



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

“DINÁMICA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ DE LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DÉCIMO GRADO A, B Y C DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE AYORA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO DICIEMBRE 2014-FEBRERO 2015”

Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica.

AUTORA: Magaly Rocío Jiménez Pinzón

DIRECTOR: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2015

CERTIFICACIÓN

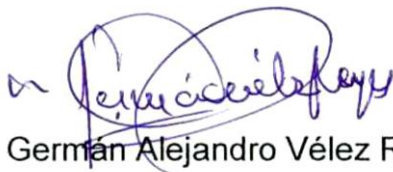
Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado, “DINÁMICA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ DE LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DÉCIMO GRADO A, B Y C DEL COLEGIO BEATRÍZ CUEVA DE AYORA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO DICIEMBRE 2014-FEBRERO 2015” elaborado por Magaly Rocío Jiménez Pinzón, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que le dé el trámite correspondiente.

Loja, Marzo del 2015



Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes. Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Los contenidos, ideas y opiniones vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad y exclusividad de mi autoría, por lo cual acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional- Biblioteca Virtual.

Autor: Magaly Rocío Jiménez Pinzón

Firma:

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Magaly Rocío Jiménez Pinzón', written over a horizontal line.

Cédula: 1900738590

Fecha: 30-03-2015.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LOS AUTORES, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Magaly Rocío Jiménez Pinzón , declaro ser autora de la tesis titulada, DINÁMICA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ DE LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DÉCIMO GRADO A, B Y C DEL COLEGIO BEATRÍZ CUEVA DE AYORA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO DICIEMBRE 2014-FEBRERO 2015, como requisito para obtener el grado de Psicóloga Clínica; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de tesis que realice un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 30 días del mes de Marzo del 2015, firma el autor.

FIRMA: 

AUTOR: Magaly Rocío Jiménez Pinzón

CEDULA: 1900738590

DIRECCIÓN: Calles Tomas Rodríguez y Abraham Lincon.

CORREO ELECTRONICO: magachita-@hotmail.com

TELEFONO: 072545875

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

TRIBUNAL DE GRADO:

Dra. Alicia Dolores Costa Aguirre.	PRESIDENTA
Dra. María Susana González García.	VOCAL
Dr. Nerio Silva Aguilar.	VOCAL

DEDICATORIA

Toda esta lucha se consolida por la fe y confianza en mi Dios y mis amados padres: José Ricardo Jiménez Gualán y Carmita Pinzón Jiménez que con gran amor me dieron lo necesario permitiéndome cumplir uno de mis sueños porque así como termina esté empieza otro. A ellos que estuvieron pendientes y dispuestos a apoyarme en mis estudios. Siendo mis ángeles y mi inspiración les dedico este trabajo importante que les pertenece.

Magaly Rocío Jiménez Pinzón.

AUTORA

AGRADECIMIENTO

Para llegar a este escalón de mi vida tuve que pasar muchos obstáculos, los cuales fueron manejables por la fortaleza que me otorgo Dios y su apoyo al poner en este camino a personas importantes para el cumplimiento de este objetivo. A ustedes padres míos gracias que supieron brindarme el apoyo moral, espiritual y económico para lograr este trabajo. Benditos sean ustedes que supieron educarme con buenos valores. A mis hermanos que me vieron como la fuerte e inteligente de casa y que eso me sirvió para no defraudarlos.

Nada de esto hubiese sido posible sin el pilar fundamental de mi religión y quienes fueron mis formadores espirituales a ustedes mis títos Urbano Romero y Zoila Jiménez. También agradezco a mis tíos Estela y Romelio que en mi trascurso de internado por la ciudad de Quito me apoyaron moralmente y supieron brindarme su cariño para mantenerme firme.

Quiero agradecer a la familia de mi amiga Evelyn Valladolid, a su madre la Sra. Itamar, a su abuelita y hermana quienes me ayudaron cuando más lo necesitaba.

El camino no ha sido fácil por ello agradezco a la familia Cueva Mejía, a la Sra. Isabelita a Don Humbertito, hijos y nietos por permitirme ser parte de ellos, por su compartir y el dejarme sentir como en casa durante este tiempo. Por sus enseñanzas de superación, valores morales y espirituales.

Agradecerles a mis amigos y hermanos de Pastoral Universitaria, a mi Francis Sarango y a mi querida Juliana Cueva por ser mis confidentes y más que amigos hermanos, que lucharon conmigo en momentos turbulentos de carrera universitaria y de la vida misma.

Gran parte de mis conocimientos se los debo a docentes y amigos: Dr. Luis Fernando Sarmiento, Dr. Edgar Cabrera y Dr. Efraín Muñoz. De quienes obtuve la dedicación y aprendizaje para desempeñarme como una futura profesional en la calidad humana.

Agradezco al Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, de quien admiro su dedicación y entrega en su trabajo profesional, fue un privilegio desarrollar este trabajo bajo su dirección.

A la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana y a la Carrera de Psicología Clínica, por brindarme el conocimiento que hoy se ve reflejado en mí trabajo de investigación.

La Autora.

Contenido

a.	TÍTULO	1
b.	RESUMEN.....	2
	ABSTRACT.....	3
c.	INTRODUCCIÓN	4
d.	REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
1.1.	DINÁMICA FAMILIAR.....	7
1.3.	Adolescencia.....	17
1.3.9.	Las relaciones de género y la sexualidad.....	20
1.3.10.	Problemas frecuentes que pueden atravesar los adolescentes:.....	20
	ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD.....	22
1.3.11.	Paternidad adolescente.....	24
1.3.12.	Aborto en adolescentes.....	25
1.3.13.	Los aspectos emocionales y sociales.....	26
e.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	28
f.	RESULTADOS.....	31
g.	DISCUSIÓN.....	37
h.	CONCLUSIONES	40
i.	RECOMENDACIONES.....	41
j.	PLAN PSICOTERAPÉUTICO DE INTERVENCIÓN PRIMARIA.....	42
k.	BIBLIOGRAFIA.....	60
l.	ANEXOS.....	65

a. TÍTULO

“DINÁMICA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD
SEXUAL PRECOZ DE LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN
GENERAL BÁSICA DEL DÉCIMO GRADO A, B Y C DEL COLEGIO
BEATRIZ CUEVA DE AYORA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.
PERIODO DICIEMBRE 2014-FEBRERO 2015”

b. RESUMEN

El estudio cuyo tema: “Dinámica familiar y su relación con la actividad sexual precoz de los estudiantes de educación general básica del décimo grado A, B y C del Colegio Beatriz Cueva de Ayora. Donde se establece el determinar la dinámica familiar y su relación con la actividad sexual precoz de los adolescentes; seguido de: identificar la dinámica familiar de este grupo a través Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), así mismo establecer la actividad sexual de los estudiantes por medio de una encuesta de conocimiento, actitudes y actividad sexual en adolescentes y la escala de experiencia sexual de Massachusetts. Posteriormente se elabora un plan de Intervención Primaria y Secundaria Familiar dirigido a la prevención de conductas inapropiadas en la familia y a la intervención de las mismas. Para el desarrollo se utilizó un estudio de enfoque mixto describiendo, midiendo y recopilando información. Además fue realizado tomando una muestra de 80 personas los cuales representan 100% correspondiente a un total de género femenino 75% y masculino 25%. Con una edad comprendida de 13 a 18 años. Los datos obtenidos representan que un 93,9% sufre una alteración en la dinámica familiar y el 6,3% es funcional, por otra parte del 100% de encuestados el 40% representa a los alumnos que SI han tenido una relación sexual. Se incluye la literatura que consta de dos capítulos, el primero aportamos un conocimiento sobre la dinámica familiar y en el segundo sobre la adolescencia incluida la sexualidad. Además se aporta con un plan psicoterapéutico de intervención primaria y secundaria orientado a los adolescentes y padres de familia.

PALABRAS CLAVES: Disfunción familiar, Adolescencia y Sexualidad.

ABSTRACT

The research entitled "Family dynamics and its relationship to early sexual activity of basic general education students in the tenth grade A1, B and C of "Beatriz Cueva de Ayora" High School. Which states the general objective: to determine the family dynamics and their relationship with early sexual activity among adolescents; followed by their specific objectives: identify the family dynamics of this group through perception test of family functioning (FF-SIL), establish the sexual activity of students through a survey of knowledge, attitudes and sexual activity in adolescents and scale of sexual experience Massachusetts. Later he develops a plan of Primary Intervention and Family Secondary aimed at preventing inappropriate in the family and the intervention of the same behaviors. To develop a study of mixed approach describing, measuring and collecting information was used. It was made by taking a sample of 80 people who represent 100% for a total of 75% female and 25% male. With an age of 13-18 years. The data that 93.9% undergoes a change in family dynamics and 6.3% is functional, moreover 40% represents students who yes have had sex. Literature consisting of two chapters are included, the first bring an understanding of family dynamics and the second on adolescence including sexuality. In addition it provides a psychotherapeutic plan primary and secondary intervention aimed at teens and parents.

KEYWORDS: Family dysfunction, Adolescence and Sexuality.

c. INTRODUCCIÓN

En las instituciones de Salud y Educativas donde el grupo adolescente está involucrado, se mantiene una preocupación por su falta de responsabilidad ante diversos aspectos, en especial sobre el aspecto de la sexualidad.

Distintos factores quedarían incluidos en la influencia sobre el inicio de una actividad sexual precoz entre ellas pueden ser la presión del grupo, la curiosidad, el abuso sexual, falta de orientación de los padres, nuevos estilos de vida, factores personales, información sexual inadecuada, carencia de una educación sexual; esto se centra principalmente en la importancia fundamental con que los padres educan a sus adolescentes.

