo su ámbito de aplicación estudiantes de los últimos años del nivel secundario.
1.7 AUTOR DEL INSTRUMENTO: Karla Guardado Mancia Licenciada en Educación para la Salud.

No	Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1.-	CLARIDAD	Está formulado con lenguaje Apropiado				X	
2.-	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas Observables				X	
3.-	ACTUALIDAD	Adecuado al desarrollo de los acontecimientos psicológicos actuales					X
4.-	ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica					X
5.-	SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					X
6.-	INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos relacionados a la percepción de riesgo de embarazo en adolescentes.					X
7.-	CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos, científicos de la evaluación psicológica				X	
8.-	COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					X
9.-	METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del diagnóstico					X

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 90 %

Lita
FIRMA DOCENTE

Anexo N° 3: Consentimiento informado

**Consentimiento Informado para Participantes de Investigación que lleva como Título
“PERCEPCIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE
INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE LA JOYA- AREQUIPA -
2019”**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a las participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por: Tania Huamani Llanca y Yesica Vilca Mestas, de la Universidad Nacional de San Agustín, Escuela de Psicología.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de la siguiente encuesta “Guía de Cuestionario dirigido a Adolescentes sobre Factores de Riesgo de Embarazo”, esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación_____

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

n

Nombres y apellidos del padre o madre
de la participante

Nombre y apellido de representante de
dirección:

Firma: _____

Firma: _____

Nombres y apellidos de la participante:

Fecha: ____/____/____

Anexo N° 4: Solicitud de permiso para aplicación en colegios



UNSA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA



Escuela Profesional de
Psicología

Arequipa, 11 de octubre de 2019

Señor:
CECILIO CABANA VILCA
DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “CARLOS W. SUTTON”
PRESENTE

Es grato dirigirme a usted, para expresarle un cordial saludo a nombre de la Escuela Profesional de Psicología, de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, con la finalidad de presentarle a las bachilleres **HUAMANI LLANCA, TANIA DE LA FLOR** y **YESICA ROXANA MESTAS** quienes desean realizar su tesis para optar el grado de Psicóloga con el tema de investigación: **PERCEPCIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE LA JOYA**, para la realización del presente estudio se solicita acceder a su Institución Educativa facilitándonos un tiempo de 25 minutos para presentar los instrumentos de evaluación psicológicos a los estudiantes del 4to y 5to de secundaria del plantel que ustedes dirige.

Agradeciendo su colaboración y las facilidades brindadas, quedo a Usted

Atentamente,


Dra. María Elena Rojas Zegarra
 Docente de la Escuela Profesional de
 Psicología

Adjunto:

Instrumento a utilizar durante la evaluación

Resumen de la investigación



Arequipa, 11 de octubre de 2019

Señor:

GLADYS APAZA BOZA

**DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "EL CRUCE"
PRESENTE**

Escuela Profesional de
Psicología

I.E. EL CRUCE LA JOYA MESA DE PARTES	
Nº Registro:	8893
Hora:	1:03
Fecha:	16/10/19
Folios:	01
Firma:	

Es grato dirigirme a usted, para expresarle un cordial saludo a nombre de la Escuela Profesional de Psicología, de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, con la finalidad de presentarle a las bachilleres **HUAMANI LLANCA, TANIA DE LA FLOR** y **YESICA ROXANA VILCA MESTAS** quienes desean realizar su tesis para optar el grado de Psicóloga con el tema de investigación: **PERCEPCIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE LA JOYA**, para la realización del presente estudio se solicita acceder a su Institución Educativa facilitándonos un tiempo de 25 minutos para presentar los instrumentos de evaluación psicológicos a los estudiantes del 4to y 5to de secundaria del plantel que ustedes dirige.

Agradeciendo su colaboración y las facilidades brindadas, quedo a Usted

Atentamente,

Dra. María Elena Rojas Zegarra
 Docente de la Escuela Profesional de
 Psicología

Adjunto:

Instrumento a utilizar durante la evaluación



Escuela Profesional de
Psicología

Arequipa, 11 de Octubre de 2019

Señor:

JORGE VARGAS ROJAS
DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL TRIUNFO II
PRESENTE

Es grato dirigirme a usted, para expresarle un cordial saludo a nombre de la Escuela Profesional de Psicología, de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, con la finalidad de presentarle a las bachilleres **HUAMANI LLANCA, TANIA DE LA FLOR** y **YESICA ROXANA VILCA MESTAS** quienes desean realizar su tesis para optar el grado de Psicóloga con el tema de investigación: **PERCEPCIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE LA JOYA**, para la realización del presente estudio se solicita acceder a su Institución Educativa facilitándonos un tiempo de 25 minutos para presentar los instrumentos de evaluación psicológicos a los estudiantes del 4to y 5to de secundaria del plantel que ustedes dirige.

Agradeciendo su colaboración y las facilidades brindadas, quedo a Usted

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "M. Rojas Zegarra".

Dra. María Elena Rojas Zegarra
Docente de la Escuela Profesional de
Psicología

Adjunto:

Instrumento a utilizar durante la evaluación

Anexo N°5: Evidencia fotográfica de aplicación de los cuestionarios en las I.E.**I.E. “Carlos W. Sutton”**

I.E. “El Cruce”

I.E. “El Triunfo II”

Anexo N° 6: Matriz de consistencia

Planteamiento del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Marco teórico
¿Existe percepción de riesgo del embarazo en adolescentes del 4to y 5to de secundaria de las Instituciones Educativas del Distrito de La Joya- Arequipa?	<p>Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar la percepción de riesgo de embarazo en adolescentes del 4to y 5to de secundaria de las Instituciones Educativas del Distrito de La Joya- Arequipa <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar la percepción de susceptibilidad de embarazo en adolescentes de las Instituciones Educativas del Distrito de La Joya- Arequipa. ✓ Identificar la y percepción de vulnerabilidad de embarazo en adolescentes de las Instituciones Educativas del Distrito de La Joya- Arequipa. ✓ Establecer si existe diferencia en la percepción de susceptibilidad y vulnerabilidad de embarazo en adolescentes del 4to y 5to de secundaria de las Instituciones Educativas del Distrito de La Joya- Arequipa 	<p>Las adolescentes del 4to y 5to de secundaria perciben el riesgo de embarazo de las Instituciones Educativas del Distrito de la Joya – Arequipa</p>	<p>Percepción de Riesgo Embarazo Adolescentes</p>	<p>1. ANTECEDENTES 2. EMBARAZO Y ADOLESCENCIA A. Definición de la Adolescencia B. Características de la adolescencia C. Embarazo adolescente D. Embarazo en la Adolescencia en A.L. E. Embarazo adolescente en el Perú y según OMS F. Causantes del embarazo Adolescentes G. Consecuencias del embarazo en adolescente H. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia 3. PERCEPCIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES A. Definición de Percepción de Riesgo B. Percepción del Riesgo del Embarazo Adolescentes C. Percepción de riesgo desde el modelo de creencias de salud D. Proyecto de Vida en las Adolescentes E. Factores de Riesgo que Influyen en Embarazo Adolescentes F. Prevención del Embarazo en Adolescentes G. Prevención del Embarazo en Adolescentes del Perú</p>

Anexo N° 7: Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Percepción de susceptibilidad	.082	238	.001
Percepción de vulnerabilidad	.155	238	.000
Percepción de riesgo	.097	238	.000

Interpretación: Corrección de significación de Lilliefors. Se puede apreciar que las variables no presentan una distribución normal ($p < .05$), por lo que se debe de aplicar estadística no paramétrica

ADDENDA

ÍNDICE DE CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO I	144
Anamnesis.....	145
Examen Mental	151
Informe Psicométrico.....	155
Informe Psicológico.....	160
Plan Psicoterapeútico.....	166
Anexo N°8: Caso I.....	178
CASO CLÍNICO II.....	182
Anamnesis.....	183
Examen Mental	190
Informe Psicométrico.....	194
Informe Psicológico	202
Plan Psicoterapeútico.....	208
Anexo N°9: Caso II	222

CASO CLÍNICO I

DE: TANIA DE LA FLOR HUAMANI LLANCA

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y apellidos : Adelaida P. P.
 Fecha de nacimiento : 16/12/1974
 Edad : 44 años
 Lugar de Nacimiento : Puno
 Sexo : Femenino
 Estado civil : Conviviente
 Grado de instrucción : Primaria Completa
 Procedencia : Arequipa
 Religión : Católica
 Informante : Paciente
 Lugar de entrevista : Departamento de Psicología
 Fecha de evaluación : 10 de setiembre del 2018

Nombre del entrevistador (a) : Tania de la Flor Huamani Llanca

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta psicológica referido por el poder judicial indicando que lleve tratamiento psicológico en temas de control de la Agresividad e Ira.

III. PROBLEMA ACTUAL

Paciente de 44 años de edad vive actualmente con su esposo e hijas de 5, 6 y 19 años de edad, comparte vivienda con su suegra y diferentes parientes cercanos a su pareja. El problema comenzó cuando vivía en la casa de sus hermanas, hace un año

aproximadamente, donde tenía distintos problemas con su pareja por situaciones familiares y discusiones principalmente porque tomaba mucho, en una de esas noches su pareja salió a tomar y no volvió hasta el día siguiente, es así que la paciente se mostró molesta y desesperada por esa actitud sin por lo menos darse la molestia de llamar para informarla, al día siguiente a la llegada de su pareja fue donde empezó el altercado sin darse cuenta que sus menores hijas se encontraban presentes, durante varios minutos de acalorada discusión entre ambos la paciente tomó un vidrio del espejo roto que se encontraba en el suelo y le hizo un corte en la pierna, al suceder este hecho la paciente reaccionó y tomó conciencia de lo que estaba sucediendo, mostrándose asustada y preocupada por la gran cantidad de sangre y la reacción de su pareja.

Luego del suceso la paciente desesperada salió de su casa y llamó a la policía para que solucionaran el problema, sin embargo, no se dio cuenta que esa actitud iba a ser perjudicial para ella ya que los policías al ver el hecho la detuvieron y condujeron a la comisaría para levantar la denuncia y que brinde sus declaraciones. La paciente indica que su esposo no la denunció, si no que la denuncia procedió por oficio, es así que pasado el tiempo la paciente pensó que el caso se había archivado, y no volvió a saber nada de ello. Pasado los días la paciente habló con su esposo y decidieron dejar atrás ese incidente y llevar una vida armoniosa sobre todo por sus hijas.

Paciente también nos indicó que desde su adolescencia su carácter empezó a cambiar, comentando que en su niñez era obediente y muy pasiva, por lo que veía que los demás se aprovechaban de esto, sufriendo también maltrato por parte de sus patrones. Al crecer y tomar conciencia de esto empezó a actuar con desconfianza hacia los demás, en ocasiones mostrando una imagen fuerte. Esto también se vio reflejado en la relación con su enamorado, donde se mostraba insegura, indiferente y orgullosa. Por lo que en la actualidad no puede controlar su carácter, se enoja muy rápido y por cualquier incidente,

ya sea que sus hijas no le obedezcan en los mandatos que le da, de igual manera con su pareja a pesar de que este se muestra más comprensivo y cariñoso con la paciente, según indica ella. Comenta también que es orgullosa, causándole dificultad para perdonar acciones que le han causado daño. Otro factor que indica que la alteran es la mala relación con su suegra, quien se entromete en la relación con su pareja, sobreprotegiéndolo y acusando a la paciente de ser la culpable de todos los problemas que presenta su familia.

Es entonces que aproximadamente hace un mes le llegó una notificación de la fiscalía indicando que debe apersonarse, como resultado le dieron sentencia donde debe de llevar terapia psicológica en el centro de salud más cercano en temas de control de ira y agresividad, esto la mortificó y preocupó, pasado los días asistió al Centro de Salud para cumplir con su tratamiento y así no presentar problemas.

IV. HISTORIA PERSONAL

Etapa pre-natal: Paciente es la cuarta hija de la familia, fue una hija deseada, la madre tuvo un embarazo sin complicaciones, no hubo enfermedades, accidentes, ingestión de alcohol, tabaco, durante la gestación.

Etapa natal: Nació a los 9 meses atendido en el Centro de Salud de Puno, no presentó complicaciones en el trabajo de parto. Nació con un peso y altura normal, presentando llanto y coloración al nacer.

Etapa post-natal: No presentó problemas después del embarazo, recibió lactancia materna, no tuvo dificultades para la succión. Su desarrollo psicomotor fue normal, levantó la cabeza, sentarse, gatear y caminar a la edad adecuada, en el lenguaje tampoco tuvo complicaciones, se dejaba entender, empezó a dar sus primeros balbuceos y palabras a la edad adecuada. Manifiesta que era una niña tímida, obediente y muy sumisa.

Etapa escolar: Ingresó al nivel primario a la edad de 6 años, donde se desenvolvió

sin complicaciones, tenía buena relación con sus compañeros y profesores, con un rendimiento regular. Sin embargo, a la edad de 10 años por motivos de trabajo se mudó a la ciudad de Arequipa, donde solo logró terminar la primaria, ya que en su trabajo no le prestaban atención a su escolaridad.

Problemas físicos y emocionales: Indica que su niñez fue desagradable desde que se mudó a la ciudad de Arequipa para trabajar ya que era muy pequeña y sus jefes la maltrataban física y psicológicamente, con golpes y agresiones verbales como insultos, humillaciones y discriminación, indica que era una niña muy pasiva y esas situaciones la marcaron hasta la edad adulta, así mismo manifiesta que pasado los años empezó a formar un carácter fuerte y duro a causa de estas situaciones desagradables, y que no dejaría que la vuelvan a humillar.

Desarrollo y función sexual: La evaluada manifestó haber menstruado por primera vez a la edad de 12 años, siendo regular en su periodo menstrual. Menciona que no conocía acerca del tema, ya que esa etapa no la vivió con su familia, indica que nadie le había informado, solo escuchaba consejos y rumores. En su adolescencia indica que era tranquila y no pensaba en el enamoramiento, hasta que a la edad de 20 años conoció al padre de su primera hija con el que convivió por 4 años. Estuvo soltera por otros 4 años donde conoció a su actual pareja y padre de sus dos últimas hijas.

Aspecto laboral: La paciente empezó a trabajar desde los 10 años de edad como empleada de hogar en diferentes familias, manifiesta que fue una desagradable experiencia ya que en la mayoría de las familias la explotaban en el trabajo, maltrataban y humillaban. Tampoco respetan sus derechos como continuar con sus estudios y tener un salario acorde a su trabajo.

Hábitos e influencias nocivas o toxicas: La paciente indica que no presentó atención al consumo de bebidas alcohólicas en su adolescencia. Al cumplir la mayoría de

edad empezó a frecuentar amigos y salir a fiestas es donde probó alcohol por primera vez, señala que solo consumía en reuniones familiares o amicales, indica que en la actualidad no consume ni le gusta, es su esposo quien la insita a tomar en ocasiones, ella accede por compromiso y en otras la rechaza.