El área familiar se refiere a sucesos que ocurren dentro de la dinámica de la familia del adolescente. También abarca sucesos relacionados con la comunicación e interacción de los miembros de la familia con el joven. (Lucio y Durán, 2002).

La familia debe ser para el adolescente un lugar donde él puede encontrar sentido de pertenencia; algunos psicólogos consideran que la adolescencia es la recapitulación de las actitudes hacia la infancia: si los padres dieron confianza y pudieron brindar un sentido de identidad al niño, podría esperarse que esta etapa fuera fácil. Pero si por el contrario, se ha bloqueado la autoridad del niño, éstos podrán tener conductas rebeldes (Demo y Acock, 1988, en Rice, 2000).

Los adolescentes, aunque creen ser más independientes que antes, son igual de dependientes. Cualquier suceso dentro del área familiar altera su funcionamiento. Por ejemplo cuando existe malestar y conflicto en la familia, tanto si hay un divorcio o si los padres siguen casados, aunque infelices, el efecto es perturbador. (Demo y Acock, 1988, en Rice, 2000).

La Organización Mundial de la Salud, en julio 2009 en su Boletín "Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo" se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los

15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por James E. Rosen. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe (Salud O. M., 2009)

La adolescencia es fundamental periodo de crecimiento entre la niñez y la edad adulta. Este periodo del desarrollo, que va más o menos de los 10 a los 19 años, se presenta habitualmente como crítico, debido a las profundas modificaciones de orden fisiológico y psicológico que la caracterizan. Las modificaciones de orden fisiológico abarcan la aparición de los caracteres sexuales secundarios, el desarrollo de los órganos genitales, la menarquia en las mujeres y la espermarquia que son las erecciones con eyaculación en los hombres. Este conjunto de cambios corporales desorientan al adolescente, que puede llegar a sentirse aterrado e indefenso, por lo tanto tendrá que irse adaptando para poder asumirlos (Diccionario de Pedagogía y Psicología, 2002).

Este cambio físico genera en este grupo gran curiosidad y motivación a experimentar consigo mismo a diferentes ambientes, la sexualidad se convierte en la mayor experimentación de placer en los adolescentes, de este modo se involucran en relaciones sexuales prematuras y causa de su irresponsabilidad tiene como efecto un embarazo precoz.

En el Ecuador y en nuestra zona existe la misma preocupación, la Comisión del Derecho de la Salud reunido el 29 de octubre del 2014 bajo la dirección del Dr. Jorge Parra, encargado del Fondo de Población de las Naciones Unidas “subrayó que en el Ecuador 2 de cada 10 partos son de adolescentes de 12 a 19 años; 5 de cada 10 adolescentes son padres, según cifras del INEC del año 2010; y 9 de

cada 10 adolescentes desearía hablar de sexualidad en sus hogares” (Parra, 2014).

El inicio de una sexualidad precoz en los adolescentes estaría vinculado con la falta de comunicación por parte de los padres a los jóvenes. Siendo de este modo que en la actualidad también se muestra índices de familias disfuncionales y un declive en la relación con sus hijos.

Este trabajo investigativo desarrollado en el Colegio Beatriz Cueva de Ayora, con una muestra de 80 adolescentes del décimo grado, donde se desarrolló bajo la inquietud de cómo influye la dinámica familiar para el inicio de una actividad sexual precoz. Una vez que se tuvo la apertura en esta prestigiosa institución y al palpar su realidad, posteriormente se descubre a través de los instrumentos psicológicos como: Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), encuesta de conocimiento, actitudes y actividad sexual en adolescentes y la escala de experiencia sexual de Massachusetts aplicados se establece un considerable porcentaje que ejercen los padres de familia y su estabilidad en los adolescentes ante el inicio de una actividad sexual precoz. Una vez que se conoce la realidad se aporta con un plan de intervención primaria y secundaria dirigido a padres y adolescentes enfocados al conocimiento responsable que evite estas problemáticas y se refleje en un equilibrio personal, familiar, social y espiritual.

Con una revisión literaria expuesta la cual constan de dos capítulos: el primero donde se esclarece el conocimiento sobre la dinámica familiar y el segundo sobre la adolescencia y sexualidad; con la finalidad que enriquezca y de claridad sobre dicha problemática.

d. REVISIÓN DE LITERATURA.

CAPITULO I

1.1. DINÁMICA FAMILIAR

Para iniciar con esta investigación es necesario enriquecer y profundizar los conocimientos sobre aspectos que influyen dentro del estudio.

Siendo de este modo al respecto de la dinámica familiar, se menciona que las relaciones de afecto, la comunicación y los límites jerárquicos constituyen un factor significativo en el desarrollo de la persona. La estructura, su organización y los patrones de interacción del sistema familiar condicionan el comportamiento de cada uno de sus integrantes. La familia constituye el principal sistema de apoyo para el adolescente. La cohesión y la comunicación entre los miembros de la familia son factores de mucha importancia para su desarrollo. La comunicación acerca de temas sexuales es una función de la familia; sin embargo, en muchos hogares no se adopta una actitud abierta y comprensiva. Muchos padres dominados por sus temores rehúsan la responsabilidad a pesar de que ellos mismos sufrieron esa carencia en su familia. La rápida transformación demográfica y socioeconómica que se produce en el mundo, ha influido en las modalidades de formación de las familias y de vida familiar, provocando cambios considerables en la composición y estructura familiar. (Quispe Arapa, 2012)

De esa dinámica, “si es buena o mala, va a depender la conducta de sus integrantes y va a interactuar directa o indirectamente en la forma en cómo interactúan con el mundo, dentro y fuera de la familia”. (Mosby, 2009)

1.2. Definiciones de familia

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de

los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial." (Fernández Rojero, 2009)

La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado", (Rodríguez, 2000)

1.2.1. Funciones de la familia

Sin embargo, la familia es el sistema en que vibran más las emociones, los sistemas de creencias, las tradiciones, las fortaleza y vulnerabilidades, los elementos de apoyo y con frecuencia la fuente de estrés y de presiones que nos conducen al éxito o al fracaso" (Quiroga, 2012)

Cada participante debe recibir tres funciones básicas por parte de la familia como tal: (Mejía, 1991)

- 1) Apoyo y protección para satisfacer las necesidades materiales y biológicas.
- 2) Ayuda para que cada persona logre un desarrollo de su personalidad adecuado, y pueda realizar los roles que le imponen los demás participantes de su familia, así como también la sociedad.
- 3) La satisfacción de la pareja, la reproducción y la crianza de los hijos, entre otros.

1.2.2. Tipos de familia

Cuando se estudia los tipos de familia, se puede encontrar la siguiente clasificación: (Revilla, 1998)

Familia Nuclear.- Familia con dos adultos cónyuges que ejercen el rol de padres y viven con sus respectivos hijos, sean estos biológicos incluyendo a la fertilización in vitro o adoptivos.

Familia Extendida.- Familia con más de dos generaciones conviviendo en el hogar, esto es, por lo menos existe un padre de otra persona que es padre a su vez (viven desde abuelos hasta nietos).

Familia Nuclear Ampliada.- Familia nuclear que vive con miembros adicionales (amigos, tíos/hermanos, primos etc.).

Pareja sin Hijos.- Familia con dos adultos cónyuges por voluntad propia o por la imposibilidad de procrear

1.2.3. Familia funcional - Familia disfuncional.

Así mismo parte fundamental de la sustentación teórica de esta, hacemos mención a que categorizamos como funcional y disfuncionalidad familiar.

1.2.3.1. Familia funcional

Por familia funcional se entiende aquella familia que presta las funciones que la sociedad espera de ella, y en concreto, aquellas funciones que de modo más pertinente en base a la experiencia social aseguran los mayores niveles de salud social constatados en el examen socio métrico comparado, entre los cuales se puede mencionar: la socialización, la equidad generacional, la transmisión cultural y el control social. (Gallego & Pérez, 2001, pág. 22)

Al respecto de las características de la familia funcional, Mary Carmen (Creuheras, 2012) sostiene:

En primer lugar cabe mencionar que la habilidad que tengan los esposos para adaptarse, resolver problemas, comunicarse, el conocimiento personal, la objetividad para ver los conflictos y la reflexión que hagan de ello y su forma de resolverlos, son determinantes para el éxito del funcionamiento familiar.

Lo que define a una familia funcional es la capacidad que ésta tenga para adaptarse a situaciones y patrones que le provocan estrés, la resolución de problemas y el clima emocional que se vive dentro de la familia.

La familia es funcional cuando se vive el respeto por las diferencias individuales, que fomentan la autonomía, el desarrollo y el bienestar de cada uno de sus miembros, sin importar la edad.

Si existe el respeto y el apoyo mutuo entre los cónyuges, compartiendo la autoridad, el liderazgo y la responsabilidad en el cuidado de los hijos. Si sabe adaptarse a las situaciones internas y externas de cambios en la familia, afrontando eficazmente el estrés y una efectiva resolución de los problemas y los conflictos que se vayan presentando, como pérdida del trabajo de alguno de los cónyuges, o cambio de ciudad, o cualquier otra situación. Una familia es funcional si hay reglas claras que promueven la comunicación abierta y efectiva entre sus miembros, donde los sentimientos no son reprimidos.

Una familia donde se promueve el sentido del humor, el perdón, la comprensión, la ayuda. Donde se demuestran abiertamente que se quieren y no sólo lo dan por hecho, se acepta a cada uno, según sus dones naturales, se descubre en las personas lo que son, se aman y se perfeccionan. Donde hay compromiso en todas las situaciones, en las buenas y en las malas.