Historia de la recreación y de la vida: Manifiesta que no tenía actividades recreativas en su niñez ya que se dedicaba al trabajo, al crecer empezó a salir con sus amigos a conversar o compartir momentos. Actualmente visita a sus hermanas en ocasiones o sale con sus hijas al parque, esto no se realiza cotidianamente. Por otro lado, indica que siempre fue una mujer trabajadora y dedica, lo cual impedía divertirse.

Enfermedades y accidentes: Indica que no ha sufrido enfermedades graves ni accidentes que hayan sido de impacto en su vida.

Rasgos de personalidad premórbida: Paciente fue una niña tímida y pasiva, en el transcurrir de los años por las experiencias desagradables que pasó en su ambiente familiar y laboral es que comenzó a cambiar su estado emocional, siendo una adolescente sociable y con amigos, presentando desconfianza e inseguridad hacia los demás, mostrándose siempre alerta y no dejando que la intimiden.

V. HISTORIA FAMILIAR

Composición familiar: Su familia está conformada por sus padres y 6 hijos, de los cuales son 5 mujeres y un hombre, la paciente ocupa el cuarto lugar en su familia. Su familia actual está conformada por su pareja y sus tres hijas de 5, 6 y 19 años respectivamente, donde su hija mayor es de un compromiso anterior y sus dos hijas menores de su pareja actual. En la casa donde viven también se encuentran su suegra.

Dinámica Familia: La pareja presenta problemas y discusiones frecuentemente, occasionando un ambiente familiar inadecuado para la formación emocional de sus hijas.

Indica que no maltratan físicamente a sus hijas, solo regaños por desobediencia. Por otro lado, la paciente manifiesta que su hija mayor quien es de su primer compromiso, no tiene una buena relación con su pareja actual, esto los ha llevado muchas a discutir.

Condiciones socio-económicas: La pareja de la paciente es quien sostiene económicamente el hogar, sin embargo, en ocasiones presentan problemas económicos por la falta de responsabilidad de su pareja en el trabajo, agregando a esto la inestabilidad y poca comunicación en la relación. La paciente se dedica al hogar y al cuidado de sus hijas menores, manifiesta que desearía trabajar, pero eso haría que sus hijas se descuiden en sus estudios y estarían en abandono.

VI. RESUMEN

Paciente de 44 años, acude a consulta psicológica para realizarle un tratamiento psicológico para el control de ira y agresividad, referido por el poder judicial. Paciente es la cuarta hija de la familia, nació sin complicación alguna, se desarrolló adecuadamente como cualquier otra niña de su edad. Asistió al nivel primario a los 6 años, donde se adaptó con facilidad y su rendimiento escolar fue regular, sin embargo, por motivo de trabajo se mudó a la ciudad de Arequipa a la edad de 10 años donde logró culminar sus estudios primarios a duras penas, ya que sus jefes no la apoyaban y solo querían que trabaje. Fue una persona tranquila, humilde y pasiva. Actualmente es madre de tres hijas de 5, 6 y 19 años. Se muestra preocupada por su situación legal, pero sobre todo le mortifica emocionalmente la relación actual con su esposo, donde indica que en ocasiones se encuentra harta de la actitud inmadura y poco responsable de su pareja, lo que les lleva varias veces a la discusión, temiendo las consecuencias que esto podría causar en sus hijas.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS GENERALES

Nombre y apellidos : Adelaida P. P.
 Fecha de nacimiento : 16/12/1974
 Edad : 44 años
 Lugar de Nacimiento : Puno
 Sexo : Femenino
 Estado civil : Conviviente
 Grado de instrucción : Primaria Completa
 Procedencia : Arequipa
 Religión : Católica
 Informante : Paciente
 Lugar de entrevista : Departamento de Psicología
 Fecha de evaluación : 13 de setiembre del 2018

Nombre del entrevistador (a) : Tania de la Flor Huamani Llanca

II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

La paciente aparenta la edad cronológica que tiene (44), es de tez trigueña, de contextura delgada, en cuanto sus rasgos faciales, tienen un rostro alargado, ojos negros y cabello largo de color negro, su vestimenta era acorde a la estación y al lugar en el que se encuentra, presentando así un adecuado arreglo personal.

Se encuentra orientada en tiempo y espacio, en el transcurso de la entrevista se mostró con confianza y desenvuelta, colaborando en la entrevista, así mismo consiente de su situación con preocupación enfocada a su situación legal y a la relación inestable que mantiene con

su pareja, por lo que presenta en ocasiones insomnio, tristeza y estrés, repercutiendo en su estabilidad emocional.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

Su atención y comprensión es de nivel bajo, lo que causaba dificultad en captar las consignas en las evaluaciones, responde a todas las preguntas en forma rápida, se encuentra lucida, discrimina con un poco de dificultad su esquema corporal derecha-izquierda, orientación topográfica. Su orientación temporal le permite el reconocimiento de hora, mes y año en el que se encuentra, así mismo refiere nombre, edad, domicilio y otros datos referidos a su persona.

IV. PENSAMIENTO

El curso del pensamiento es circunstancial, presentado en ocasiones fuga de ideas, brinda información excesiva y redundante, con detalles excesivo e innecesarios, en cuanto al contenido existe la presencia de ideas pesimistas sobre la situación que está pasando, y sobre la relación con su pareja, indica que en ocasiones desearía separarse de él para estar más tranquila. También presenta pensamientos pesimistas en sí misma, como la baja autoestima y sentimientos de culpabilidad, ya que su suegra la recrimina muchas veces y la responsabiliza de todos sus problemas.

V. LENGUAJE

La paciente presenta un lenguaje expresivo, se caracteriza por ser poco fluido, poco coherente, el tono de voz empleado es alto de curso rápido, sus respuestas son rápidas y se extiende en las respuestas que da, en ocasiones cambia los temas de conversación por aquello que le agrada, divagando y saliéndose del tema.

VI. PERCEPCIÓN

La paciente presenta una percepción adecuada pues discrimina y reconoce la calidad y cualidad de todos los estímulos tanto visuales, auditivos, olfatorios y táctiles.

VII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

a) Memoria:

Su memoria a corto plazo y largo se encuentran conservados, La examinada responde sin ninguna dificultad, ante hechos personales como cuando es su cumpleaños, fechas memorables, donde estudio y cuestiones personales acerca de su niñez; juventud y también tiene facilidad para recordar hechos recientes por ejemplo los hechos más relevantes que están sucediendo en nuestro país.

b) Inteligencia:

Su capacidad intelectual se encuentra en un nivel promedio acorde a la edad referida, logra utilizar sus habilidades para la resolución de problemas y conflictos que se presenten.

VIII. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

La paciente muestra problemas emocionales de tristeza, preocupaciones que ha repercutido en su estado de ánimo debido a consecuencia de un ambiente problemático en el que su familia se encuentra, por todos los hechos que vivió con su pareja manifiesta presentar un resentimiento, así como también cólera hacia su suegra, ya que indica que se mete mucho en su relación y sobreprotege a su pareja.

IX. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD

La paciente comprende el estado en el que se encuentra, acepta su problema ya que muy aparte de la sentencia que le dio el juez, ella voluntariamente pensaba asistir al consultorio psicológico por busca de ayuda, muestra una actitud positiva frente a la ayuda psicológica, se muestra interesada por el apoyo que se le puede brindar a su familia, de cambiar su conducta y estado emocional.

X. RESUMEN

Paciente del sexo femenino, de 44 años de edad, aparenta edad cronológica, de tez trigueña y con un adecuado arreglo personal. Se muestra orientado en tiempo y espacio, en la entrevista se muestra con confianza y colaboradora, presenta dificultad para prestar atención y centrarse en el tema, el curso del pensamiento es circunstancial, por lo que en ocasiones se sale del tema, divaga y brinda detalles excesos de la información, muestra un lenguaje poco fluido, muestra conciencia de su problema por lo que denota una actitud positiva para el cambio, en cuanto al estado de ánimo presenta dificultades y preocupaciones por los hechos traumáticos que pasó con su pareja y las repercusiones que esto podría tener en sus hijas.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS GENERALES

Nombre y apellidos : Adelaida P. P.
 Fecha de nacimiento : 16/12/1974
 Edad : 44 años
 Lugar de Nacimiento : Puno
 Sexo : Femenino
 Estado civil : Conviviente
 Grado de instrucción : Primaria Completa
 Procedencia : Arequipa
 Religión : Católica
 Informante : Paciente
 Lugar de entrevista : Departamento de Psicología
 Fecha de evaluación : 17 y 19 de setiembre del 2018

Nombre del entrevistador (a) : Tania de la Flor Huamani Llanca

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta para la realización de las pruebas psicológicas.

III. OBSERVACIONES GENERALES

Paciente de 44 años de edad, presentó un estado de salud adecuado para la realización de la evaluación, en el momento de la entrevista se mostró con una actitud colaboradora y entusiasta en realizar las pruebas. Presentó algunas dificultades para entender las indicaciones dadas, por lo que se le tuvo que repetir varias veces, después procedió a resolver, se presentó varias dudas durante la prueba las cuales fueron

respondidas satisfactoriamente. En ocasiones se distraía por la larga duración de algunas pruebas, pero luego retomaba con la resolución y al finalizar se despidió amablemente retirándose a realizar sus actividades.

IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas
 - Test de Matrices Progresivas RAVEN (Computarizado) (Forma G)
 - Test Gestáltico Vizo-motor de Bender
 - Tamizaje Zung de Depresión.
 - Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-R)
 - Test Proyectivo de la Figura Humana

V. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE LA EVALUACIÓN PSICOLOGICA REALIZADA

A. Test de Matrices Progresivas RAVEN (Computarizado) (Forma G)

Interpretación cuantitativa:

Puntaje	Norma	Percentil	Rango	Diagnóstico de capacidad
Igual o menor a	P25	25	IV +	Inferior al término medio

Interpretación cualitativa:

La paciente obtuvo un percentil de 25, indicando que posee una capacidad intelectual inferior al término medio. Presenta dificultades en la capacidad de hallar diversas soluciones a problemas de la vida diaria.

B. Test Gestáltico Vizo-Motor De Bender

Interpretación cuantitativa:

Puntaje bruto	Índice visomotor	Rango percentilar	Puntuaciones descriptivas	Edad equivalente
19	80-89	12	Por debajo del promedio	9 años

Interpretación cualitativa:

Maduración Visomotora

- Número de puntuación: 19
- Edad de maduración: 9 años con 3 meses
- Nivel de maduración: inadecuada para su edad, presentando problemas en cualquier de estas áreas; proceso integrativo, aspectos motivacionales y atencionales. Sin embargo, se agrega como observación por sus antecedentes académicos y socioculturales donde solo logró estudiar la primaria con promedios bajos.

C. Tamizaje Zung de Depresión.

Interpretación cuantitativa:

Puntaje	Índice EAD	Puntuaciones descriptivas
39	49	Dentro de los límites normales

Interpretación cualitativa:

La paciente obtuvo un puntaje de 39 puntos, con un índice EAD de 49, que se encuentra dentro de los límites normales de depresión.

D. Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-R)***Interpretación cualitativa:***

La evaluación realizada nos indica que la paciente posee un tipo de personalidad: FLEMATICO (Introvertido – estable)

Sus procesos neurodinámicos son fuertes, equilibrados y lentos, se caracteriza por ser una persona pacífica, cuidadosa y terca, uniforme, calmada cuando ella lo vea conveniente, se fija a una rutina y hábitos de vida bien estructurados, impulsiva y poco socializada, a pesar de las dificultades que se le presentan tiende a intentar lo que se propone hasta lograrlo, una alta tasa de introversión puede determinar cierta pereza y desapego al ambiente.

E. Test Proyectivo de la Figura Humana

Se interpreta por el dibujo realizado que la paciente presenta acomodación al medio, mostrándose introvertida y un apego a la madre, pose fuerza, vitalidad y comprensión, por su carácter tiene dotes de mando. Sin embargo, a pesar de tener facilidad para socializar, al inicio le cuesta, presentando timidez y dificultad para el contacto y relación, al ya poseer seguridad de su entorno es donde se desenvuelve adecuadamente. Así mismo presenta tendencia a cerrarse en sí misma, mostrando síntomas de inmadurez emocional y egocentrismo.

VI. RESUMEN

La evaluada se caracteriza por tener una personalidad de tipo flemático, generalmente es una persona que posee fuerza, vitalidad y comprensión, por su carácter tiene dotes de mando. Sin embargo, a pesar de tener facilidad para socializar, al inicio le cuesta, presentando timidez y dificultad para el contacto y relación. Se fija a una rutina y hábito de vida bien estructurado, impulsiva y perseverante, a pesar de las dificultades que se le presentan tiene a intentar lo que se propone hasta lograrlo. Se puede observar también que posee un nivel intelectual inferior al promedio, lo que presenta problemas para entender con facilidad las instrucciones, asimilar, elaborar información y emplear el uso de la lógica.

En cuanto a su aspecto emocional, se encuentra de los límites normales, sin embargo, denota en algunos indicadores que se siente cansada sin motivo, siente que se irrita más rápido que antes.

**Tania de la Flor Huamani Llanca
Bachiller en Psicología**

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

Nombre y apellidos : Adelaida P. P.
Fecha de nacimiento : 16/12/1974
Edad : 44 años
Lugar de Nacimiento : Puno
Sexo : Femenino
Estado civil : Conviviente
Grado de instrucción : Primaria Completa
Procedencia : Arequipa
Religión : Católica
Informante : Paciente
Lugar de entrevista : Departamento de Psicología
Fecha de evaluación : 24 de setiembre del 2018
Nombre del entrevistador (a) : Tania de la Flor Huamani Llanca

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta psicológica referido por el poder judicial indicando que lleve tratamiento psicológico en temas de control de la Agresividad e Ira.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas

- Test de Matrices Progresivas RAVEN (Computarizado) (Forma G)
- Test Gestáltico Vizo-motor de Bender
- Tamizaje Zung de Depresión.
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-R)
- Test Proyectivo de la Figura Humana

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente de 44 años, su familia está conformada por sus padres y 6 hermanos, de los cuales son 5 mujeres y un hombre, la paciente ocupa el cuarto lugar en su familia. Nació en el centro de salud de Puno, sin complicación alguna, se desarrolló adecuadamente como cualquier otra niña de su edad. Asistió al nivel primario a los 6 años, donde se adaptó con facilidad y su rendimiento escolar fue regular, sin embargo, por motivo de trabajo se mudó a la ciudad de Arequipa a la edad de 10 años donde logró culminar sus estudios primarios a duras penas, ya que sus jefes no la apoyaban y solo querían que trabajase.