Al calificar la funcionalidad (Ackerman, 1977) menciona que son seis los requisitos que se deben cumplir en la familia para que exista funcionalidad:

1. Proveer el alimento, abrigo y otras necesidades materiales que preservan la vida.
2. Ser la matriz de las relaciones interpersonales, donde se aprenden los lazos afectivos.

3. Promover la identidad personal ligada a la identidad familiar. Ser el vínculo de identidad que proporciona la seguridad para enfrentar experiencias nuevas.
4. Promover la identidad sexual, lo cual prepara el camino para la realización sexual futura.
5. Promover la identidad social que ayuda a aceptar la responsabilidad social.
6. Fomentar el aprendizaje, la creatividad y la iniciativa individual.

1.2.3.2. Familia disfuncional

Al respecto de las familias disfuncionales John Bradshaw (2000), presenta un análisis tipo acróstico con las características de este tipo de familia.

Decepción y negación.- Las familias disfuncionales niegan sus problemas, y por lo mismo los problemas nunca se resuelven. También niegan a sus miembros el ejercicio de las cinco libertades.

Imposibilidad de intimidad.- Cuando hay un vacío de intimidad en una familia disfuncional, este vacío contribuye a la disfunción familiar. Esto se conoce con el nombre de desorden del Ying y el Yang.

Se basan en la vergüenza.- Las familias disfuncionales están basadas en la vergüenza. Los padres han interiorizado sus sentimientos de vergüenza y actúan desvergonzadamente hacia sus hijos. Generalmente los hijos de estas familias se sienten avergonzados.

Formación de roles rígidos, estáticos y fijos.- Los roles crean por la necesidad del sistema familiar. Los niños renuncian a propias necesidades para satisfacer las necesidades del sistema.

Una masa indiferenciada de egos.- Los miembros de las familias disfuncionales tienen límites permeables; los límites no se respetan, los individuos se invaden unos a otros, más que relacionarse, se enredan. Si la

madre es temida, todos temen. Las personas sienten por los demás miembros de la familia.

Necesidades sacrificadas en aras del sistema.- Los miembros de una familia disfuncional no pueden satisfacer sus necesidades. Las necesidades individuales son puestas de lado para satisfacer las necesidades del sistema familiar. Casi siempre existe cierto grado de enojo y depresión en los miembros de una familia así. Las diferencias individuales se sacrifican para satisfacer los requerimientos de la familia. En las familias disfuncionales el individuo existe para la familia. Resulta difícil abandonar una familia disfuncional.

Comunicación conflictiva y confluyente.- Las familias disfuncionales utilizan el conflicto abierto o la confluencia (acuerdan no estar en desacuerdo) como un estilo de comunicación. En muy rara ocasión logran establecer contacto verdadero.

Irrevocabilidad de reglas.- En las familias que presentan disfunción las reglas no cambian y son rígidas. La pedagogía ponzoñosa ayuda a establecer estas reglas. Las reglas dominantes en un sistema disfuncional son el control, el perfeccionismo, el culpar a los demás, la negación de las cinco libertades, el silencio tácito, la sordera selectiva, la repetición (tener las mismas discusiones y problemas una y otra vez), y la desconfianza.

Omisiones. Secretos abiertos. Los secretos familiares son parte de las mentiras que mantienen a un sistema familiar estático. Estos secretos son abiertos, pues aunque todos saben lo que pretenden no saber, omiten hablar de ello.

No existen posibilidades de cambio en un sistema familiar cerrado. Todos intentan controlar la angustia que los controla, y para ello asumen un rol familiar. Sin embargo, entre más se atienen las personas a su rol, menos cambios se reflejan en el sistema. El proverbio francés, *Plus ça change, plus c'est la même chose* ("Entre más cambian las cosas, más permanecen

iguales.”), resume bastante bien el dilema al que se enfrenta un sistema familiar cerrado.

Adquisición de una voluntad absolutista y grandiosa.- La mayor catástrofe a la que se enfrentan los miembros de las familias disfuncionales es a la pérdida de una voluntad sana. Cuando la voluntad se inhabilita, las personas pierden su libertad. El control es un producto de la voluntad inhabilitada. Al no ventilar los asuntos, al no hablar las cosas, los sentimientos se congelan y contaminan la inteligencia emocional de los individuos. Cuando la fuerza de voluntad se lleva a los extremos (querer por querer) las personas adquieren comportamientos caóticos e impredecibles.

Límites perdidos.- En un afán de mantener el sistema familiar funcionando, los individuos renuncian a sus límites personales. Renunciar a los límites personales es equivalente a renunciar a la propia identidad. Las familias disfuncionales carecen de límites.

1.2.3.3. Indicadores de funcionalidad y disfuncionalidad dentro de la familia

El sistema familiar atraviesa por una serie de cambios en su estructura es decir en sus límites, jerarquías, normas y reglas; los mismos que ayudan a fortalecer el desarrollo y crecimiento de la familia adaptándose los miembros a nuevos roles y funciones esto hace que el sistema sea funcional.

El Modelo Circumplejo de David Olson, permite clasificar a las familias en funcionales y disfuncionales por medio de los indicadores de cohesión y adaptabilidad, se debe considerar que la disfuncionalidad familiar se debe a que los integrantes de la familia no cumplen con las funciones y roles que son asignados. (Polaino & Martínez Cano, 1998, págs. 196-209) Según este modelo, la dinámica familiar tiene 3 dimensiones: Cohesión, Adaptabilidad y Comunicación.

a. Cohesión

La Cohesión es el vínculo emocional de la familia, se ve a través del apego emocional, los tipos de límites, subsistemas de la familia, cohesiones entre ellos, tiempo, espacio, amigos, intereses y recreación y participación en la toma de decisiones. (UNAD, 2014), mencionan que Polaino, Lorente y Martínez (1998) divide a la cohesión en 4 niveles:

1. Desligada: la de menor grado en cuanto a intensidad.
2. Amalgamada: de menor intensidad.
3. Separada: intensidad intermedia.
4. Conectada: intensidad intermedia.

Estos niveles surgen de la combinación de 5 variables:

1. Vinculación: grado de intimidad, interés y cuidado, la familia puede reconocer telepática o intuitivamente sentimientos, pensamientos y fantasías del otro.
2. Límites: un parámetro útil, cuando son difusos puede haber coaliciones.
3. Intereses: recreación (cantidad y calidad de tiempo y espacio que cada miembro comparte con los otros)
4. Tiempo: espacio
5. Toma de decisiones: proceso mediante el cual el sistema decide que necesidades deben cubrirse y en qué orden, para lograr el equilibrio.

Este modelo establece cuatro niveles de cohesión familiar que representan un continuo de alto o bajo los que permiten clasificar y tipificar a la familia en cuatro tipos: (Santamaría, 2012)

1. **Aglutinada**.- Alto grado de dependencia entre los miembros de la familia. Límites difusos y normas muy estrictas, se limita la autonomía e identidad personal.
2. **Unida**.- Límites externos semiabiertos y límites intergeneraciones son claros. Decisiones compartidas. Los miembros tienen espacio para su desarrollo individual.
3. **Independiente**.- Límites internos y externos son semiabiertos y los límites generacionales son claros. En las decisiones puede primar lo individual sobre lo familiar, pero tienen la capacidad de tomar decisiones familiares cuando se requieran.
4. **Desligada**.- miembros extremadamente individualistas y poca intimidad. Mínima cohesión.

b. Adaptabilidad

La adaptabilidad familiar se define como la habilidad de una familia para ajustarse en cuanto a la estructura de poder, los roles y las relaciones con las distintas situaciones estresantes del exterior. Los cuatro niveles de adaptabilidad familiar son: rígido, estructurado, flexible y caótico. La forma en que las familias se estructuran en términos de su nivel de adaptabilidad ha mostrado tener efectos más profundos en los niños desde la escuela hasta la religión o el comportamiento. (Reinhard, 2014)

Polaino y Martínez (1998) hacen la descripción de cada uno de los tipos de adaptabilidad familiar. (pág. 214)

1. **Adaptabilidad caótica**: ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y demasiados cambios.
2. **Adaptabilidad flexible**: liderazgo compartido, roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.

3. **Adaptabilidad estructurada:** liderazgo a veces compartido, roles en ocasiones compartidos, cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.
4. **Adaptabilidad rígida:** liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.

c. Comunicación

La comunicación familiar es otra de las dimensiones importantes en el modelo circumplejo. En este ámbito teórico, la variable comunicación es considerada como un elemento modificable, en función de la posición de los matrimonios y familias a lo largo de las otras dos dimensiones. Esto quiere decir que, modificando los estilos y estrategias de comunicación de un matrimonio o de una familia, muy probablemente, podamos modificar el tipo de cohesión y adaptabilidad al que pertenecen. Por ser una variable facilitadora del cambio, no aparece representada gráficamente en el modelo circumplejo. (Polaino & Martínez Cano, 1998, pág. 216)

CAPITULO II

1.3. Adolescencia.

1.3.1. Definición de adolescencia.

La adolescencia, del latín *adolescētia*, se define como la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo. (RAE, 2014)

La Organización Mundial de la Salud, menciona que en general se considera que los adolescentes de 10 a 19 años son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Más numerosos aún son los que tienen problemas de salud o discapacidades. Además, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Por ejemplo, el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida. (OMS, 2014)

1.3.2. Definición de sexualidad.

Christian Scharfetter (1988) definió a la sexualidad como vivenciar y comportamiento basados en la diferenciación masculino - femenina. Comprende la consciencia de sexo (del sexo propio y del contrario), la apetencia sexual (pulsión sexual, libido) y el comportamiento sexual (comportamiento copulativo). (Scharfetter, 1988, pág. 352)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que "la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a

través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales" (Magallanes, 2014)

1.3.3. Identidad sexual.

La cuestión de la identidad sexual ha preocupado a la humanidad desde los griegos. En El banquete, Platón cuenta el mito de la androginia, según el cual existieron tres clases de seres humanos: los hombres, las mujeres y los hermafroditas. Freud, mantuvo a lo largo de toda su obra la noción de bisexualidad psíquica, concepto clave para entender la identidad sexual. (Gomez Restrepo & et al, 2008, pág. 290)

La identidad de género (también denominada identidad sexual), es la percepción propia, única y persistente de la individualidad masculina o femenina. La conducta o comportamiento de los individuos es diferentes según el sexo. (Gómez Gil & Esteva de Antonio, 2006)

1.3.4. Rol sexual.

El rol sexual o rol de género es la conducta o expresión externa que el individuo muestra y que lo identifica ante la sociedad como varón o mujer. (Gómez Gil & Esteva de Antonio, 2006)

1.3.5. Orientación sexual.

La orientación sexual se refiere a la capacidad para relacionarse tanto afectiva como eróticamente con personas de nuestro mismo sexo, de nuestro sexo complementario (mal llamado sexo opuesto) o con ambas; y

dependiendo de la persona con la cual se relaciona eróticamente, ya sea un hombre, una mujer o ambos, se puede hablar de tres tipos de orientaciones sexuales: (Castillo Ortiz, 2005, pág. 65)

1. La orientación **homosexual** o la capacidad para relacionarse tanto afectiva como eróticamente con personas del mismo sexo.
2. La orientación **heterosexual** o la capacidad para relacionarse tanto afectiva como eróticamente con personas del sexo complementario.
3. La orientación **bisexual**, donde indistintamente, o por momentos específicos, puede relacionarse tanto afectiva como eróticamente con personas del mismo sexo o con personas del sexo complementario. Esto puede ocurrir alternadamente o al mismo tiempo.

1.3.6. Actitudes y valores.

Al respecto de las actitudes y valores sexuales, cabe destacar el papel protagónico de la televisión en la formación de creencias, actitudes y valores sexuales en la niñez y adolescencia, particularmente por la cantidad de horas en que se expone a los niños y niñas a este medio. (Facultad de Ciencias Sociales, 2004)

1.3.7. Conducta sexual.

La conducta sexual es necesaria desde el punto de vista biológico solo para la reproducción, por tanto, mientras que comer es esencial para la supervivencia individual, el sexo no lo es. (Gerrig & Zimbardo, 2005, pág. 374)

1.3.8. Construcción de género.

La construcción de género es una categoría de tipo simbólico y se refiere al conjunto de normas, prescripciones, comportamientos y roles que establecen lo que es femenino y masculino. Esta perspectiva de género

ayuda a comprender y aceptar que los rasgos de comportamiento atribuidos a los sexos masculino y femenino y erróneamente entendidos como propios y naturales del sexo, pertenecen a la esfera de lo aprendido, igual que las costumbres culturales. (Báez Arroyo, 2009)

1.3.9. Las relaciones de género y la sexualidad.

Los estudios sobre sexualidad han dado origen a una reflexión sobre los vínculos entre la construcción social de las relaciones de género y los comportamientos sexuales. Estas reflexiones se refieren principalmente a la influencia que tienen la construcción de las identidades y las desigualdades de acceso a poder, prestigio y recursos entre hombres y mujeres en los significados de la sexualidad. (Szasz, 1998, pág. 3)

1.3.10. Problemas frecuentes que pueden atravesar los adolescentes:

Los diez problemas a los que los adolescentes se enfrentan con mayor frecuencia están relacionados con: (Escobar & Montes Hdez, 2011)

1. Consumo de alcohol.
2. Iniciación en las drogas.
3. Embarazos no deseados.
4. Acoso escolar o 'bullying' por parte de sus compañeros.
5. Trastornos de la imagen y la alimentación. Anorexia, bulimia nerviosa.
6. Malos tratos.
7. Problemas derivados del mal uso de Internet, la cual afecta sobre todo a chicos mayores.
8. Sectas y socio adicciones.

9. Depresión y trastornos emocionales.

10. Accidentes de tráfico.

ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

La Sexualidad del adolescente

La adolescencia es una etapa de crecimiento físico y emocional que plantea nuevos temas vinculados al cuidado de la salud. Muchas personas creen que “la sexualidad” es sinónimo de relaciones sexuales o se refiere sólo a los genitales. Sin embargo, se trata de un concepto mucho más amplio.

La sexualidad es un proceso dinámico y complejo que comienza cuando nacemos, se manifiesta de distintas maneras a lo largo de nuestra vida e involucra también nuestros sentimientos, emociones y el proceso de conformación de nuestra identidad. La sexualidad tiene que ver con la forma de vestirse, de moverse, de expresarse y de relacionarse con los demás. (MSAL, 2014)

El desarrollo sexual se evidencia en el plano emocional y en el plano físico.

En lo emocional: Por la aparición de nuevos intereses, como ir a bailar, hacer deporte, o pasar más tiempo con amigos. Pero también en la aparición de nuevos sentimientos y sensaciones físicas, tales como los primeros enamoramientos, ilusiones y desilusiones.

En lo físico: Por el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (vello púbico, voz más grave en varones y desarrollo de mamas y ensanchamiento de caderas en mujeres, entre otros). Se acentúan las diferencias físicas entre los varones y las mujeres. Además, los genitales y otras partes del cuerpo aparecen, más que antes, como fuente importante de sensaciones placenteras.

Conducta sexual del adolescente y factores de riesgo en la actividad sexual precoz.

Los factores de riesgo en la adolescencia está condicionada y agravada por la pobreza y la marginación social, la diversidad educativa, territorial y

cultural y las necesidades de los grupos especiales (mujeres cabeza de familia, desplazados, poblaciones indígenas y adolescentes) (Vinaccia & al, 2007)

En una investigación de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, en la ciudad de Temuco, Chile, se encontró que en la dimensión individual aparecen como relevantes factores de riesgo que favorecen el embarazo (FFE): "amor romántico", no uso de métodos anticonceptivos, baja autoestima, irresponsabilidad masculina y falta de conocimiento en sexualidad. En la dimensión familiar destacan los factores: límite estrecho familiar y negligencia paterna. Surgen factores percibidos por las adolescentes como protectoras del embarazo no planificado (FPE), en la dimensión individual destacan: capacidad reflexiva y proyecto de vida; en la dimensión familiar: "familia cuidadora" y límites claros; y en la dimensión social la categoría o factor con mayor peso es "sanción social". Conclusiones: Entre los hallazgos destacan como FFE relevantes el "amor romántico" y los límites polares familiares. Como FPE, la capacidad de reflexión y "familia cuidadora". Estos elementos debieran ser considerados en la prevención del embarazo no planificado en población adolescente. (Baeza W., 2007)

Embarazo adolescente.

Según Klein nadie puede asegurar que una educación eficaz sobre sexo y vida familia controlará el embarazo de las adolescentes, pero sí es seguro que el embarazo de estas muchachas no puede controlarse sin una educación sexual adecuada. (Redondo Figuero, Galdó Muñoz, & García Fuentes, 2008, pág. 341), mencionan además, cuales son los problemas que generalmente se presenta para el niño en gestación:

Mortalidad: Aparte de la alta probabilidad de que un embarazo adolescente finalice en aborto, espontaneo o provocado, se estima que la tasa de

mortalidad neonatal es 2.4 veces mayor en los hijos menores de 15 años que en los nacidos de madres mayores de 20 años.

Morbilidad: Aumenta debido a los siguientes factores: a) bajo peso, el riesgo se duplica en las menores de 15 años, es 1.5 veces mayor en las menores de 17 años y 1.3 veces en las adolescentes de 18-19 años. b) Malformaciones: el consumo de alcohol y otras drogas se incrementa en los embarazos adolescentes al tratarse de gestaciones de alto estrés emocional. Estos consumos van a ser directos responsables de distintas malformaciones fetales, así como de la posible aparición en el recién nacido de un síndrome de abstinencia por la privación del tóxico. c) problemas emocionales y de conducta: se ha observado que los hijos de embarazos adolescentes presentan puntuaciones menores en las pruebas de inteligencia, así como mayor frecuencia de fracaso escolar.

1.3.11. Paternidad adolescente.

Durante la última década ha habido un creciente interés por la cuestión de la paternidad temprana. Este fenómeno ha sido especialmente acusado en EE.UU., que ostenta la tasa de embarazo adolescente más alta del mundo, así como en Gran Bretaña, que posee la más alta entre los países europeos (COLEMAN. 1997). Sin embargo, diversos factores entorpecen una comprensión clara de esta cuestión. En primer lugar, es equívoco hablar de paternidad adolescente como concepto general. Es evidente que la paternidad para un joven de 19 años es una experiencia completamente diferente que para un de 14 o 15 años. Sin embargo, es demasiado infrecuente que se reconozca la significación del estadio evolutivo del joven padre al analizar la cuestión. (Coleman & Hendry, 2003)

1.3.12. Aborto en adolescentes

Estudios realizados con adolescentes abortistas evidencian superficialidad en el conocimiento de métodos anticonceptivos, el establecimiento de relaciones de pareja simultáneas y fortuitas - obligadas a acudir al aborto ante una relación de pareja inestable, reincidencia en esta práctica; la mayoría no tienen hijos y no usan este método ante el deseo de reducir el tamaño de la familia o de espaciar el nacimiento entre los hijos- y acuden al aborto para no enfrentar la responsabilidad de tenerlos. Más de la mitad son muchachas solteras que tienen similares ritmos de actividad sexual que sus congéneres casadas, y por tanto expuestas al mismo riesgo de embarazarse, presencia de economía familiar desequilibrada y valores inadecuados acerca del papel de la mujer y la madre soltera. (Martín Alfonso & Reyes Díaz, 2003)

Sobre la problemática del aborto en adolescentes, César Paz y Miño (2013) presenta el siguiente análisis para el contexto ecuatoriano.