En cuanto a su estado emocional, de niña fue una persona tranquila, obediente, humilde y pasiva, sufriendo así en la mayoría de sus trabajos maltrato psicológico y físico, estos hechos marcaron su infancia y parte de su adolescencia por lo que al cumplir la mayoría de edad comenzó a tomar conciencia de esto y empezó a actuar con desconfianza hacia los demás, en ocasiones mostrando una imagen fuerte, indiferente y orgullosa al mismo tiempo por dentro sentimientos de inseguridad.

Al cumplir los 20 años conoció a su primer compromiso con quien tuvo una hija, que actualmente tiene 19 años, la relación con dicha pareja duró 4 años, no funcionó por la falta de comprensión y conflictos que presentaban, estuvo soltera por otros 4 años hasta que conoció a su pareja actual con quien tiene 2 hijas de 6 y 7 años.

Su familia está compuesta por su pareja y sus 3 hijas, viven en la casa de su suegra

con la que no tiene una buena relación. En cuanto a la dinámica familiar presentan frecuente mente problemas y conflictos, por lo que no es un ambiente adecuado para las niñas, siendo estresante para la paciente quien indica no querer tener una relación inestable. Su pareja es quien mantiene económicamente el hogar, la paciente se encarga del cuidado de sus hijos y del hogar.

En la actualidad presenta problemas legales, esto por un altercado que ocurrió entre la paciente y su pareja hace aproximadamente un año, en la cual su pareja resultó levemente herido, por un corte en la pierna que la paciente le hizo en el momento de la discusión. Es por esto que el poder judicial indicó que lleve tratamiento en temas de control de agresividad e ira, estos hechos legales mantienen preocupada a la paciente, así mismo la mortifica emocionalmente la relación actual con su pareja, donde indica que en ocasiones se encuentra harta de la actitud inmadura y la poca responsabilidad que presenta en el trabajo, lo que los lleva varias veces a la discusión y las consecuencias que esto podría causar en sus hijas.

V. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

La paciente aparenta la edad cronológica, con adecuado aseo personal, su verbalización guarda relación con su expresión facial, al contar situaciones problemáticas su rostro refleja agresividad e impulsividad, su lenguaje es expresivo con un elevado tono de voz.

Para realizar las evaluaciones y sesiones correspondientes siempre se mostró dispuesta y colaboradora, interesada en la evaluación, esforzándose en responder y ejecutar las acciones. Esto se reflejó por su asistencia puntualmente a las sesiones, en la colaboración al brindar información requerida para su evaluación psicológica, mostrando así una predisposición a realizar un adecuado tratamiento.

Paciente se encuentra lucida, orientándose en tiempo y espacio, su atención y concentración en ocasiones se disminuía, no presenta alteraciones en cuanto a la percepción, su memoria se encuentra conservada, el curso del pensamiento es circunstancial, presentado en ocasiones fuga de ideas, brinda información excesiva y redudante, con detalles excesivo e innecesarios, en cuanto al contenido existe la presencia de ideas pesimistas sobre la situación que está pasando y preocupación por su situación familiar e ideas pesimistas sobre su persona, su nivel comprensivo es bajo, esto se vio reflejado al explicarle varias veces las indicaciones en las evaluaciones que se le realizó, su esfera afectiva denota ansiedad, preocupación y tristeza.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Paciente del sexo femenino, de 44 años de edad, aparenta edad cronológica, de tez trigueña y con un adecuado arreglo personal. Se muestra orientado en tiempo y espacio, con un lenguaje claro y tono de voz fuerte.

Nació sin complicación alguna, se desarrolló adecuadamente como cualquier otra niña de su edad. En el ámbito académico solo logró estudiar la primaria presentando así dificultades en algunos criterios de evaluación.

Actualmente vive con su familia, conformado por su pareja y sus tres hijas, en la casa de su suegra, con la que no tiene una relación buena, indicando que la mayoría de veces que discute con su pareja es por malos entendidos y desacuerdos con su suegra.

La paciente en las evaluaciones realizadas posee un nivel intelectual inferior al promedio, viéndose esto reflejado al presentar varias dificultades en la hora de las evaluaciones, al no comprender algunas indicaciones dadas junto a su inatención. Este resultado también se encuentra influenciado por el nivel de educación de la paciente, que

por circunstancias ajenas no pudo culminar satisfactoriamente su educación.

En cuanto a su personalidad se caracteriza generalmente por ser una persona que posee fuerza, vitalidad, impulsividad por su carácter tiene dotes de mando. Sin embargo, a pesar de tener facilidad para socializar, al inicio le cuesta, presentando timidez y dificultad para el contacto. Emocionalmente inestable, ya que desde niña siempre se mostró pasiva y condescendiente hacia sus mayores, esto cambio paulatinamente al crecer por las diferentes circunstancias de violencia que vivió, en la actualidad reacciona alterada y agresivamente, manteniéndose alerta, mostrando esta actitud como un mecanismo de defensa.

VII. DIAGNÓSTICO

Paciente del sexo femenino de 44 años de edad, con una inteligencia inferior al promedio, caracterizada por tener una personalidad Flemática, sus procesos neurodinámicos son fuertes, equilibrados y lentos, se caracteriza por ser una persona pacífica, cuidadosa y terca, uniforme, calmada cuando ella lo vea conveniente, se fija a una rutina y hábitos de vida bien estructurados, impulsiva y poco socializada. Indicando también la falta de control de emociones, ya que frecuentemente reacciona de forma agresiva frente a situaciones de conflicto. Tomando en cuenta la información obtenida, se concluye que la paciente presenta según el CIE-10 (Z63.7) *Otros hechos estresantes de la vida diaria que afectan a la familia y al hogar* y (Z65.3) *Problemas relacionados con otras circunstancias legales*.

VIII. PRONÓSTICO

Favorable, ya que existe la disposición plena del paciente en realizar su tratamiento psicológico, además cuenta con el apoyo de la familia.

IX. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia familiar
- Psicoterapia de apoyo
- Exámenes neuropsicológicos

**Tania de la Flor Huamani Llanca
Bachiller en Psicología**

PLAN PSICOTERAPEUTICO

I. DATOS GENERALES

Nombre y apellidos : Adelaida P. P.
 Fecha de nacimiento : 16/12/1974
 Edad : 44 años
 Lugar de Nacimiento : Puno
 Sexo : Femenino
 Estado civil : Conviviente
 Grado de instrucción : Primaria Completa
 Procedencia : Arequipa
 Religión : Católica
 Informante : Paciente
 Lugar de entrevista : Departamento de Psicología
 Fecha de evaluación : 28 de setiembre del 2018
 Nombre del entrevistador (a) : Tania de la Flor Huamani Llanca

II. DIAGNÓSTICO

Paciente del sexo femenino de 44 años de edad, con una inteligencia inferior al promedio, caracterizada por ser una persona pacífica, cuidadosa y terca, con tendencia a la impulsividad, así mismo presenta vitalidad y fuerza lo que sería una ventaja para la elaboración de sus actividades diarias. Se observa la inestabilidad emocional que tiene, por los problemas familiares que presenta, principalmente en la relación con su esposo y su suegra. Indicando también la falta de control de emociones, ya que en ocasiones reacciona agresivamente ante las discusiones que se dan en el ambiente familiar. Tomando

en cuenta la información obtenida, se concluye que la paciente presenta según el CIE 10 (Z63.7) *Otros hechos estresantes de la vida diaria que afectan a la familia y al hogar y (Z65.3) Problemas relacionados con otras circunstancias legales.*

III. OBJETIVO GENERAL

Se busca principalmente llevar una psicoterapia para lograr la estabilidad y el control emocional, ira y agresividad, mejorando su autoestima, confianza y seguridad en sí misma con el entrenamiento de sus habilidades sociales, así mismo disminuir su ansiedad con técnicas de autocontrol, además de la restructuración de sus ideas negativas y mal aprendidas.

IV. DESCRIPCIÓN DE PLAN PSICOTERAPEUTICO

SESIÓN N° 1	PSICOEDUCACIÓN
MODELO	Cognitivo-conductual
OBJETIVOS	Motivar al paciente a que se comprometa con respecto a la terapia. Mostrar la importancia del tratamiento psicoterapéutico para su salud mental.
MATERIALES	- Imágenes - Hoja de compromiso - Útiles de mesa
DESARROLLO	Se realizará el saludo y rapport con el paciente, para crear un clima de confianza. Se le explicará al paciente el objetivo del tratamiento, la importancia para que lleve una adecuada salud mental, junto a las

	<p>indicaciones necesarias para la terapia, como cuantas sesiones y tiempo se tomara.</p> <p>También se le resaltará la importancia de realizar un compromiso con la terapia y las tareas correspondientes que se brindará.</p> <p>Se empezará a explicar las pautas psicoeducativas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Brindar información acerca del problema que tiene.- Como va a repercutir en su vida tanto en el ámbito familiar, social y trabajo.- Como puede repercutir su comportamiento en sus hijas ya que ella es un modelo.- Que consecuencias traería a largo plazo
DURACIÓN	45 min

SESIÓN N° 2	"MI AUTOESTIMA" - Espejo autocritico
MODELO	Cognitivo-conductual
OBJETIVOS	Que el paciente pueda cambiar la visión negativa de sí mismo y afianzar su autoestima. Así mismo afianzar su estabilidad emocional
MATERIALES	- Espejo - Útiles de mesa
DESARROLLO	Se le habla del tema de autoestima porque es uno de los factores importantes y por donde debemos de empezar la psicoterapia, para esto también usaremos la técnica del espejo autocritico, donde se le pide al paciente que se relaje y este tranquila, le damos un espejo y que este a la altura de su cara, que vea su reflejo y mencione que ve, todos los aspectos positivos y negativos. Esto para que la paciente se dé cuenta cuanto se conoce y lo valiosa que es, no solo observando sus virtudes sino también sus defectos y que debe de aceptarse tal y como es.
DURACIÓN	45 min

SESIÓN N° 3	"UNA BUENA COMUNICACIÓN" - Espejo autocrítico
MODELO	Cognitivo-conductual
OBJETIVOS	Dar a conocer los conceptos principales de la comunicación, sobre todo en la familia.
MATERIALES	. Un ambiente de trabajo -Información sobre la comunicación familiar
DESARROLLO	<p>Se le brindo información acerca de la importancia de la comunicación en todos los aspectos de la vida tanto para comunicar una información adecuada como para la solución de conflictos, enfocándonos principalmente en la comunicación asertiva.</p> <p>Así mismo se le indica cual es la importancia de las gesticulaciones que hacemos al hablar, de ver cómo es nuestra comunicación no verbal, que también influye en la percepción que los demás tienen de nosotros, para esto, utilizamos el espejo.</p> <p>Finalmente, se le dejó de tarea que en casa hable frente el espejo haciendo mímicas y gesticulaciones.</p>
DURACIÓN	45 min

SESIÓN N° 4	<p>“APRENDIENDO A RELAJARME”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento de la relajación progresiva, visualización. - Expresión de sentimientos
MODELO	Cognitivo-conductual
OBJETIVOS	Establecimiento de una relación de confianza y aceptación del paciente a través de la sugerencia y convicción
MATERIALES	-----
DESARROLLO	<p>Se le brinda indicaciones con respecto al proceso primeramente de una respiración adecuada. Se realiza el relajamiento de músculos del cuerpo cerrando los ojos tomando aire por la nariz lentamente contar hasta 5 y exhalando por la boca.</p> <p>Luego se continua con la relajación del cuerpo donde tuvo que arrugar el rostro unos diez segundos y concentrarse en cada parte del mismo, luego normalizarse y sentir como fluye la sangre por el rostro. Así mismo se realizará con todas las partes del cuerpo, poniendo en puño las manos, los pies, el abdomen, los hombros y después de soltarse sentir como fluye la sangre en su cuerpo, nunca dejando de respirar como al inicio.</p> <p>El paciente logrará expresar sus actitudes y sentimientos fundamentales en sus relaciones (familia y trabajo) a través de la comunicación asertiva.</p>
DURACIÓN	45 min

SESIÓN N° 5 y 6	“SUPERANDO PROBLEMAS” a. Entrenamiento Autógeno
MODELO	Cognitivo-conductual
OBJETIVOS	Autotranquilización por relajación interna. Poder enfrentar una situación problemática y sobresalir de esta.
MATERIALES	-----
DESARROLLO	<p>Al adquirir la capacidad de auto relajación que se enseñó en la sesión pasada, continuaremos con:</p> <p>La posición inicial, debe ser una posición cómoda sentado en un sillón cómodo o tendido, ojos cerrados. Se caracteriza por el hecho de descansar la persona, sentada, de la mitad superior de su cuerpo sobre la región dorsolumbar relajada, en posición de dorso del gato.</p> <p>Una vez que está en la posición inicial dese auto instrucciones como, “estoy tranquilo”, “me encuentro cómodo”</p> <p>No cambie el orden de los ejercicios.</p> <p>El esquema del entrenamiento general quedaría de la siguiente manera.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repetir 6 veces la frase: "El brazo derecho es muy pesado" - Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo" - Repetir 6 veces la frase: "El brazo derecho está muy caliente" - Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo" - Repetir 6 veces la frase: "El pulso es tranquilo y regular" - Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"

	<ul style="list-style-type: none"> - Repetir 6 veces la frase: "Respiración muy tranquila" - Repetir 1 vez la frase: "Estoy respirando" Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo" - Repetir 6 veces la frase: "El plexus solar es como una corriente de calor" - Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo" - Repetir 6 veces la frase: "La frente está agradablemente fresca" - Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo" <p>Afrontar los conflictos interpersonales de un modo constructivo intentado sacar el lado positivo nos permite disponer de más posibilidades de lograr su resolución acorde con nuestros objetivos e intereses.</p>
DURACIÓN	45 min

SESIÓN N° 7	“MI FORMA DE PENSAR” a. Desensibilización sistemática
MODELO	Cognitivo-conductual
OBJETIVOS	Modificar aquellos pensamientos constantes y negativos del paciente.
MATERIALES	- Notas de registro - Útiles de mesa
DESARROLLO	Se le pedirá a la paciente un listado de sus pensamientos más recurrentes y negativos que tenga a lo largo del día, anotar en una jerarquización desde el pensamiento menos frecuente al más frecuente, luego se procederá a trabajar con el primero de la lista y realizar preguntas más racionales acerca de esa idea hasta que quede claro y así seguir sucesivamente con las demás..
DURACIÓN	45 min

SESIÓN N° 8	INTERACTUANDO CON MI FAMILIA
MODELO	Sistémico familiar
OBJETIVOS	-Incremento de la confianza en los miembros de la familia -Mejorar los estilos de comunicación, para estrechar lazos
MATERIALES	- Notas de registro - Videos
DESARROLLO	Para esta sesión se desarrollará la técnica role playing con la madre, el padre y las niñas, en la cual se les dará unas situaciones conflictivas que suceden en una familia, para que cada miembro sepa cómo reaccionaría la otra persona ante dicha situación, cambio roles del niño como padre y de los padres como el niño. De esta manera sepan cómo actúa la otra persona, qué decisiones tomaría etc. Proyectar los estilos de comunicación para explicar el más adecuado, así mismo dramatizarlo.
DURACIÓN	45 min

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El plan psicoterapéutico tiene una duración aproximada de 8 sesiones, durante 2 meses, con una frecuencia de 1 vez a la semana paulatinamente según el progreso que la paciente muestre.