La problemática en torno al aborto se enfoca desde varios ángulos y crea pasiones. Independientemente de las posiciones, es la realidad la que debería determinar las acciones que adopten un Estado y su Gobierno.

Por todas las deficiencias sociales conocidas, el problema del aborto se ve directamente relacionado con la pobreza, la educación y, sobre todo, la salud pública. Las autoridades estatales poco enfrentan el tema por sus implicaciones ideológico - políticas o religiosas y tratan de minimizarlo y no ver su real dimensión.

Inciden también en la problemática el deficiente nivel de educación sexual y reproductiva, especialmente entre los adolescentes, así como las dificultades en el acceso real a anticonceptivos en general y al anticonceptivo de emergencia (píldora del día después); solo el 50% de adolescentes tiene acceso a anticonceptivos.

Adicionalmente, existen criterios machistas que impiden el uso de anticonceptivos porque se los asocia a “malas prácticas sexuales femeninas”.

Quienes se oponen a la despenalización del aborto se fortalecen en criterios religiosos y moralistas; mientras las cifras siguen mostrando una cruda realidad. En el país, los embarazos no deseados de adolescentes llegan al 39%. El 60% de embarazos de adolescentes es abortado en malas condiciones de salud. El 33% de ingresos hospitalarios es por abortos que representan la quinta causa de morbilidad materna. El aborto está aquí, nos guste o no, y su práctica en malas condiciones sanitarias produce la muerte de mujeres.

1.3.13. Los aspectos emocionales y sociales

La adolescencia es el periodo de tiempo que transcurre entre el comienzo de la pubertad y el final del crecimiento. Mientras la pubertad es un periodo de cambios biológicos, la adolescencia se trata de una construcción social de los países desarrollados. Los cambios ocurren en un corto periodo de tiempo y afectan a los aspectos biopsicosociales. Los cambios observados dependen de tres ejes hormonales: el hipotálamo-hipófisis-gonadal, el hipotálamo-hipófisis-adrenal y el eje ligado a la hormona de crecimiento. En la adolescencia los hitos del desarrollo psicosocial incluyen: la consecución de la independencia de los padres, la relación con sus pares, el incremento de la importancia de la imagen corporal y el desarrollo de la propia identidad como individuo. Aunque la adolescencia ha sido tradicionalmente definida como una etapa turbulenta e inestable, la mayoría de los adolescentes se desarrollan sin dificultades. (Iglesias Diz, 2013)

En una muestra de 389 jóvenes estudiantes de la enseñanza media de la ciudad de Porto Alegre en el Brasil. A través del análisis de regresión logística binaria, se encontró el perfil de los que tienen mayor propensión a la conducta sexual de riesgo: jóvenes varones que tuvieron mayor número

de parejas sexuales en el último año, presentaron mayor frecuencia en la consumición de alcohol, menor índice de bienestar psicológico y menor utilización de la estrategia de coping de búsqueda de pertenencia. (Gonçalves Câmara, Castellá Sarrier, & Sandra Carlotto, 2007)

e. MATERIALES Y MÉTODOS.

Características del diseño metodológico

El presente trabajo investigativo se realizará desde la perspectiva de tipo Descriptivo-Transversal con enfoque mixto describiendo, midiendo y recopilando información sobre hechos que suceden en un periodo de tiempo determinado y con una población fija.

La ejecución de la investigación tuvo lugar en el centro Colegio Beatriz Cueva de Ayora.

Área de estudio.

Universo: 100 adolescentes del Colegio Beatriz Cueva de Ayora del décimo grado A, B y C.

Muestra: 80 estudiantes del Colegio Beatriz Cueva de Ayora del décimo grado A, B y C.

Criterio de Inclusión:

Estudiantes de educación general básica del décimo grado A, B y C del colegio Beatriz Cueva de Ayora.

Criterios de Exclusión:

Estudiantes que pertenezcan a otros paralelos o grados del Colegio Beatriz Cueva de Ayora.

MÉTODO

Es preciso indicar que para la realización del presente proyecto, se toma en cuenta distintos métodos, procedimientos y técnicas que la investigación científica proporciona, o sea, las formas o medios que nos permiten descubrir, sistematizar, enseñar y aplicar nuevos conocimientos.

TÉCNICA

Técnicas e instrumentos

- 1. Historia Clínica Psicológica:** será aplicada a los Estudiantes de Educación General Básica del décimo grado A, B y C del Colegio Beatriz Cueva de Ayora, las historias clínicas tienen la siguiente estructura: datos informativos, psicoanamnesis personal, familiar, historia sexual, laboral y resultados de test psicológicos.

- 2. Test psicométricos:**

PRUEBA DE EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES (FFSIL) denominada FF-S1L y propuesta por Pérez, De la Cuesta, Louro, Bayarre, arrojan resultados cuantificables, la puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por reactivos y permite clasificar la familia en 4 tipos: Familia funcional (70 a 57 puntos), Familia moderadamente funcional (56 a 43 puntos), Familia disfuncional (42 a 28 puntos) y Familia severamente disfuncional (27 a 14 puntos). Los resultados servirán para indagar la problemática planteada en la investigación.

Se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos). Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento intrafamiliar.

LA ESCALA DE EXPERIENCIA SEXUAL DE MASSACHUSETTS: Consta de 5 ítems que evalúan las siguientes áreas de la respuesta sexual humana: interés, excitación, orgasmo, erección y satisfacción global. Para responder a los ítems, los pacientes han de utilizar una escala tipo Likert de intensidad con 6 valores: de 1 (mejor funcionamiento que lo normal) a 6 (ausencia total de la fase que se explora).

3. Encuesta estructurada:

Tiene como finalidad el abordaje de características generales en cuanto a la variable, para esclarecer información recabada.

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y ACTIVIDAD SEXUAL EN ADOLESCENTES.

Elaborada por la investigadora con 18 preguntas, mismas que cuentan con opciones múltiples con finalidad de recopilar datos cuantificables que esclarezcan la información sobre el aspecto sexual de los adolescentes.

f. RESULTADOS

OBJETIVO #1

“Identificar la dinámica familiar de los adolescentes de Educación General Básica del décimo grado A, B y C del colegio Beatriz Cueva de Ayora, a través de: Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), Para el cumplimiento del presente objetivo, se evaluó a 80 adolescentes, en donde se aplicó, Prueba de Evaluaciones de las Relaciones Intrafamiliares e Historia Clínica Psicológica que permitió valorar la funcionalidad de las familias de los alumnos investigados.

PRUEBA DE PERCEPCIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

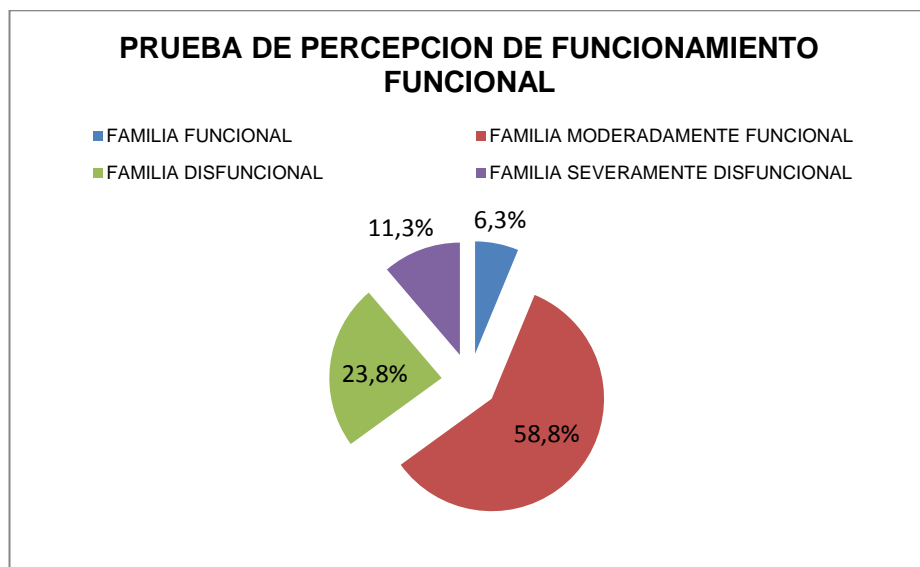
Cuadro #1

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAMILIA FUNCIONAL	5	6,3%
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	47	58,8%
FAMILIA DISFUNCIONAL	19	23,8%
FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	9	11,3%
TOTAL	80	100%

Fuente: Estudiantes de Educación general básica del décimo grado A, B y C del "Colegio Beatriz Cueva de Ayora".

Elaborado por: Magaly Roció Jiménez Pinzón.

Grafico #1



INTERPRETACIÓN

Del total de la población investigada, se evidencia la presencia de un 58,8% de evaluados pertenecen a una Familia Moderadamente funcional, el 23,8% corresponde a una Familia Disfuncional, el 11,3% se caracteriza por ser una familia severamente disfuncional y el 6,3 % corresponde a una Familia Funcional.

OBJETIVO #2

“Establecer la actividad sexual de los estudiantes de Educación General Básica del décimo grado A, B y C del colegio Beatriz Cueva de Ayora”

Para dar cumplimiento a este objetivo se tomó como muestra a 80 estudiantes que representa el 100 % de la población estudiada donde se utilizó una Encuesta de conocimiento, actitudes y actividad sexual en adolescentes y la Escala de experiencia sexual de Massachusetts”.