VI. LOGROS OBTENIDOS

Se logró realizar seis sesiones

VII. CAMBIO DE ACTITUDES Y/O COMPORTAMIENTOS

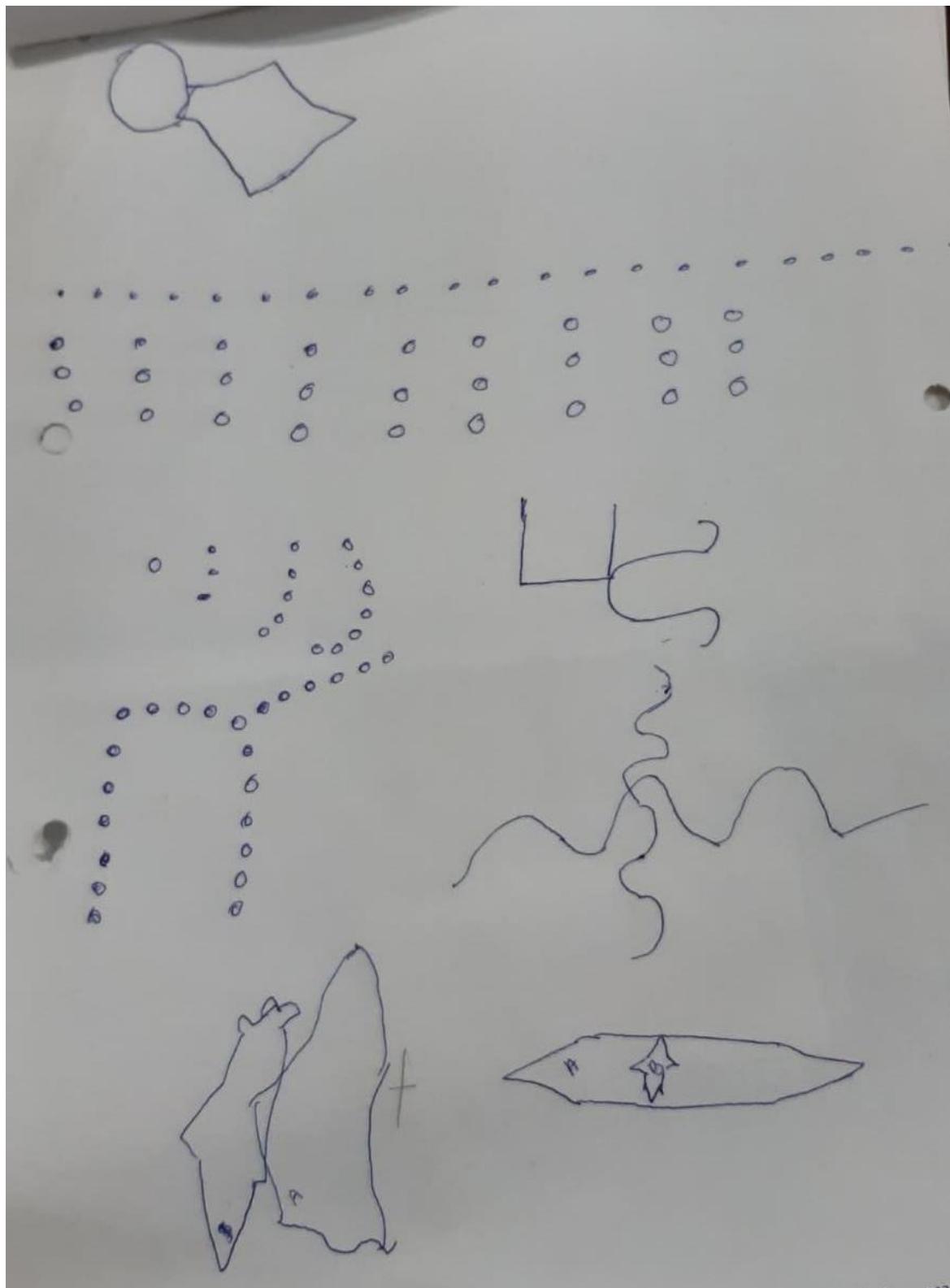
Paciente logra comprender la importancia de la autoestima, de que debe de quererse y valorarse, así mismo sus pensamientos inadecuados y negativos están disminuyendo, sin embargo, en ocasiones vuelven esas ideas, paciente indica que es sobre todo por el ambiente negativo donde se encuentra, ya que las discusiones que tiene con su esposo y suegra no la ayudan a cambiar ni eliminar esos pensamientos.

También manifiesta que, al momento de una discusión con su esposo, empieza a pensar primero y no dejarse llevar por sus impulsos, indica que se calma y empieza a recordar lo hablado en las sesiones, luego realiza las respiraciones profundas que se le enseño para calmarse. Seguidamente busca solucionar el problema conversando con su esposo, encontrándose así ya más calmados para tener una comunicación asertiva, así mismo manifiesta que esto le ha funcionado y que ha llegado a solucionar varias veces sus desacuerdos, sintiéndose así mucho mejor.

**Tania de la Flor Huamani Llanca
Bachiller en Psicología**

ANEXOS

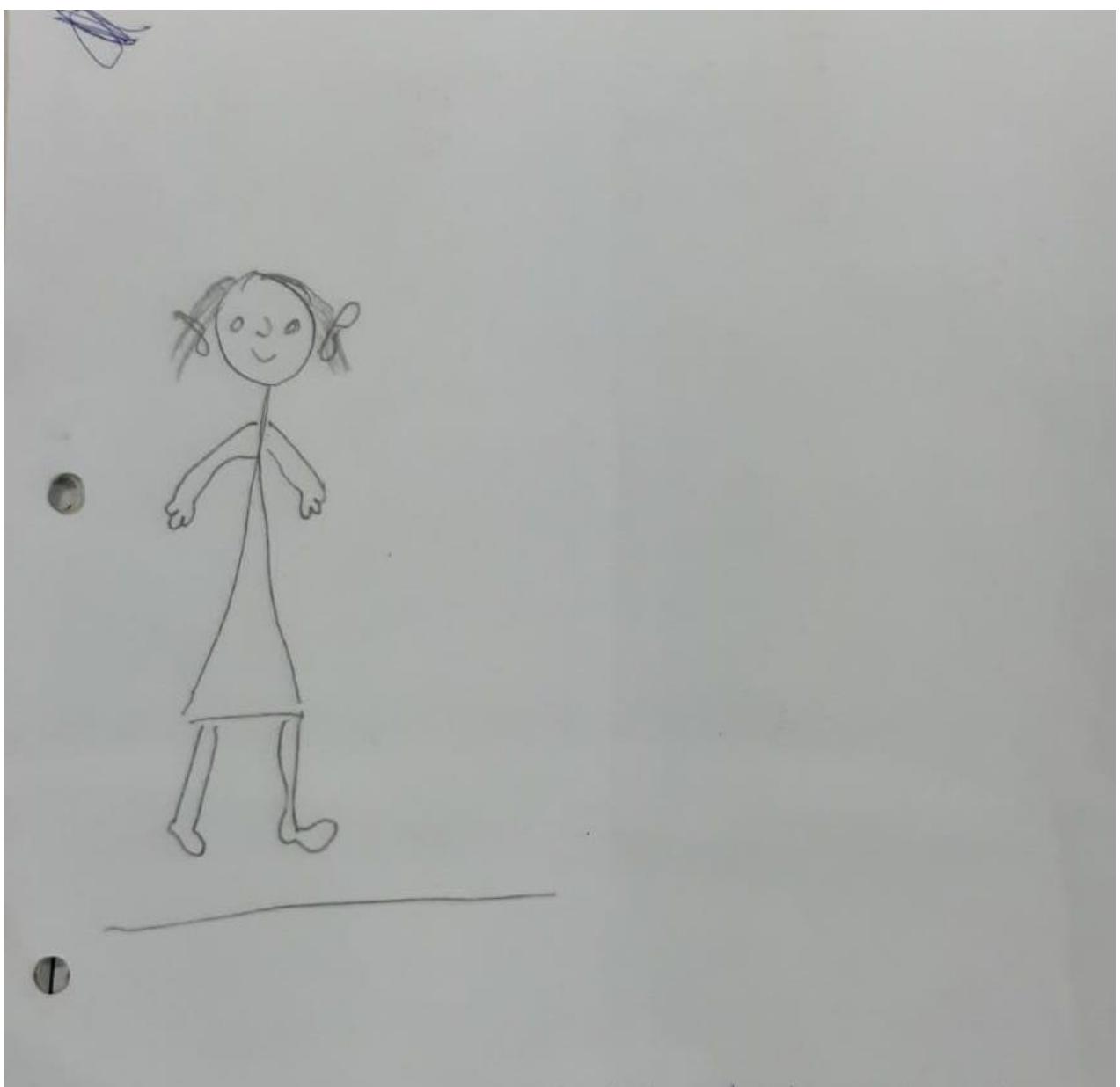
CASO I

Anexo N°8: Caso I

- Test Gestáltico Vizo-motor de Bender

1.- NO	22.- SÍ	42.- NO
2.- SÍ	23.- SÍ	43.- NO
3.- SÍ	24.- NO	44.- NO
4.- SÍ	25.- SÍ	45.- NO
5.- NO	26.- SÍ	46.- NO
6.- SÍ	27.- SÍ	47.- SÍ
7.- SÍ	28.- SÍ	48.- SÍ
8.- SÍ	29.- SÍ	49.- SÍ
9.- SÍ	30.- NO	50.- SÍ
10.- SÍ	31.- SÍ	51.- NO
11.- SÍ	32.- SÍ	52.- SÍ
12.- SÍ	33.- SÍ	
13.- NO	34.- SÍ	53.- NO
14.- NO	35.- NO	54.- SÍ
15.- SÍ	36.- SÍ	55.- SÍ
16.- SÍ	37.- NO	56.- SÍ
17.- SÍ	38.- NO	57.- SÍ
18.- NO	39.- NO	
19.- SÍ	40.- SÍ	
20.- SÍ	41.- SÍ	
21.- SÍ		

- Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-R)



- Test Proyectivo de la Figura Humana

ESCALA DE ZUNG
DEPRESIÓN

H. CL.: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Dirección: _____

MARQUE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE SE AJUSTA A SU RESPUESTA

- 1 ME SIENTO TRISTE Y DECAÍDO
- 2 POR LAS MAÑANAS ME SIENTO MEJOR
- 3 TENGO GANAS DE LLORAR Y A VECES LLORO
- 4 ME GUSTA MUCHO DORMIR POR LAS NOCHES
- 5 COMO IGUAL QUE ANTES
- 6 AÚN TENGO DESEOS SEXUALES
- 7 NOTO QUE ESTOY ADELGANZANDO
- 8 ESTOY ESTREÑIDO
- 9 EL CORAZÓN ME LATE MÁS RÁPIDO QUE ANTES
- 10 ME CANSO SIN MOTIVO
- 11 MI MENTE ESTÁ TAN DESPEJADA COMO ANTES
- 12 HAGO LAS COSAS CON LA MISMA FACILIDAD QUE ANTES
- 13 ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO
- 14 TENGO CONFIANZA EN EL FUTURO
- 15 ESTOY MÁS IRRITABLE QUE ANTES
- 16 ENCUENTRO FÁCIL TOMAR DECISIONES
- 17 SIENTO QUE SOY ÚTIL Y NECESARIO
- 18 ENCUENTRO AGRADABLE VIVIR
- 19 CREO QUE SERÍA MEJOR PARA LOS DEMÁS SI ESTUVIERA MUERTO
- 20 ME GUSTAN LAS MISMAS COSAS QUE ANTES

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1	(2)	2	4	
4	(3)	2	1	
1	(2)	3	4	
(1)	2	3	4	
4	3	(2)	1	
(4)	3	2	1	
(1)	2	3	4	
1	2	3	(4)	
(1)	2	3	4	
1	(2)	3	4	
4	(3)	2	1	
4	3	2	(1)	
(1)	2	3	4	
4	3	2	(1)	
(1)	2	3	4	
4	(3)	2	1	
1	2	3	(4)	
4	3	2	(1)	
(1)	2	3	4	
4	3	2	(1)	

PUNTAJE TOTAL:

39

- Tamizaje Zung de Depresión.

CASO CLÍNICO II

PRESENTADO POR YESICA ROXANAVILCA MESTAS

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos : Delcy
- Fecha de Nacimiento : 17/11/69
- Edad : 49 años
- Lugar de Nacimiento : Moquegua
- Grado de Instrucción : 3ro de secundaria
- Estado Civil : Casada
- Residencia : Moquegua - Omate
- Ocupación : Labores en casa y Chacra
- Religión : Católica
- Informante : Paciente, esposo e hijo.
- Lugar de Evaluación : Hospitalización de Psiquiatría
- Fechas de Evaluación : Del 25 al 26 de octubre del 2018
- Entrevistadora : Yesica Roxana Vilca Mestas

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a hospital acompañada por su hijo para su control por consultorio externo de psiquiatría, donde se observa la siguiente sintomatología; ansiedad, labilidad emocional, cansancio excesivo, irritabilidad, temblor en las manos, agitación psicomotriz, náuseas, presentando además una complicación hepática; su hijo refiere haberla encontrado a su mamá consumiendo alcohol dos días antes, siendo suficientes indicadores de que la paciente ha recaído, posteriormente queda internada en hospitalización del servicio de psiquiatría, donde como parte de su

tratamiento se requiere de apoyo psicológico para su iniciación terapéutica y recuperación.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

Tiempo: 7 años aproximadamente.

Forma de inicio: progresiva.

Según refiere su consumo inicio hace 7 años luego de que su familia pasará por dificultades que dejaron huella en la paciente, debido al abuso sexual que vivió su hija luego de haber sido dopada, pasando de un consumo de alcohol medido que se daba solo en fiestas o reuniones sociales a uno más frecuente, justificando este en “el sentimiento de culpa que cargaba”, convirtiéndose estos en pensamientos reiterativos que la aquejaban constantemente, hasta ese entonces su consumo de alcohol era de hasta 3 veces por semana, tendiendo a llevar consigo casi siempre una “chata” botella pequeña que contiene licor el cual ocultaba bajo su ropa y bebía a escondidas o cuando se quedaba sola en casa, hace 3 años aproximadamente luego de la muerte de su padre, paciente entra en un estado de abatimiento, pesadez y desgano, dificultad para seguir con sus labores de casa y de la chacra, presentaba además insomnio, temblor en las manos; su hijo refiere que su mamá llegó a tener alucinaciones auditivas, escuchaba voces con tono burlesco o música; es por esos días que paciente refiere haber sufrido una caída de 3 metros de altura de noche, motivo por el cual es traída por emergencia, donde le diagnostican luego de ser evaluada por interconsulta realizada por psiquiatría, se le diagnóstica Síndrome de abstinencia alcohólica, es luego de ese episodio que por insistencia de sus familiares que comienza el tratamiento por consultorio externo en psiquiatría luego de ser dada de alta; es en su último control que además del evidente aliento a alcohol, la paciente

presentaba sintomatología, ansiosa (desosegada, temblor en las manos y escalofríos), irritabilidad, labilidad emocional. náuseas y vómitos, siendo suficiente evidencia de haber recaído en el consumo de alcohol, debido a ello es que el médico psiquiatra a cargo y con acuerdo de su hijo quien lo acompañaba a control que es internada en el servicio de psiquiatría, actualmente lleva 5 días de hospitalización.

Antecedentes Clínicos: Paciente con antecedente de dependencia al alcohol, se encuentra en su primera hospitalización en el servicio de psiquiatría luego de asistir a control por consultorio externo de psiquiatría, debido al tratamiento que viene llevando desde el año 2015 debido al diagnóstico antes mencionado.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

- Los datos de primeras etapas de desarrollo son algo escasas.
- **Etapa Pre-natal:** Según refiere paciente, su madre llevo un embarazo sin complicaciones.
- **Etapa Natal:** Nació al termino de los 9 meses por parto natural.
- **Etapa Post-Natal:** Paciente refiere haber tenido un adecuado desarrollo psicomotriz y de lenguaje. Control de esfínteres a los dos años.
- **Etapa Escolar:** Paciente refiere pocos recuerdos, sin embargo, menciona que durante su escuela primaria fue una alumna con calificaciones promedio, si bien gustaba de participar en actividades escolares, recitando poemas y canciones, se le dificultaba establecer relaciones interpersonales con pares, ya que según refiere no jugaba con sus compañeros de clase, así también, se le dificultaba establecer nuevas amistades. En cuanto a sus estudios secundarios indica haber tenido calificaciones promedio, por otro lado, lograba comunicarse e interactuar con sus coetáneos con ciertas dificultades debido a que era introvertida; además refiere

haber interrumpido sus estudios en el tercer año de secundaria, debido a su primer embarazo, dedicándose posteriormente al cuidado de su pequeño y agricultura en la chacra de sus padres.

- **Desarrollo y Función Sexual:** Paciente refiere haber iniciado su vida sexual a los 16 años de edad, mismo año en el que quedó embarazada de su primer hijo. En su primera relación en la cual concibió a su primer hijo fue abandonada por el padre, quien no se hizo cargo de la paternidad causándole dificultades tanto económicas como emocionales. Ha tenido solo dos parejas sexuales siendo su actual compromiso el segundo, con quien ya lleva 30 años de casada.
- **Historia de vida y recreación:** Desde pequeña paciente mostraba interés por aprender poemas y cantos, para recitarlos en actividades escolares. Sin embargo, encasa debía dedicarse al apoyo de las labores domésticas o de agricultura por lo que no tuvo muchos momentos de recreación o juego, algo que influyó mucho en su interacción con pares y la formación de nuevas amistades.
- **Hábitos e influencias nocivas:** Si bien durante muchos años tuvo una alimentación nutritiva, así como haber gozado de un sueño normal, estos se han visto afectados en los últimos años, ya que su apetito varía dependiendo a su estado de ánimo, su sueño se encuentra alterado, ya que tiene sueño excesivo. Cabe resaltar que inicio el consumo de alcohol en compromisos familiares y festividades de su pueblo a manera de acompañar a su pareja, sin embargo, este consumo ha ido en aumento, generando una dependencia a este.
- **Actividad Laboral:** Ha trabajado desde muy joven, cumpliendo labores de agricultura en la chacra de sus padres, luego trabajo en sus propias tierras y ha apoyado en la producción de pisco a su esposo. Además, en el pasar de los años ha desempeñado estas labores en conjunto con sus tareas como ama de casa.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

- **Enfermedades y accidentes:** Hace 3 años aproximadamente tuvo una caída del caballo no reportando un daño significativo, además tuvo un desmayo el cual fue seguido de convulsiones siendo llevada de emergencia al hospital donde indicaron que dicho episodio se debió a la acción de medicamentos que se le recetaron. Actualmente ha sido diagnosticada con una hepatopatía crónica.
- **Personalidad Pre mórbida:** La paciente desde niña se mostró como una niña tímida, ansiosa y temerosa, muy apagada a su madre. De joven mantenía ese retraimiento, sumado a sentimientos de inseguridad, con dificultad para interaccionar con sus compañeros, sus amistades eran reducidas. Mantenía una relación amable con ambos padres y sus hermanos; de adulta se muestra cautelosa, ansiosa e hipersensible, prefiere el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Vivió en una familia donde su padre era autoritario, dominante, despota, violento tanto con su madre como con ella y sus hermanos, además refiere que su padre habitualmente consumía bebidas alcohólicas, llegando a casa y tornarse agresivo.

- **Composición Familiar:** Paciente actualmente vive con su esposo, y su hijo mayor, quien vive con ella temporalmente debido a motivos laborales.
- **Dinámica Familiar:** La paciente refiere haber llevado un matrimonio feliz junto a su esposo, con quien lleva 30 años de casada, con quien ha tenido 3 hijos, a quienes han brindado una educación basada en la unión y cooperación familiar. Todos los hijos son profesionales.

- **Condición Socioeconómica:** Vive en casa propia, posee ingresos económicos producto del trabajo en labores de agricultura, no teniendo dificultades para solventar su hogar y demás necesidades.

VII. RESUMEN

Paciente refiere haber sido desde muy pequeña una estudiante promedio, participativa, en cuanto al nivel académico se refiere, sin embargo, en cuanto a sus relaciones con pares era limitada, ya que refiere haber sido algo tímida y retraída y le costaba establecer nuevas amistades, algo que continuó durante sus estudios en el nivel secundario; siendo interrumpidos en el tercer año, debido a su primer embarazo, y continuados posteriormente hasta concluirlos. A los 16 años conoce al padre de su primer hijo, quedando embarazada a los 16 años, él la abandonó no haciéndose cargo de la paternidad, causándole dificultades tanto económicas como emocionales, actualmente está en su segundo compromiso, con quien ya lleva 30 años de casada, obteniendo en esta relación todo lo contrario a la primera, ya que le brinda estabilidad; refiere haber llevado un matrimonio feliz junto a su esposo, con quien ha tenido 3 hijos, a quienes han brindado una educación basada en la unión y cooperación familiar.

Refiere haber vivido dentro de una familia disfuncional, donde si bien recibía apoyo y protección de su madre a quien era muy apagada, sucedía todo lo contrario con su padre quien era autoritario, dominante, déspota, violento tanto con su madre como con ella y sus hermanos, además refiere que su padre habitualmente llegaba a casa “borracho” tornándose agresivo; influyendo en ella de manera negativa ya que esta situación la ponía ansiosa y temerosa.

En cuanto a su vida laboral, refiere haber trabajado desde muy joven en

agricultura, cumpliendo labores en la chacra de sus padres, luego trabajando terrenos propios y apoyando en la producción de pisco a su esposo; con el pasar de los años ha desempeñado estas labores en conjunto con sus funciones como ama de casa.

Hace 7 años luego de que su familia pasará por dificultades que dejaron huella en la paciente, debido al abuso sexual que vivió su hija luego de haber sido dopada, pasó de un consumo de alcohol medido que se daba solo en fiestas o reuniones sociales a uno más frecuente, justificando este en “el sentimiento de culpa que cargaba”, convirtiéndose estos en pensamientos reiterativos que la aquejaban constantemente, hasta ese entonces su consumo de alcohol era de hasta 3 veces por semana; hace 3 años aproximadamente luego de la muerte de su padre, paciente entra en un estado de abatimiento, pesadez y desgano, dificultad para seguir con sus labores de casa y de la chacra, presentando además insomnio, temblor en las manos; llegando a tener alucinaciones auditivas, según refiere su esposo, escuchaba voces con tono burlesco o música; es por esos días que paciente refiere haber sufrido una caída de 3 metros de altura del caballo, motivo por el cual es traída por emergencia, donde le diagnostican con Síndrome de abstinencia alcohólica, es luego de ese episodio que por insistencia de sus familiares que comienza el tratamiento por consultorio externo de psiquiatría, es en su último control que además del evidente aliento a alcohol, la paciente presentaba sintomatología, ansiosa (desosegada, temblor en las manos y escalofríos), irritabilidad, labilidad emocional, náuseas y vómitos, siendo suficiente evidencia de haber recaído en el consumo de alcohol, además que es diagnosticada con una hepatopatía crónica.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos : Delcy
- Fecha de Nacimiento : 17/11/69
- Edad : 49 años
- Lugar de Nacimiento : Moquegua
- Grado de Instrucción : 3ro de secundaria
- Estado Civil : Casada
- Residencia : Moquegua - Omate
- Ocupación : Labores en casa y Chacra
- Religión : Católica
- Informante : Paciente
- Lugar de Evaluación : Hospitalización de Psiquiatría
- Fechas de Evaluación : 23 de octubre del 2018
- Evaluadora : Yesica Roxana Vilca Mestas

II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Paciente aparenta la edad cronológica referida, es de tez trigueña, cabello castaño corto; su vestimenta se adecua a estancia hospitalaria, demuestra regular aseo y arreglo personal, cabello desordenado. Su expresión denota ansiedad, se ve tensa, desconfiada. El tono de voz es adecuado y por momentos acelerado; de postura erguida y marcha lenta. Durante la entrevista se mostró reticente y poco colaboradora.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

- **Atención:** Presenta fluctuaciones en su estado de atención, distraibilidad, evidenciando alteración en el proceso de atención y concentración, lo cual dificulta el curso normal de la entrevista.
- **Conciencia o estado de alerta:** Denota lucidez, se muestra alerta durante casi toda la entrevista, comprende indicaciones, pero a veces se niega a colaborar.
- **Orientación: tiempo, espacio, lugar, persona y personas:** Se encuentra ubicada en tiempo, lugar, espacio y persona, ya que recuerda la fecha del día, mes y el año en que estamos, así como el nombre del país, la capital, el departamento y el lugar en que se encuentra, además tiene facilidad para evocar datos personales e historia de vida; también reconoce tanto al entrevistador como a sus compañeros de habitación.

IV. LENGUAJE

En cuanto a la velocidad del lenguaje es normal, su producción verbal es adecuada. Generalmente sus respuestas están dirigidas hacia las preguntas, sin embargo, a veces pierde la dirección del tema de conversación. Sus respuestas por lo regular guardan un orden lógico y coherencia discursiva.

V. PENSAMIENTO

Por el curso del pensamiento no se observa alteraciones en cuanto a la velocidad del pensamiento, sin embargo, respecto a la forma presenta perseveraciones, debido a que suele repetir ciertas frases: “señorita cuando me dan de alta”, “mi hijo me está esperando en Omate”, así también presenta pensamiento circunstancial, porque da información poco relevante como respuesta a la idea central de las preguntas realizadas durante la entrevista, dificultándose llegar a dar una respuesta concreta.

Por el contenido, paciente manifiesta ideas de culpabilidad: “yo soy culpable de que

eso el haya pasado a mi hija”, “soy mala madre.

VI. PERCEPCIÓN

No presenta alteración en relación al ambiente ni consigo mismo. No hay alucinaciones visuales, auditivas y olfativas. Reconoce y discrimina diferentes estímulos táctiles, visuales, auditivos y de sensibilidad somática

VII. MEMORIA

La memoria a corto y largo plazo se encuentra conservada, por que recuerda datos personales y de sus allegados, su identidad, así como hechos importantes relacionados a su vida.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Durante la entrevista paciente muestra cierta dificultad para mantener su atención y por consiguiente su concentración se ve afectada, Su memoria remota y memoria reciente se encuentran conservadas. Posee conocimientos básicos, su hablar demuestra que posee un vocabulario promedio, logrando formar frases coherentes, generalmente razona de manera eficaz cuando se le presenta un problema. Se le suele un poco realizar algunos cálculos.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS.

Manifiesta inestabilidad emocional, de ánimo decaído, afligida, con tendencia al llanto, presentando reacción afectiva ante eventos vivenciales, su expresión guarda relación con lo que comenta.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD

No hay conciencia de enfermedad, tampoco desea ser ayudada y quiere a toda costa salir inmediatamente de hospitalización.

XI. RESUMEN

Paciente aparenta la edad cronológica referida, es de tez trigueña, cabello castaño corto; su vestimenta se adecua a estancia hospitalaria, demuestra regular aseo y arreglo personal, cabello desordenado, su postura es erguida y su marcha lenta; su tono de voz es adecuado, por momentos acelerado. Su expresión facial denota ansiedad, desconfianza, se ve tensa, por lo que en un inicio se muestra reticente y poco colaboradora, mejorando esto con el avanzar de la entrevista.

Denota lucidez, no obstante, presenta fluctuaciones en su estado de atención, lo cual dificulta su concentración y el curso normal de la entrevista, orientada en tiempo, lugar, espacio y persona. Su lenguaje es fluido y generalmente dirigido a las preguntas, aunque a veces pierde el hilo de conversación. El curso del pensamiento se ve afectado por la presencia de perseveraciones y pensamiento circunstancial, debido a que suele repetir algunas frases una y otra vez, frases como: “señorita ya me darán de alta”, “mi hijo me está esperando en Omate” o brinda información poco relevante como respuesta a algunas preguntas, dificultando dar una respuesta concreta. No presenta alteraciones perceptivas. Su memoria remota y reciente esta conservada. Posee conocimientos básicos y un vocabulario promedio, no obstante muestra cierta dificultad para realizar algunas operaciones matemáticas.

Se muestra inestable emocionalmente, con el ánimo decaído, afligida y con tendencia al llanto; presenta reacciones afectivas vivenciales. No hay conciencia de enfermedad, no desea ser ayudada y muestra constantemente su deseo de un alta inmediata de hospitalización.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos : Delcy
- Fecha de Nacimiento : 17/11/69
- Edad : 49 años
- Lugar de Nacimiento : Moquegua
- Grado de Instrucción : 3ro de secundaria
- Estado Civil : Casada
- Residencia : Moquegua - Omate
- Ocupación : Labores en casa y Chacra
- Religión : Católica
- Informante : Paciente
- Lugar de Evaluación : Hospitalización de Psiquiatría
- Fechas de Evaluación : 25/10/18 – 26/10/18
- Evaluadora : Yesica Roxana Vilca Mestas

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Realizar un estudio sobre el nivel de funcionalidad cognitivo y rasgos de la personalidad de la paciente.