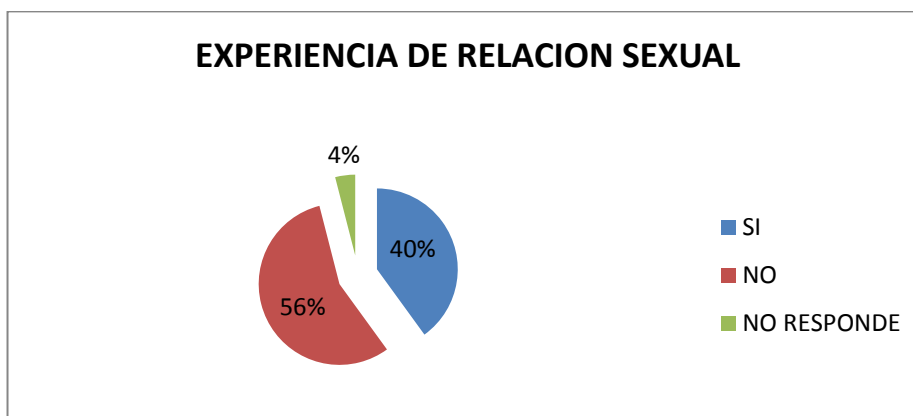
EXPERIENCIA DE RELACIÓN SEXUAL

Cuadro # 2

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	32	40%
NO	45	56%
NO RESPONDE	3	4%
TOTAL	80	100%

Fuente: Estudiantes de Educación general básica del décimo grado A, B y C del "Colegio Beatriz Cueva de Ayora".
Elaborado por: Magaly Rocío Jiménez Pinzón.

Gráfico # 2



INTERPRETACIÓN

De la población investigada tenemos con un 56% de adolescentes que señalan **No** haber experimentado una relación sexual, el 40% representa a los alumnos que **SI** han tenido una relación sexual y solo el 4% No responde.

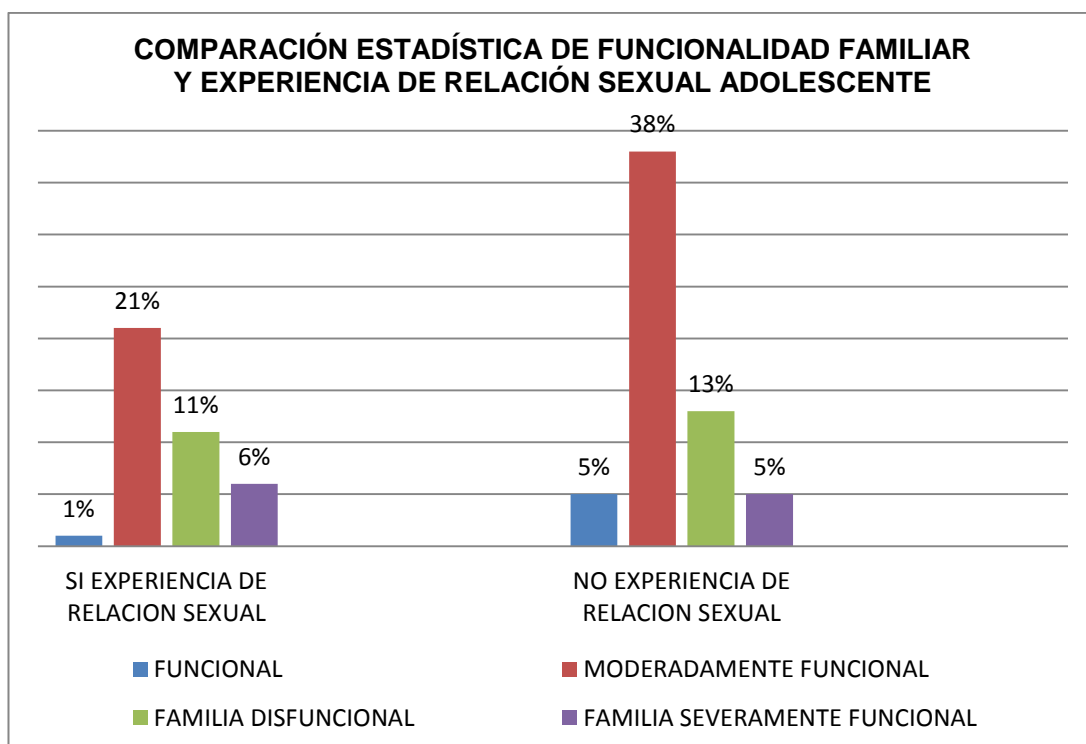
COMPARACIÓN ESTADÍSTICA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EXPERIENCIA DE RELACIÓN SEXUAL ADOLESCENTE

Cuadro # 3

VARIABLES	FUNCIONAL		MODERADAMENTE FUNCIONAL		FAMILIA DISFUNCIONAL		SEVERAMENTE FUNCIONAL		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
SI EXPERIENCIA DE RELACION SEXUAL	1	1%	17	21%	9	11%	5	6%	32	40%
NO EXPERIENCIA DE RELACION SEXUAL	4	5%	30	38%	10	13%	4	5%	48	60%
TOTAL									80	100%

Fuente: Estudiantes de Educación general básica del décimo grado A, B y C del "Colegio Beatriz Cueva de Ayora"
Elaborado por: Magaly Rocío Jiménez Pinzón.

Gráfico # 2



INTERPRETACIÓN

De la muestra estudiada que corresponde a 80 alumnos los cuales representan el 100% de investigados, en este grafico exponemos la relación existente de acuerdo a cada calificación familiar y la existencia de una actividad sexual en los alumnos.

Con un total de 40% de evaluados de los que **SI** mantienen una relación sexual califican con una mayor puntuación del 21%, encontrar a su familia moderadamente funcional.

Con un 60% de adolescentes que **NO** han experimentado una relación sexual califican a su familia con un 38% señala a su familia moderadamente funcional.

Al analizar y observar su total, encontramos un porcentaje significativo del 40% de adolescentes que se encuentran en el inicio de actividad sexual precoz y así mismo reflejando datos considerables de una disfuncionalidad familiar.

g. DISCUSIÓN.

El interés de esta investigación es el estudiar cómo influye la dinámica familiar en los adolescentes y su relación con la actividad sexual precoz. Las personas pertenecemos a diversos ambientes, y el que juega un papel importante es la familia conocido como “el sistema en que vibran más las emociones, los sistemas de creencias, las tradiciones, las fortalezas y vulnerabilidades, los elementos de apoyo y con frecuencia la fuente de estrés y de presiones que nos conducen al éxito o al fracaso”. (Quiroga, 2012)

Romero, en su Curso de salud y desarrollo, hace amplia referencia a este tema, y concluye que un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura. Otros estudios realizados en Ciudad de La Habana y Santiago de Cuba también han demostrado cómo la presencia de factores biopsicosociales y familiares, al igual que pertenecer a familias disfuncionales y tener una integración social inadecuada, han influido en las actitudes y comportamientos de los adolescentes. (Rodríguez Cabrera A, 2008)

El aporte del clima de hogar es indispensable en el desarrollo de los adolescentes sobretodo en la parte afectiva. Por ello se considera valorar su entorno familiar en cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, roles y adaptabilidad. Variables que califican a una familia funcional, familia moderadamente funcional, familia funcional y familia severamente disfuncional.

En correspondencia a la investigación planteada y en cumplimiento de uno de sus objetivos es lograr “**Identificar la dinámica familiar de los adolescentes** de Educación General Básica del décimo grado A, B y C del Colegio Beatriz Cueva de Ayora”, se obtuvo los siguientes resultados a través de la **Prueba de Evaluaciones de las Relaciones Intrafamiliares**, expuestos en el Cuadro #1, donde un 59% de adolescentes evaluados pertenecen a una Familia Moderadamente funcional, el 24% refleja a una

Familia Disfuncional, el 11% se caracteriza por ser una familia severamente disfuncional y el 6% representa a una Familia Funcional.

En el estudio realizado por Juan González (2009) en la ciudad de Bogotá-Colombia. A través del tema titulado “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar” muestra que en una edad media de los adolescentes 13,5 años. El 8 % de los hogares presentan disfunción severa y 39 % son nucleares incompletos. Se presenta más relaciones sexuales cuando los adolescentes perciben de manera disfuncional a su familia con el 95 %. (González, 2009)

Se consideraría que los conflictos familiares, llevarían a los adolescentes a la búsqueda de un vínculo afectivo protector, ocasionando en algunos casos una actividad sexual precoz.

Para el cumplimiento del segundo objetivo que es: “**Establecer la actividad sexual** de los estudiantes de Educación General Básica del décimo grado A, B y C del Colegio Beatriz Cueva de Ayora”. Por medio de una **Encuesta de conocimiento, actitudes y actividad sexual en adolescentes y la Escala de experiencia sexual de Massachusetts**.

Pilar Lavielle, en el año 2013 en la ciudad de México menciona en su estudio “se observó que 29.7 % de los adolescentes había iniciado su vida sexual activa y en la mayoría a temprana edad (entre los 14 y 15 años)” (Pilar Lavielle Sotomayor, 2013). Información que se relaciona con los resultados de esta investigación.

Es propio de los adolescentes experimentar el deseo de un vínculo sea este sentimental o sexual dentro de su grupo de pares o fuera de estos, por ello conoceremos que porcentaje de los adolescentes han iniciado una actividad sexual precoz.

En el Cuadro # 2 se refleja que la población investigada corresponde al 60% de adolescentes quienes No han experimentado una relación sexual, el 40% SI ha tenido una relación sexual y solo el 4% No responde.