III. OBSERVACIONES GENERALES

Durante la evaluación se mostró atenta y colaboradora, sin embargo, en ciertos momentos se distraía, lo que dificultaba su concentración, se le notó un poco insegura y desconfiada al iniciar las actividades, no obstante, con el pasar del tiempo se fue soltando y tomando confianza por lo que la evaluación concluyó con éxito.

IV. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Inventario Clínico Multiaxial de MILLON
- El Montreal Cognitive Assessment test (MOCA)
- Test de los colores y palabras (STROOP)

V. RESULTADOS

A. Análisis cuantitativo

1. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (II)

Escalas de Validez				PUNTAJE	
					FINAL
V	Validez	0	=	Válido	
X	Sinceridad	554	=	Válido	97
Y	Deseabilidad Social	18	=		82
Z	Autodescalificación	32	=		95

	Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE		FACTOR		A J U S T E S				PUNTAJE	
		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-	DC-	Pac.	FINAL
						1	2				
1	Esquizoide	33	96	86							86
2	Evitativo	42	112	102		102					102
3	Dependiente	36	85	75							75
4	Histriónico	36	73	63							63
5	Narcisita	52	101	91							91
6A	Antisocial	41	88	78							78
6B	Agresivo-sádico	45	102	92							92
7	Compulsivo	52	97	87							87
8A	Pasivo-agresivo	48	113	103							103
8B	Autoderrotista	38	111	101		101					101

Patología severa de personalidad								
S	Esquizotípico	47	119	114	113	113	111	111
C	Borderline	54	97	92	92	91	91	85
P	Paranoide	59	113	108	108	108	101	101

Síndromes clínicos								
A	Ansiedad	37	115	105	104	104	97	97
H	Somatoformo	40	100	90	89	89	84	84
N	Bipolar	35	71	61				61
D	Distimia	48	99	89	88	88	83	83
B	Dependencia de alcohol	42	98	88				88
T	Dependencia de drogas	38	75	65				65

Síndromes severos								
SS	Desorden del pensamiento	33	82	77			77	77
CC	Depresión mayor	39	80	75			75	75
PP	Desorden delusional	33	100	95			95	95

2. Test de los colores y palabras (STROOP)

Lámina	Puntaje directo	Puntaje T	Descripción
Palabra	92	42	Normal
Color	53	32	Baja
Palabra - color	25	30	Baja
Interferencia	-8	42	Normal

3. El Montreal Cognitive Assessment test (MOCA)

ÁREA	Puntaje obtenido	Puntaje máximo posible
Visoespacial-ejecutiva	4	5
Identificación	3	3
Atención	4	6
Lenguaje	2	3
Abstracción	2	2
Recuerdo diferido	3	5
Orientación	6	6
Memoria	Sin puntaje	Sin puntaje
PUNTAJE TOTAL	24	30

B. Análisis cualitativo

Personalidad

De acuerdo a los resultados del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (II).

Evidencia patrones clínicos de personalidad con indicadores elevados en: **PASIVO**

AGRESIVO, EVITATIVO AUTODERROTISTA. Se caracteriza por ser una persona ansiosa, desconfiada, obstinada, impaciente, negativista e irritable, se resiste a cumplir las expectativas de los demás, resultando frecuentemente en conductas dilatorias, ineficaces y erráticas cuando no contrarias y molestas, llegando a asumir roles conflictivos y cambiantes en las relaciones sociales, ya que se considera incomprendida, desconsolada, despreciada, mostrándose con un aspecto afligido y lúgubre; actitudes que la llevan muchas veces a explorar con cautela el entorno en busca de amenazas, reaccionando en exceso ante acontecimientos inocuos y suponer de forma ansiosa ante aquellas que implican una amenaza o ridículo personal;

resultando en un fondo de tensión, tristeza, enfado y miedo al rechazo. Puede llegar a descargar su molestia con enojo y otras emociones molestas ya sea indirectamente o desplazándolas hacia personas de su entorno, llegando a expresar resentimiento por medios pasivos o sustitutorios. No obstante, a veces suele relacionarse con los demás de una manera obsequiosa y autosacrificada, mostrándose acomedida y cándida, reprimiendo señales de placer o atracción, llegando a actuar de manera poco resuelta e indolente, mostrando inconsistencia, puesto que piensa y expresa de forma reiterada actitudes contrarias a los sentimientos internos, experimentando emociones y pensamientos conflictivos respecto a sí mismo y a los otros. Repetidamente recuerda eventos de injusticia pasados o desilusiones; dependiendo de un exceso de imaginación para lograr la satisfacción de necesidades y a la resolución de los conflictos, retrayéndose en ensueños para descargar sin peligro sus impulsos afectivos o agresivos, o por otro lado mantener o aumentar el dolor y el sufrimiento.

Dentro de la patología severa de personalidad presenta indicador elevado **ESQUIZOTÍPICO, PARANOIDE.** Se muestra cautelosa, desconfiada, ansiosa e hipersensible, un desconcierto emocional y falta de afecto; prefiere el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales; inclinada a pensar de forma tangencial y con frecuencia aparece ensimismada y reflexiva. Muestra una desconfianza vigilante respecto a los demás y una defensa nerviosamente anticipada contra la decepción y las críticas y una tendencia la exasperación precipitada y colérica, frecuentemente expresa un temor a la pérdida de la independencia lo que la conduce a resistirse al control y a las influencias externas.

En cuanto a los síntomas clínicos la paciente tiene indicador moderado en **ANSIEDAD Y DEPENDENCIA AL ALCOHOL.** Con frecuencia tiende a estar tensa, indecisa e inquieta y a quejarse de una variedad de malestares físicos, como

tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos, entre otros; también puede mostrarse notablemente excitada y tener un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente y susceptibilidad generalizada. Por otro lado, presenta un historial de consumo de alcohol, habiéndose hecho esfuerzos para superar esta dificultad con mínimo éxito y como consecuencia, experimenta un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral. En cuanto a síndromes severos la paciente tiene indicador elevado en **DESORDEN DESILUSIONAL** pudiendo tender a un estado de ánimo hostil y expresar sentimientos de estar sobrecogida y maltratada; concomitante con una tensión persistente, sospechosa, vigilante y de alerta ante una posible traición.

Área cognitiva

El resultado del Test de los colores y palabras (STROOP), de acuerdo al puntaje obtenido, se evidencia disfunción cognitiva leve, evidenciando cierta dificultad en la habilidad atencional, la capacidad mnésica y el lenguaje: dificultándosele seguir las consignas y lentificando su desempeño en tareas simples; presenta una rápida y marcada pérdida de información, así también evidencia dificultad en la denominación y la repetición.

Funciones ejecutivas

De la evaluación realizada mediante el Montreal Cognitive Assessment test (MOCA), el paciente alcanzó una puntuación típica baja en cuanto velocidad de lectura de palabras, una puntuación típica normal en cuanto a velocidad de identificación de colores y una puntuación típica baja en cuanto velocidad de respuesta ante una ruta semántica de lectura, obteniendo un índice de interferencia normal, por lo que se concluye sus funciones ejecutivas se ven significativamente

afectadas, pudiendo estar asociado a una lesión en el lóbulo frontal del hemisferio izquierdo, afectando su flexibilidad cognitiva, capacidad inhibitoria de respuestas automáticas, así como en lo que refiere a control atencional, es decir puede llegar a tener escasa capacidad para controlar y regular conductas impulsivas o para adaptar el pensamiento y comportamiento a situaciones novedosas

VI. RESUMEN

Paciente evidencia disfunción cognitiva leve, presentando cierta dificultad en su habilidad atencional, capacidad mnésica y el lenguaje; lentificando su desempeño en tareas simples; presenta una rápida y marcada pérdida de información, así también evidencia dificultad en la denominación y la repetición. Sus funciones ejecutivas se ven significativamente afectadas, pudiendo estar asociado a una lesión en el lóbulo frontal del hemisferio izquierdo, afectando su flexibilidad cognitiva, capacidad inhibitoria de respuestas automáticas, así como en lo que refiere a control atencional, dificultad para adaptar el pensamiento y comportamiento a situaciones novedosas.

En cuanto a su personalidad se caracteriza por ser una persona ansiosa, desconfiada, obstinada, impaciente, negativista e irritable, muestra una pugna entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí misma; lo que representa en una incapacidad para resolver conflictos, pudiendo involucrarse en discusiones o riñas, resultado de la vacilación entre la deferencia y la obediencia o el desafío y el negativismo agresivo. mostrando un patrón de terquedad o enfado explosivo con períodos de culpabilidad y vergüenza. Casi siempre suele mantenerse vigilante, en guardia, por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto, siendo una de sus estrategias adaptativas reflejar temor y desconfianza frente a los demás, por otro lado, suele por momentos suele relacionarse con los demás de manera servil y

obsequiosa, actuando de manera modesta a fin de pasar desapercibida, al punto de permitir que los demás abusen o se aprovechen y llegar a parecer una persona lamentable. De acuerdo a la patología de personalidad obtenida de sus resultados evidencia un patrón esquizotípico, paranoide, por lo que la paciente suele expresar cautela, desconfianza, ansiedad, un desconcierto emocional y falta de afecto, si no es colérica frente al control o influencia externa. Por otro lado referente a los síndromes clínicos encontrados resaltan la ansiedad y dependencia al alcohol, lo que resulta en indecisión, inquietud, angustia, quejándose de una variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos, entre otros; por otro lado, presenta un historial de consumo de alcohol, habiéndose hecho esfuerzos para superar esta dificultad con mínimo éxito y como consecuencia, experimenta un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral.

**Yesica Roxana Vilca Mestas
Bachiller en Psicología**

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos : Delcy
- Fecha de Nacimiento : 17/11/69
- Edad : 49 años
- Lugar de Nacimiento : Moquegua
- Grado de Instrucción : 3ro de secundaria
- Estado Civil : Casada
- Residencia : Moquegua - Omate
- Ocupación : Labores en casa y Chacra
- Religión : Católica
- Informante : Paciente
- Lugar de Evaluación : Hospitalización de Psiquiatría
- Fechas de Evaluación : 23,25,26 de octubre de 2018

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente acude a hospital acompañada por su hijo para su control por consultorio externo de psiquiatría, donde se observa la siguiente sintomatología; ansiedad, labilidad emocional, cansancio excesivo, irritabilidad, temblor en las manos, agitación psicomotriz, náuseas; presentando además, una complicación hepática; a ello su hijo agrega haber encontrado a su mamá consumiendo alcohol dos días antes, siendo suficientes indicadores de que la paciente ha recaído en el consumo de alcohol, posteriormente queda internada en hospitalización del servicio de psiquiatría, donde como parte de su tratamiento se requiere de apoyo psicológico para su iniciación terapéutica y recuperación.

III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente refiere haber sido desde muy pequeña una estudiante promedio, participativa, en cuanto al nivel académico se refiere, sin embargo, en cuanto a sus relaciones con pares era limitada, ya que refiere haber sido algo tímida y retraída y le costaba establecer nuevas amistades, algo que continuó durante sus estudios en el nivel secundario; siendo interrumpidos en el tercer año, debido a su primer embarazo, y continuados posteriormente hasta concluirlos. A los 16 años conoce al padre de su primer hijo, quedando embarazada, posteriormente él la abandona no haciéndose cargo de la paternidad, causándole dificultades tanto económicas como emocionales, actualmente está en su segundo compromiso, con quien ya lleva 30 años de casada, obteniendo en esta relación todo lo contrario a la primera, ya que le brinda estabilidad; refiere haber llevado un matrimonio feliz junto a su esposo, con quien ha tenido 3 hijos, a quienes han brindado una educación basada en la unión y cooperación familiar.

Refiere haber vivido dentro de una familia disfuncional, donde si bien recibía apoyo y protección de su madre a quien era muy apagada, sucedía todo lo contrario con su padre quien era autoritario, dominante, déspota, violento tanto con su madre como con ella y sus hermanos, además refiere que su padre habitualmente llegaba a casa “borracho” tornándose agresivo; influyendo en ella de manera negativa ya que esta situación la ponía ansiosa y temerosa.

Hace 7 años luego de que su familia pasará por dificultades que dejaron huella en la paciente, debido al abuso sexual que vivió su hija luego de haber sido dopada, pasó de un consumo de alcohol medido que se daba solo en fiestas o reuniones sociales a uno más frecuente, justificando este en “el sentimiento de culpa que cargaba”, convirtiéndose estos en pensamientos reiterativos que la aquejaban

constantemente, hasta ese entonces su consumo de alcohol era de hasta 3 veces por semana; hace 3 años aproximadamente luego de la muerte de su padre, paciente entra en un estado de abatimiento, pesadez y desgano, dificultad para seguir con sus labores de casa y de la chacra, presentando además insomnio, temblor en las manos; llegando a tener alucinaciones auditivas, según refiere su esposo, escuchaba voces con tono burlesco o música; es por esos días que paciente refiere haber sufrido una caída de 3 metros de altura del caballo, motivo por el cual es traída por emergencia, donde le diagnostican con Síndrome de abstinencia alcohólica, es luego de ese episodio que por insistencia de sus familiares que comienza el tratamiento por consultorio externo de psiquiatría, es en su último control que además del evidente aliento a alcohol, la paciente presentaba sintomatología, ansiosa (desosegada, temblor en las manos y escalofríos), irritabilidad, labilidad emocional. náuseas y vómitos, siendo suficiente evidencia de haber recaído en el consumo de alcohol, además que es diagnosticada con una hepatopatía crónica.

IV. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Paciente aparenta la edad cronológica referida, es de tez trigueña, cabello castaño corto; su vestimenta se adecua a estancia hospitalaria, demuestra regular aseo y arreglo personal, cabello desordenado, su postura es erguida y su marcha lenta; su tono de voz es adecuado, por momentos acelerado. Su expresión facial denota ansiedad, desconfianza, se ve tensa, por lo que en un inicio se muestra reticente y poco colaboradora, mejorando esto con el avanzar de la entrevista.

Denota lucidez, no obstante, presenta fluctuaciones en su estado de atención, lo cual dificulta su concentración y el curso normal de la entrevista, orientada en tiempo, lugar, espacio y persona. Su lenguaje es fluido y generalmente dirigido a las

preguntas, aunque a veces pierde el hilo de conversación. El curso del pensamiento se ve afectado por la presencia de perseveraciones y pensamiento circunstancial, debido a que suele repetir algunas frases una y otra vez, frases como: “señorita ya me darán de alta”, “mi hijo me está esperando en Omate” o brinda información poco relevante como respuesta a algunas preguntas, dificultando dar una respuesta concreta. No presenta alteraciones perceptivas. Su memoria remota y reciente esta conservada. Posee conocimientos básicos y un vocabulario promedio, no obstante muestra cierta dificultad para realizar algunas operaciones matemáticas.

Se muestra inestable emocionalmente, con el ánimo decaído, afligida y con tendencia al llanto; presenta reacciones afectivas vivenciales. No hay conciencia de enfermedad, tampoco desea ser ayudada y muestra constantemente su deseo de un alta inmediata.

V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas utilizadas:
 - ✓ Inventario Clínico Multiaxial de MILLON
 - ✓ El Montreal Cognitive Assessment test (MOCA)
 - ✓ Test de los colores y palabras (STROOP)

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Paciente evidencia disfunción cognitiva leve, presentando cierta dificultad en su habilidad atencional, capacidad mnésica y el lenguaje; lentificando su desempeño en tareas simples; presenta una rápida y marcada pérdida de información, así también evidencia dificultad en la denominación y la repetición. Sus funciones ejecutivas se

ven significativamente afectadas, pudiendo estar asociado a una lesión en el lóbulo frontal del hemisferio izquierdo, afectando su flexibilidad cognitiva, capacidad inhibitoria de respuestas automáticas, así como en lo que refiere a control atencional, dificultad para adaptar el pensamiento y comportamiento a situaciones novedosas.

En cuanto a su personalidad se caracteriza por ser una persona ansiosa, desconfiada, obstinada, impaciente, negativista e irritable, muestra una pugna entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí misma; lo que representa en una incapacidad para resolver conflictos, pudiendo involucrarse en discusiones o riñas, resultado de la vacilación entre la deferencia y la obediencia o el desafío y el negativismo agresivo. mostrando un patrón de terquedad o enfado explosivo con períodos de culpabilidad y vergüenza. Casi siempre suele mantenerse vigilante, en guardia, por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto, siendo una de sus estrategias adaptativas reflejar temor y desconfianza frente a los demás, por otro lado, suele por momentos suele relacionarse con los demás de manera servil y obsequiosa, actuando de manera modesta a finde pasar desapercibida, al punto de permitir que los demás abusen o se aprovechen y llegar a parecer una persona lamentable. De acuerdo a la patología de personalidad obtenida de sus resultados evidencia un patrón esquizotípico, paranoide, por lo que la paciente suele expresar cautela, desconfianza, ansiedad, un desconcierto emocional y falta de afecto, si no es colérica frente al control o influencia externa. Por otro lado referente a los síndromes clínicos encontrados resaltan la ansiedad y dependencia al alcohol, lo que resulta en indecisión, inquietud, angustia, quejándose de una variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos, entre otros; por otro lado, presenta un historial de consumo de alcohol, habiéndose hecho esfuerzos para superar esta dificultad con mínimo éxito y como consecuencia, experimenta un

malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral..

VII. DIAGNÓSTICO

Paciente se caracteriza por ser una persona afectuosa, reservada y perseverante, sin embargo, suele mostrarse ansiosa, desconfiada, obstinada, negativista e irritable, incapaz de beneficiarse de la experiencia que le motiven a cambiar sus pautas de comportamiento, inestabilidad emocional, impulsividad y agresividad, tensión interna y dependencia que la lleva al consumo de alcohol. Consumo que tiene como consecuencia la afectación de sus funciones ejecutivas y de su cognición, así como complicaciones en su salud física, la cual se ha ido mermando debido a las recaídas en el consumo, consecuentemente ha desarrollado una hepatopatía crónica; por todo lo anteriormente mencionado se le ha diagnosticado con un F 10.1 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol, consumo perjudicial

VIII. PRONÓSTICO

Reservado, porque aún no hay conciencia plena de enfermedad.

IX. RECOMENDACIONES

- Continuar con tratamiento médico psiquiátrico.
- Continuar psicoterapia individual
- Realizar psicoterapia Familiar

PLAN PSICOTERAPEÚTICO

I. DATOS DE GENERALES

- Nombres y Apellidos : Delcy
- Fecha de Nacimiento : 17/11/69
- Edad : 49 años
- Lugar de Nacimiento : Moquegua
- Grado de Instrucción : 3ro de secundaria
- Estado Civil : Casada
- Ocupación : Labores de casa y Chacra
- Religión : Católica
- Lugar de Evaluación : Hospitalización de Psiquiatría
- Psicóloga : Yesica Roxana Vilca Mestas

II. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Paciente se caracteriza por ser una persona afectuosa, reservada y perseverante, sin embargo, suele mostrarse ansiosa, desconfiada, obstinada, negativista e irritable, incapaz de beneficiarse de la experiencia que le motiven a cambiar sus pautas de comportamiento, inestabilidad emocional, impulsividad y agresividad, tensión interna y dependencia que la lleva al consumo de alcohol. Consumo que tiene como consecuencia la afectación de sus funciones ejecutivas y de su cognición, así como complicaciones en su salud física, la cual se ha ido mermando debido a las recaídas en el consumo, consecuentemente ha desarrollado una hepatopatía crónica; por todo lo anteriormente mencionado se le ha diagnosticado con un F 10.1 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol, consumo perjudicial.

III. OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar estrategias destinadas a aumentar el control personal de la paciente sobre sí misma ante el posible consumo de bebidas alcohólicas, así como erradicar las alteraciones de la conducta resultados de su consumo, que le producen conflictos tanto personales como familiares.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

Nombre de sesiones	Técnica a utilizar	Objetivo a alcanzar	Tiempo
Terapia de relajación Sesión 1	Psicoterapia Cognitiva - conductual.	Disminuir su ansiedad, a través del entrenamiento de la relajación y la respiración, para favorecer su disposición a participar de las sesiones programadas.	30 minutos
Terapia de aceptación y Compromiso Sesiones 2 y 3.	Psicoterapia racional-emotiva	Lograr el compromiso de la paciente con la psicoterapia a través del análisis funcional se le va a enseñar a analizar e identificar los pensamientos negativos y luego modificarlos, a fin de lograr conciencia de enfermedad	30 minutos
Reestructuración cognitiva Sesiones 4 y 5.	Psicoterapia cognitiva - conductual	Permitirá que el paciente tenga una visión diferente frente a la realidad objetiva, explicando de manera clara sus problemas y sus síntomas. Así como aprender a identificar y reconocer sus cogniciones y creencias, reflexionar sobre ellas y corregirlas.	30 minutos

Esquemas y discusiones internas	Psicoterapia racional emotiva	Se buscará que el paciente reconozca sus defectos y virtudes para que aprenda a aceptar sus errores y aproveche de aquello que es beneficioso para ella.	30 minutos
Sesión 6.	conductual	Tomando conciencia de cuanto a afectado su consumo a su salud y el bienestar de su familia.	
Prevención de Recaídas	Psicoterapia cognitiva conductual	Ayudar a la paciente a conseguir y mantener cambios estables en aquellos hábitos de consumo de alcohol y adquirir la capacidad de identificar y cuestionar los pensamientos disfuncionales, relacionados al consumo del alcohol, comenzará.	30 minuto
Entrenamiento de habilidades sociales	Psicoterapia conductual	Introducir a la paciente las ideas centrales del comportamiento asertivo, incrementar la habilidad para afrontar las experiencias estresantes cotidianas y promover una mayor competencia cognitiva y conductual en el manejo de situaciones en las cuales se le complicaba decir no.	30 minutos

V. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS A UTILIZAR

Se utilizaron técnicas como: relajación progresiva, la terapia cognitiva-conductual, reestructuración cognitiva y racional emotiva, representando la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva.

PRIMERA SESIÓN: Entrenamiento de relajación	
Objetivo	Disminuir su ansiedad, a través del entrenamiento de la relajación y la respiración.
Desarrollo de la técnica	<p>Se entrenará a la paciente en el control de la respiración diafragmática, luego se pondrá en práctica actividades entre tensar y relajar los diferentes grupos musculares.</p> <p>Paciente deberá posicionarse de la manera más cómoda, una vez que esté en la postura que prefiere se le pide que cierre los ojos y que trate de desconectarse de las posibles preocupaciones cotidianas haciendo que centre la atención unos momentos en una escena agradable, por ejemplo: imaginarse tumbado en la playa al sol... Ahora vamos a hacer un recorrido mental por todo el cuerpo, tratando de sintonizar con una sensación de calma y de tranquilidad... Se trabajará en primera instancia el brazo derecho, se le da las consignas que cuando indique va a apretar fuertemente el puño derecho... identifique la tensión que tiene sobre todo en la parte posterior de la palma de la mano y de los dedos... De acuerdo, basta ya. Deje que la mano se abra suavemente... deje que la mano se vaya abriendo... haga un recorrido por la parte posterior de los dedos... el dorso de la mano... Note hasta qué punto están relajados... no hay que realizar ningún esfuerzo, solo dejarse llevar y tratar de encontrarse más y más tranquilo... Muy Bien. Posteriormente se trabajará ejercicios para relajar la cara, cuello, tronco y piernas. Se recomienda al adolescente realizar estos ejercicios en casa sobre todo cuando se encuentre tenso</p>

	<p>Se realiza cinco veces repetidamente, Delcy debe interiorizar que cuando siente la necesidad de salir de hospitalización, parte de sus músculos están, se ponen tensos por lo que tiene que relajarlos, su nivel atencional y de concentración se ve afectado. Por ello se practicará los ejercicios de respiración diafragmática al iniciar cada sesión, a fin de disminuir su ansiedad por la salida y prepararla para el cumplimiento de los objetivos de cada sesión.</p>
--	--

SEGUNDA SESIÓN: Terapia de aceptación y Compromiso 1

Objetivo	A través del análisis funcional, se identificarán las consecuencias que trae el consumo de las bebidas alcohólicas, buscando lograr conciencia de enfermedad.
Desarrollo de la técnica	<p>Se identificarán los antecedentes y consecuentes del comportamiento del uso de y abuso de las bebidas alcohólicas.</p> <p>Se buscará cambiar las posiciones basadas en el victimismo y en el valor intrínseco de tener razón por la opción de llevar a cabo acciones eficaces basadas en las consecuencias extraídas de la propia experiencia.</p> <p>Se incluye el análisis de las cogniciones y creencias involucradas en el comportamiento adictivo. Manejar la baja tolerancia a la frustración, las ideas de indefensión y la autocondena/culpa.</p>

TERCERA SESIÓN: Terapia de aceptación y Compromiso 2	
Objetivo	Lograr el compromiso de la paciente con la psicoterapia a través de un abordaje lógico y racional, de naturaleza biopsicosocial.
Desarrollo de la técnica	<p>Mediante el diálogo con la paciente se dará a conocer que:</p> <p>La dependencia a drogas lleva a las personas que la adquieren a comportarse de una forma determinada, conocida como “conducta adictiva”. Desde un enfoque cognitivo-conductual, dicha conducta adictiva presenta dos características fundamentales:</p> <p>1) Es una conducta aprendida. La conducta de “drogarse” se aprende. “La mejor manera de comprender la cuestión de la drogadicción o la dependencia como fenómeno de conducta, es estudiar cómo se adquiere y se mantiene la conducta de drogadicción”.</p> <p>2) Es una conducta que comporta recaídas. El adicto en el proceso de su adicción y en diversas ocasiones, intenta justificarse como “no adicto”. Esta actitud le lleva a realizar diversos intentos de autocontrol en la abstinencia del consumo de la sustancia.</p> <p>Se resaltará que en la mayoría de los casos reinicia el consumo y desarrolla rápidamente tolerancia, dependencia y los mecanismos propios de la adicción.</p>

CUARTA SESIÓN: Reestructuración cognitiva

Objetivo	<p>Lograr que el paciente ponga de manifiesto la naturaleza de sus problemas</p> <p>Aprender a identificar y reconocer sus cogniciones y creencias, reflexionar sobre ellas y corregirlas.</p>
Desarrollo de la técnica	<p>Se le enseñará a examinar los contenidos de las cogniciones negativas y se le motiva para que las someta a “prueba de realidad”. Enseñándole con el ejemplo, a ser asertivo, a ser cortés, así de cómo es que se debe llevar una conversación, dejando de lado comportamientos disruptivos, agresivos frente a las personas de su entorno que buscan que deje el consumo de alcohol.</p> <p>Se comenzará por mencionar al paciente que las cogniciones son como pensamientos que él interpreta como representaciones objetivas de la realidad, y de las que no puede ser consciente, a no ser que les preste atención. Luego se le enseñara a interpretar una situación y los pensamientos que tiene el paciente inmerso en ella. Demostrando la existencia de sus cogniciones, esta se realizará tomando como base las experiencias recientes de su vida.</p> <p>Posteriormente se le ayudará a elaborar un registro de las cogniciones afectivas: El paciente identificará algunos de sus pensamientos inadecuado para luego revisarlos y proporcionarle el “Feedback”:</p>

QUINTA SESIÓN: Modificación de las actitudes hacia el consumo

Objetivo	Modificar las actitudes de la paciente hacia el consumo y sus efectos a través de la abstinencia y establecimiento de metas.
Desarrollo de la técnica	<p>Se comenzará con el establecimiento de un proyecto global de cambio en el estilo de vida del sujeto, facilitando los mecanismos y habilidades personales necesarias para que se produzca ese cambio. Buscando que el paciente proporcione por sí mismo alternativas y que estas sean realistas.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Generar soluciones alternativas - Evaluar las consecuencias de las soluciones - Dar importancia a las diversas soluciones <p>Tomando en cuenta que el Principio de Variedad: Afirma que cuanto mayor es la variedad de ideas de solución, más ideas de buena calidad serán descubiertas</p>

SEXTA SESIÓN: Esquemas y discusiones internas

Objetivo	Conseguir un nuevo efecto, que permita al cliente pensar de un modo casi automático de forma más lógica, sobre uno mismo, los demás o el mundo.
Desarrollo de la técnica	<p>Permitirá a la paciente reconozca sus defectos y virtudes para que aprenda a aceptar sus errores y aproveche de aquello que es beneficioso para él logrando que el paciente busque alternativas de solución para superar sus problemas. Se utilizará el Esquema A-B-C</p> <p>A. (Hecho activador) será alguna experiencia de la vida real del paciente.</p> <p>B. Se indicará los pensamientos irracionales que suscita.</p> <p>C. Consecuencia se corresponderá con el malestar emocional y/o conductual producido por la percepción del acontecimiento.</p> <p>Para luego proseguir con un debate, distinción y discusión de las ideas irracionales. Se utilizarán preguntas retóricas que susciten el debate, lo que implica una discusión interna entre las creencias racionales e irracionales. Se hallarán diferencias claras entre:</p> <p>Los deseos de las exigencias (imperativos).</p> <p>Ideas racionales de las irracionales.</p> <p>Resultados indeseables de los insopportables.</p> <p>Las conclusiones lógicas de las ilógicas.</p>

SÉTIMA SESIÓN: Prevención de Recaídas, mediante el autocontrol.