Esto se relacionaría con la existencia de un porcentaje considerable calificado como familia moderadamente funcional (59%) dentro de la muestra investigada. Los adolescentes que tienen una mala comunicación con los padres o familiares, por lo general desembocan en buscar medios accesibles para instruirse en lo que interese, siendo estos medios de información mal utilizados como lo es el internet llevaría a otras consecuencias y una actitud de irresponsabilidad en la actividad sexual.

De este modo al analizar en esta investigación y observar sus datos, encontramos un porcentaje significativo del 40% de adolescentes que se encuentran en el inicio de actividad sexual precoz y así mismo reflejando una disfuncionalidad familiar.

Además con la finalidad de prevenir riesgos como los que refiere el Dr. Monir Islam “las madres adolescentes se enfrentan a un riesgo más alto de parto distócico que las mujeres de veinte y tantos años. Sin una atención obstétrica de urgencia adecuada, esto puede conducir a la ruptura del útero, que conlleva un alto riesgo de muerte tanto para la madre como para el bebé. Para aquellas que sobreviven, el trabajo prolongado de parto puede causar una fístula obstétrica, que es un desgarró entre la vagina y la vejiga o el recto, que provoca fuga de orina o heces.” (Islam, 2009)

Para evitar estas consecuencias graves de daño físico, psicológico y social se tiene que orientar y formar a los padres a mantener un clima de hogar que permita que los adolescentes tengan la seguridad de contar con el apoyo de sus progenitores ante las inseguridades sobre su sexualidad y el manejo de esta. La familia está en una situación privilegiada para orientar y formar a los adolescentes a la normalidad de las sensaciones y actividades sexuales en esta etapa de la vida y en años posteriores, de esta manera se contribuiría a la formación cada vez más completa lo que garantizaría un mejor porvenir para este grupo.

h. CONCLUSIONES

En la presente investigación, sobre la “Dinámica familiar y su relación con la actividad sexual precoz de los estudiantes de educación general básica del décimo grado A, B y C del Colegio Beatriz Cueva de Ayora. Lineamientos alternativos. Periodo diciembre 2014-febrero 2015” concluye que:

1. Por medio de la Prueba de Evaluaciones de las Relaciones Intrafamiliares, se evidencia la presencia de un 58,8% pertenecen a una Familia Moderadamente funcional, el 23,8% corresponde a una Familia Disfuncional, el 11,3% se caracteriza por ser una familia severamente disfuncional y el 6,3 % corresponde a una Familia Funcional. Es decir en un total de 93,9% sufre una alteración en la dinámica familiar y el 6,3% se presume que es funcional.
2. Además que de la población investigada tenemos con un 56% de adolescentes que señalan No haber experimentado una relación sexual, el 40% representa a los alumnos que SI han tenido una relación sexual y solo el 4% No responde.
Al realizar el análisis comparativo entre la dinámica familiar y la actividad sexual precoz podemos determinar que:
3. Del grupo de muestra evaluada con un 58,8% califica a su familia moderadamente funcional y con un 40% corresponden a los adolescentes que han experimentado una relación sexual en un intervalo de edad de 14 a 18años.

Este estudio también presenta un plan de Intervención Primaria y Secundaria Familiar orientado a la prevención de conductas inapropiadas en la familia y a la intervención de las mismas.

i. RECOMENDACIONES

Una vez finalizado el trabajo investigativo en el cual se aprecia la existencia de un porcentaje considerable calificado como disfuncionalidad moderada dentro de los hogares de los adolescentes y está vinculada con una actividad sexual precoz se recomienda que:

1. Se considere la Propuesta de Intervención que se diseñó derivada de esta investigación; basándose en los resultados obtenidos en el presente estudio, donde se formulan diversas estrategias de intervención primaria y secundaria.
2. Que el Colegio Beatriz Cueva de Ayora conjuntamente con docentes y autoridades de la institución, proporcionen espacios físicos y tranquilos para una correcta intervención con los padres y alumnos.
3. Se realice una Intervención Psicológica con la familia y adolescentes que presentan problemas en los aspectos formulados en esta investigación como son la dinámica familiar y la sexualidad precoz en los adolescente, que permita concienciar en los representantes de este grupo la importancia de su orientación, formación y brindar un ambiente para su óptimo desarrollo físico, psicológico, social, ambiental y espiritual. Especialmente evitar en los adolescentes una actividad sexual prematura.

j. PLAN PSICOTERAPÉUTICO DE INTERVENCIÓN PRIMARIA

PADRES Y ADOLESCENTES

Objetivo general

Identificar a través del acercamiento informativo y creativo al grupo orientado a descubrir las destrezas, debilidades, fortalezas que provee el grupo de trabajo.

Objetivos específicos.

1. Fortalecer el Autoestima en los Adolescentes de la Institución Educativa.
2. Informar sobre aspectos importantes de una adecuada dinámica familiar en los hogares de los adolescentes.
3. Conocimiento tanto a padres como adolescentes sobre los cambios físicos y psicológicos que involucra la adolescencia.

TALLER	TEMA	OBJETIVO	MÉTODO	CIERRE	TIEMPO
PRIMER TALLER	AUTOESTIMA	Motivar a los estudiantes a que se estimen y conozcan.	Charlas interactivas.	Análisis y reforzamiento de los conocimientos adquiridos, para lograr una buena autoestima o amor propio.	1 a 2 horas, durante dos días
SEGUNDO TALLER	RESILIENCIA	Promover la resiliencia para poder afrontar las dificultades del medio y así poder mantener la calidad de vida.	Charla Interactivo. Video-foros.	Evaluación personalizada (preguntas estructuradas)	1 a 2 horas durante dos días
TERCER TALLER	ADOLESCENCIA	Fortalecer en los adolescentes una visión realista y positiva de sí mismos sobre su desarrollo. Involucrar a los padres al conocimiento de los cambios que experimentan sus hijos.	Charla participativa.	Evaluación personalizada (exposición de los integrantes)	1 a 2 horas durante dos días

CUARTO TALLER	SEXUALIDAD ADOLESCENTE Y ALCOHOLISMO	Dar a conocer cómo afecta el alcohol en la sexualidad y sus cambios de comportamiento.	Charla integrativa y participativa. Video-foros. Película (El diario de una ninfómana).	Evaluación de la temática expuesta y procesada durante el taller en cada uno de los estudiantes.	1 a 2 horas durante tres días.
QUINTO TALLER	FAMILIA- CICLO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	Informar sobre el rol de los miembros de la familia, conocimiento de los signos de violencia y riesgos que perjudican gravemente el desarrollo de los adolescentes o personas violentadas.	Psicoeducación: Documentales, película (A prueba de fuego).	Para la elaboración de estos talleres se utilizara: Recurso Humano: Psicólogas Clínicas, estudiantes. Recurso Material: computadora, infocus, escritorio, folletos, videos Instructivos, películas, revistas, entre otras.	2 a 3 horas, durante dos días.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SECUNDARIA

Objetivo General

Implementar un modelo de intervención psicológico secundario encaminado a la orientación, formación de los hijos y una educación sexual en beneficio de padres de familia y adolescentes del Colegio Beatriz Cueva de Ayora.

Objetivos Específicos

1. Fomentar en los padres de familia el interés de velar por el bienestar físico, psicológico y socio-ambiental de sus hijos.
2. Descubrir e incentivar cualidades y habilidades que estén presentes en los adolescentes.
3. Motivar a una actitud de responsabilidad respecto a su sexualidad y el daño que involucra el inicio de una actividad sexual precoz.
4. Diseñar actividades que permitan la inclusión y participación adolescentes.

TERAPIA FAMILIAR

Objetivo: Orientar a la Familia a modificar, conservar y fortalecer conductas en sus relaciones Familiares.

Duración: El tiempo de duración de esta fase, dependerá de las características de la Familia y del terapeuta, en el manejo de cada sesión. Sin embargo, tendrá una duración de 12 sesiones en un aproximado de tiempo de 6 semanas.

Dinámica: Un Psicodrama cuya representación vaya enfocada en las características de una Familia funcional y una Familia disfuncional.

Técnica	Objetivo	Metodología	Recursos	Tiempo
Establecer roles y funciones dentro de la familia	Establecer los roles y funciones en cada miembro para mejorar las relaciones familiares.	Numerar los roles y funciones para cada uno de los miembros de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente • Familia • Psicoterapeuta 	Dos sesiones de 45 a 60 minutos dos veces por semana.
Habilidades para la Resolución de problemas	Brindar a la familia una herramienta que les permita la solución de conflictos, mediante la asertividad.	Aprendizaje de habilidades cognitivas para comprender causas, prever, generar pensamientos alternativos y mejor solución en la prevención y la resolución de los conflictos interpersonales. Enfoque cognitivo - conductual.	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente • Familia • Psicoterapeuta 	Dos sesión de 45 a 60 minutos dos veces por semana.
Intercambio de conductas (días de interés)	Fomentar el desarrollo e intercambio de conductas agradables en todos los integrantes de la familia	Es un procedimiento que contribuye a aumentar el placer y la satisfacción en las familias, a través de una lista con deseos que las otras personas deben realizar.	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente • Familia • Psicoterapeuta 	Dos sesiones de 45 60 minutos dos veces por semanas