Objetivo	<p>Ayudar a la paciente a conseguir y mantener cambios estables en aquellos hábitos de consumo de alcohol y adquirir la capacidad de identificar y cuestionar los pensamientos disfuncionales, relacionados al consumo del alcohol, comenzará</p>
Desarrollo de la técnica	<p>En esta etapa se busca ayudar a la paciente a reconocer las situaciones en que es probable que usen las sustancias, encuentren maneras de evitar las situaciones, y desarrollen estrategias para solucionar las formas de comportamiento y los afectos relacionados con el consumo del alcohol</p> <p>Se potencian y desarrollan las habilidades de la paciente para enfrentarse con éxito a las situaciones de riesgo.</p> <p>Se les entrena en la prevención de recaídas. Se incluye el análisis de las cogniciones y creencias involucradas en el comportamiento adictivo. La investigación ha demostrado que los individuos que aprenden habilidades mediante la terapia de prevención de recaídas, mantienen lo aprendido en el tratamiento tras un año de seguimiento.</p> <p>La investigación ha demostrado que los individuos que aprenden habilidades mediante la terapia de prevención de recaídas, mantienen lo aprendido en el tratamiento tras un año de seguimiento (Carroll y col, 1994)</p> <p>Se buscará desarrollar la habilidad de conciencia “que” consisten en aprender a acercarse a las propias experiencias a partir de la observación sin intentos de evitación o apego, la descripción de los</p>

	<p>hechos mentales de forma que no se tomen como hechos reales y la participación sin autoconciencia, es decir, centrado únicamente en lo que está haciendo.</p> <p>Incluir otro tipo son las habilidades “como” e incluyen adoptar una posición no evaluativa ante las experiencias y basada en las consecuencias, concentrar la atención en la actividad que se esté realizando y basarse en la efectividad de la acción, en su utilidad dada la situación más que en su adecuación a lo que está bien.</p>
--	---

OCTAVA SESIÓN: Entrenamiento de habilidades sociales.

Objetivo	Entrenamiento de habilidades sociales para facilitar el decir no al consumo de alcohol.
Desarrollo de la técnica	<p>Cuando una persona ha tomado la decisión de no consumir, es importante que posea la habilidad para comunicar a los demás este hecho e imponer unos límites a las actuaciones de los demás si es necesario. Para ello hay que:</p> <p>Buscar el momento y el lugar apropiados.</p> <p>Utilizar expresiones verbales correctas: expresión directa, sin rodeos; mensajes “yo”, breve y claro, utilizar modismos del tipo: “lo siento, pero no voy a tomarlo”, “te importaría dejar de meterte conmigo”.</p> <p>Utilizar expresión no verbal, lenguaje corporal asertivo (tono de voz firme y tranquilo, contacto ocular, distancia cercana al interlocutor).</p> <p>Se trata de decirlo de forma amable, respetuosa y positiva, sin ser autoritario.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>“Toma, prueba esto con nosotros”</p> <p>NO</p> <ul style="list-style-type: none"> · “¡Venga, pruébalo! <p>“NO gracias”</p> <ul style="list-style-type: none"> · “¡Pero si lo vamos a pasar bien!” <p>“Lo siento. NO me interesa...”</p> <p>“¡Ven no seas “agua fiestas”!”</p> <p>“Perdona, pero ya sabes que NO”</p> <p>“Todo el mundo toma, ¡venga pruébalo!”</p> <p>“No, no me insistas, he dicho que NO”</p> <ul style="list-style-type: none"> · “Pero si no pasa nada, ¡anímate! <p>“Muy bien, pero NO quiero....”</p>

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL PLAN

Tendrá una duración de 1 mes aproximadamente, a extenderse según sea la situación de internamiento de la paciente y por los avances que obtenga, cada sesión se dará en un tiempo aproximadamente de 30 minutos., dos veces por semana.

VII. AVANCES TERAPÉUTICOS O LOGROS OBTENIDOS

Se logró avanzar hasta la quinta sesión debido a que fue dada de alta, logrando una actitud reflexiva respecto al consumo de alcohol en la que se ve los efectos que le conllevan a una serie de problemas orgánicos y psicológicos, además, se logró mejorar su estado ansioso, haciendo que su internamiento afecte menos su estado anímico y ayude a su recuperación.

**Yesica Roxana Vilca Mestas
Bachiller en Psicología**

ANEXOS

CASO II

Anexo N°9: Caso II

INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON (II)
HOJA DE RESPUESTA

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)		
<i>Dely</i>	<i>Syota R. V.</i>			
SEXO		FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	
MASCULINO	FEMENINO <input checked="" type="checkbox"/>	AÑO 69	AÑO 11	DIA 17
MOQUEGUA				

Marque con un aspa (X) la letra V (Verdadero) o F (Falso), según sea su respuesta:

1	V <input checked="" type="checkbox"/> F	31	V <input checked="" type="checkbox"/> F	61	X <input checked="" type="checkbox"/> F	91	X <input checked="" type="checkbox"/> F	121	V <input checked="" type="checkbox"/> F	151	V <input checked="" type="checkbox"/> F
2	X <input checked="" type="checkbox"/> F	32	X <input checked="" type="checkbox"/> F	62	V <input checked="" type="checkbox"/> F	92	V <input checked="" type="checkbox"/> F	122	X <input checked="" type="checkbox"/> F	152	V <input checked="" type="checkbox"/> F
3	V <input checked="" type="checkbox"/> F	33	V <input checked="" type="checkbox"/> F	63	V <input checked="" type="checkbox"/> F	93	X <input checked="" type="checkbox"/> F	123	X <input checked="" type="checkbox"/> F	153	X <input checked="" type="checkbox"/> F
4	V <input checked="" type="checkbox"/> F	34	V <input checked="" type="checkbox"/> F	64	V <input checked="" type="checkbox"/> F	94	X <input checked="" type="checkbox"/> F	124	V <input checked="" type="checkbox"/> F	154	V <input checked="" type="checkbox"/> F
5	X <input checked="" type="checkbox"/> F	35	V <input checked="" type="checkbox"/> F	65	V <input checked="" type="checkbox"/> F	95	V <input checked="" type="checkbox"/> F	125	V <input checked="" type="checkbox"/> F	155	V <input checked="" type="checkbox"/> F
6	V <input checked="" type="checkbox"/> F	36	V <input checked="" type="checkbox"/> F	66	V <input checked="" type="checkbox"/> F	96	X <input checked="" type="checkbox"/> F	126	V <input checked="" type="checkbox"/> F	156	V <input checked="" type="checkbox"/> F
7	V <input checked="" type="checkbox"/> F	37	V <input checked="" type="checkbox"/> F	67	X <input checked="" type="checkbox"/> F	97	V <input checked="" type="checkbox"/> F	127	X <input checked="" type="checkbox"/> F	157	V <input checked="" type="checkbox"/> F
8	X <input checked="" type="checkbox"/> F	38	X <input checked="" type="checkbox"/> F	68	V <input checked="" type="checkbox"/> F	98	V <input checked="" type="checkbox"/> F	128	X <input checked="" type="checkbox"/> F	158	X <input checked="" type="checkbox"/> F
9	X <input checked="" type="checkbox"/> F	39	X <input checked="" type="checkbox"/> F	69	X <input checked="" type="checkbox"/> F	99	X <input checked="" type="checkbox"/> F	129	V <input checked="" type="checkbox"/> F	159	X <input checked="" type="checkbox"/> F
10	V <input checked="" type="checkbox"/> F	40	V <input checked="" type="checkbox"/> F	70	V <input checked="" type="checkbox"/> F	100	X <input checked="" type="checkbox"/> F	130	V <input checked="" type="checkbox"/> F	160	V <input checked="" type="checkbox"/> F
11	X <input checked="" type="checkbox"/> F	41	V <input checked="" type="checkbox"/> F	71	X <input checked="" type="checkbox"/> F	101	V <input checked="" type="checkbox"/> F	131	X <input checked="" type="checkbox"/> F	161	V <input checked="" type="checkbox"/> F
12	V <input checked="" type="checkbox"/> F	42	V <input checked="" type="checkbox"/> F	72	V <input checked="" type="checkbox"/> F	102	X <input checked="" type="checkbox"/> F	132	X <input checked="" type="checkbox"/> F	162	X <input checked="" type="checkbox"/> F
13	V <input checked="" type="checkbox"/> F	43	V <input checked="" type="checkbox"/> F	73	V <input checked="" type="checkbox"/> F	103	X <input checked="" type="checkbox"/> F	133	X <input checked="" type="checkbox"/> F	163	X <input checked="" type="checkbox"/> F
14	X <input checked="" type="checkbox"/> F	44	V <input checked="" type="checkbox"/> F	74	X <input checked="" type="checkbox"/> F	104	V <input checked="" type="checkbox"/> F	134	V <input checked="" type="checkbox"/> F	164	V <input checked="" type="checkbox"/> F
15	V <input checked="" type="checkbox"/> F	45	V <input checked="" type="checkbox"/> F	75	X <input checked="" type="checkbox"/> F	105	V <input checked="" type="checkbox"/> F	135	X <input checked="" type="checkbox"/> F	165	V <input checked="" type="checkbox"/> F
16	V <input checked="" type="checkbox"/> F	46	V <input checked="" type="checkbox"/> F	76	X <input checked="" type="checkbox"/> F	106	X <input checked="" type="checkbox"/> F	136	V <input checked="" type="checkbox"/> F	166	X <input checked="" type="checkbox"/> F
17	V <input checked="" type="checkbox"/> F	47	V <input checked="" type="checkbox"/> F	77	V <input checked="" type="checkbox"/> F	107	V <input checked="" type="checkbox"/> F	137	V <input checked="" type="checkbox"/> F	167	X <input checked="" type="checkbox"/> F
18	X <input checked="" type="checkbox"/> F	48	V <input checked="" type="checkbox"/> F	78	V <input checked="" type="checkbox"/> F	108	X <input checked="" type="checkbox"/> F	138	V <input checked="" type="checkbox"/> F	168	X <input checked="" type="checkbox"/> F
19	V <input checked="" type="checkbox"/> F	49	V <input checked="" type="checkbox"/> F	79	V <input checked="" type="checkbox"/> F	109	X <input checked="" type="checkbox"/> F	139	X <input checked="" type="checkbox"/> F	169	V <input checked="" type="checkbox"/> F
20	V <input checked="" type="checkbox"/> F	50	V <input checked="" type="checkbox"/> F	80	X <input checked="" type="checkbox"/> F	110	V <input checked="" type="checkbox"/> F	140	V <input checked="" type="checkbox"/> F	170	V <input checked="" type="checkbox"/> F
21	V <input checked="" type="checkbox"/> F	51	X <input checked="" type="checkbox"/> F	81	X <input checked="" type="checkbox"/> F	111	V <input checked="" type="checkbox"/> F	141	X <input checked="" type="checkbox"/> F	171	X <input checked="" type="checkbox"/> F
22	X <input checked="" type="checkbox"/> F	52	V <input checked="" type="checkbox"/> F	82	V <input checked="" type="checkbox"/> F	112	V <input checked="" type="checkbox"/> F	142	V <input checked="" type="checkbox"/> F	172	V <input checked="" type="checkbox"/> F
23	X <input checked="" type="checkbox"/> F	53	V <input checked="" type="checkbox"/> F	83	X <input checked="" type="checkbox"/> F	113	V <input checked="" type="checkbox"/> F	143	X <input checked="" type="checkbox"/> F	173	X <input checked="" type="checkbox"/> F
24	X <input checked="" type="checkbox"/> F	54	X <input checked="" type="checkbox"/> F	84	X <input checked="" type="checkbox"/> F	114	X <input checked="" type="checkbox"/> F	144	X <input checked="" type="checkbox"/> F	174	X <input checked="" type="checkbox"/> F
25	V <input checked="" type="checkbox"/> F	55	V <input checked="" type="checkbox"/> F	85	X <input checked="" type="checkbox"/> F	115	V <input checked="" type="checkbox"/> F	145	V <input checked="" type="checkbox"/> F	175	X <input checked="" type="checkbox"/> F
26	V <input checked="" type="checkbox"/> F	56	X <input checked="" type="checkbox"/> F	86	X <input checked="" type="checkbox"/> F	116	V <input checked="" type="checkbox"/> F	146	V <input checked="" type="checkbox"/> F		
27	X <input checked="" type="checkbox"/> F	57	X <input checked="" type="checkbox"/> F	87	X <input checked="" type="checkbox"/> F	117	V <input checked="" type="checkbox"/> F	147	V <input checked="" type="checkbox"/> F		
28	X <input checked="" type="checkbox"/> F	58	V <input checked="" type="checkbox"/> F	88	X <input checked="" type="checkbox"/> F	118	V <input checked="" type="checkbox"/> F	148	X <input checked="" type="checkbox"/> F		
29	X <input checked="" type="checkbox"/> F	59	V <input checked="" type="checkbox"/> F	89	X <input checked="" type="checkbox"/> F	119	V <input checked="" type="checkbox"/> F	149	V <input checked="" type="checkbox"/> F		
30	X <input checked="" type="checkbox"/> F	60	V <input checked="" type="checkbox"/> F	90	V <input checked="" type="checkbox"/> F	120	X <input checked="" type="checkbox"/> F	150	X <input checked="" type="checkbox"/> F		

D GLCY

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
 (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

 NOMBRE:
 Nivel de
 estudios:
 Sexo:

 Fecha de nacimiento:
 FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)			Puntos			
		<input type="checkbox"/> Contorno	<input type="checkbox"/> Números	<input type="checkbox"/> Agujas	4/5			
IDENTIFICACION								
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3/3								
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdeseles 5 minutos más tarde.				Sin puntos		
		1er intento	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	
		2º intento						
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla.				2 1 8 5 4	1/2	
		El paciente debe repetirla a la inversa.				7 4 2		
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.						1/1		
Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65						2/3		
4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.								
LENGUAJE		Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. <input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida.				1/2		
ABSTRACCIÓN		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. <input type="checkbox"/> (N ≥ 11 palabras)				1/1		
RECUERDO DIFERIDO		Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla				2/2		
		Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS <input type="checkbox"/> RASA				Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	3/5	
Distractor: Pista de cinta adhesiva Pista elección múltiple								
ORIENTACIÓN		<input type="checkbox"/> Dia del mes (fecha) <input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana	<input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad	Normal ≥ 26 / 30 TOTAL _____ / 30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios			