<p>Psicodrama (expresión de emociones y sentimientos)</p>	<p>Apreciar como las conductas mostradas por los padres afectan emocionalmente el desarrollo de las relaciones con los adultos en los adolescentes.</p>	<p>Nos permitirá la comprensión emocional de las conductas mostradas en los miembros de la familia y reconstruir el sistema de valores internos más positivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente • Familia • Psicoterapeuta 	<p>Dos sesiones de 45 a 60 minutos dos veces por semana.</p>
<p>Modelado Rol-Playing</p>	<p>Cambiar conductas desadaptativas para mejorar su comunicación.</p>	<p>Consiste en observar la conducta de un modelo e imitar su comportamiento facilitando un aprendizaje. Está destinado a proporcionar a los sujetos una motivación necesaria para mejorar su actuación dentro de la familia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente • Familia • Psicoterapeuta 	<p>Una sesión de 45 a 60 minutos</p>
<p>Extinción de conductas</p>	<p>Erradicar o disminuir conductas no deseables que se encuentran presentes en la familia.</p>	<p>Técnica que consiste en dejar de reforzar comportamientos que queremos que disminuyan o desaparezcan, aplicándola inmediatamente en el momento que esta ocurra.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente • Familia • Psicoterapeuta 	<p>Una sesión de 45 a 60 minutos.</p>

Refuerzo positivo	Fomentar la practicas de conductas positivas en familia y el adolescentes	Es una técnica que consiste en reforzar conductas que queremos instaurar en el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente • Familia • Psicoterapeuta 	Una sesión de 45 a 60 minutos
Contrato de contingencias	Fomentar la asertividad dentro de las relaciones familiares.	Es un acuerdo escrito entre padres e hijo para cambiar conductas erróneas en ambas partes.	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente • Familia • Psicoterapeuta 	Una sesión de 45 a 60 minutos

INTERVENCIÓN SECUNDARIA

Objetivo General:

Establecer un modelo de intervención psicoterapéutica para afrontar y tratar el desequilibrio emocional debido a conceptos erróneos.

Objetivo Específicos:

1. Determinar los principales factores que influyen en el inicio precoz de las relaciones sexuales.
2. Desarrollar destrezas y habilidades sociales para asumir de una mejor manera cada día de labores.
3. Establecer técnicas de autocontrol para el mejor control de las emociones y sentimientos.

Técnicas Cognitivo-Conductuales y Estabilidad Emocional

Objetivo: Cambiar la perspectiva de observar la situación y promover conductas adaptativas para dotar al individuo una serie de estrategias que le permitan afrontar sus problemas y mantener un óptimo estado emocional.

Procedimiento: Para el cumplimiento de las actividades se lo realizará en forma continua y permanente con los alumnos del 10 año de Educación Básica al Colegio Beatriz Cueva de Ayora.

TERAPIA INDIVIDUAL

SESIÓN I.

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
ENTONAMIENTO EMPÁTICO O ENTABLAMIENTO DEL RAPORT	Entrar y rastrear la experiencia inmediata y en desarrollo del paciente y promover una relación óptima entre paciente – psicólogo	Presentación y narración individual del paciente de sus necesidades y conflictos.	El paciente se sentirá en confianza y armonía al saber que sus problemas serán tratados de la manera más óptima.	Psicoterapeuta Paciente Material Didáctico	40 a 60 Minutos aproximadamente.
TAREA #1: Facilitar el compromiso en las metas y tareas de la terapia.					

SESIÓN II.

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Elaboración de la Historia Clínica	Evaluación del paciente a través de la historia clínica y los respectivos reactivos psicológicos.	A través de la colaboración y narración del paciente se obtendrá la información relevante para su elaboración.	La evaluación nos brindara datos del paciente como personalidad, nivel cultural, estructura del pensamiento, estado físico y mental	Psicoterapeuta Paciente	60 Minutos aproximadamente.
TAREA #2: Realizar una hoja de vida ayudara a la recolección de datos.					

SESIÓN III.

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
<p>Psicoeducación o Sesión Informativa y educativa:</p>	<p>Mediante el diálogo se dará a conocer al individuo sobre ¿Qué es la sexualidad? ¿Cómo se puede llevar una vida sexual sana?</p>	<p>Mediante la utilización de material didáctico e imágenes digitales se tratara de llegar a la conciencia del adolescente y su familia sobre la sexualidad y un estilo de vida adecuado.</p>	<p>Concientizar y formar un criterio veraz sobre la sexualidad y sus normas para llevar una vida saludable y mantener el equilibrio mental</p>	<p>Psicoterapeuta Paciente Diapositivas Collage</p>	<p>60 Minutos aproximadamente</p>
<p>Tarea #3: Elaboración de Diapositivas y Collage para facilitar la sesión informativa.</p>					

SESIÓN IV

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
<p>Detección e identificación de pensamientos automáticos irracionales</p>	<p>Detectar los pensamientos irracionales causantes de malestar y conducta distorsionada en el paciente.</p>	<p>Aplicación del reactivo “Inventario de pensamientos automáticos”</p>	<p>Dar a conocer al paciente los pensamientos de mayor fluctuación y como cambiarlos.</p>	<p>Psicoterapeuta Paciente Material Didáctico</p>	<p>60 Minutos aproximadamente.</p>
<p>Tarea #4: Elaboración del abanico de posibilidades entre “lo que es” “lo que puede ser” y “lo que sucede realmente”</p>					

SESION V.

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Reestructuración y cambio de pensamientos.	Cambiar antiguas maneras de pensar por otras más adaptables.	Mediante el uso de frases y pensamientos positivos combatir y cambiar la antigua manera de pensar y obtener un pensamiento saludable	Que el/la paciente logre reconocer que existen pensamientos que al parecer están bien para El pero que terminan siendo causantes del malestar.	Psicoterapeuta Paciente	60 Minutos aproximadamente.
Tarea #5: Realizar una lista de pensamientos.					

SESION VI.

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Adquisición del ISINGTH	Mediante la redacción de vivencias personales e historia personal lograr un enfoque y conocerse así mismo.	Analizar el comportamiento de la persona y llevar a un autoconocimiento de la misma.	Establecer un autoconocimiento del paciente para mayor autocontrol de sus reacciones.	Psicoterapeuta Paciente	60 Minutos aproximadamente.
Tarea #6: Establecer las situaciones y experiencia personal para autoconocimiento.					

SESIÓN VII.

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
<p>Respuesta cognitiva – emocional (Racional – Emotiva)</p>	<p>Analizar estructura de pensamientos y sus maneras de sentir</p>	<p>Identificar como el sujeto percibe su medio, filtra y procesa la información y de esta manera actúan sus emociones.</p>	<p>Cambiar la estructura mental para adoptar una mejor manera de sentir.</p>	<p>Psicoterapeuta Paciente</p>	<p>60 Minutos aproximadamente.</p>
<p>Tarea #7: Detectar emociones e identificar sus mensajes.</p>					

SESIÓN VIII.

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Terapia Focal de Emociones	Llevar a la conciencia vivencias que son reprimidas	A través de la Narración	Como consecuencia de lo aprendido el paciente aprende a vivir y modificar lo que en su momento causo daño.	Psicoterapeuta Paciente	60 Minutos aproximadamente.
Tarea #8: El paciente debe empoderarse de todas las técnicas aprendidas en este proceso terapéutico para así aplicarlas en su diario vivir.					

k. BIBLIOGRAFIA

- Gerrig, R., & Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. Pearson Educación.
- Ackerman, N. (1977). *Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones familiares*. Horme.
- Allport, G. W. (1937). *Personality and Psychological Interpretation* .
- Angélica Díaz, C. S. (2004). *Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa*. Chile: Rev. Sogía. 2004.
- Aparicio Pérez, T. (2007). *PulevaSalud*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de El papel de los hijos en el hogar:
http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=100145&RUTA=1-3-69-102031-100145
- Báez Arroyo, M. (2009). *La teoría de la construcción de género*.
- Baeza W., B. (2007). IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA NOVENA REGIÓN. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72(2).
- Banda González, O. (s.f.).
- Bradshaw, J. (2000). *La familia / Family*. México: SELECTOR.
- Castillo Ortiz, H. (2005). *Sexo [entre] jóvenes: preguntas y respuestas*. México: SELECTOR.
- Castrejón Fernández, S., & Grande Finch, P. (2013). *Que es la familia*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de <http://es.slideshare.net/patriciaysara/componentes-de-la-familia>
- Chile, M. d. (Marzo de 2013). *Ministerio del Gobierno de Chile*. Obtenido de Ministerio del Gobierno de Chile:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Ediciones Morata.
- Creuheras, M. (2012). *SanDiegoRed.com*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de Como es una familia funcional:
<http://www.sandiegored.com/editorial/26000/Como-es-una-familia-funcional/>
- DRAE. (2001). *Diccionario de la Real Academia de la lengua Española*. España.
- EDUCACION, M. D. (1998). *Familia y escuela: diagnóstico del sistema educativo, 1997*. Barcelona, Esp.: Ministerio de Educación.
- Escobar, Y., & Montes Hdez, M. (2011). Recuperado el 20 de 12 de 2014, de Los días problemas más graves de los adolescentes:

<http://es.slideshare.net/mxuss/los-diez-problemas-mas-graves-de-los-adolescentes>

- Everingham, C. (1997). *Maternidad: Autonomía y Dependencia: Un Estudio Desde la Psicología*. Madrid: Narcea Ediciones.
- Facultad de Ciencias Sociales. (2004). *Revista de ciencias sociales, Números 13-15*. Puerto Rico: Centro de Investigaciones Sociales.
- Fernández Rojero, C. (2009). *Ciclo Vital y sistema familiar*. New York: The Family life cycle.
- FESS. (2014). *Federación Española de Sociedades de Sexología*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de LA SEXUALIDAD HUMANA: <http://www.fess.org.es/sexualidad-humana.php>
- Gallego, J. A., & Pérez, J. A. (2001). *Pensar la familia: Estudios interdisciplinarios*. Palabra.
- Gómez Gil, E., & Esteva de Antonio, I. (2006). *Ser Transexual*. Barcelona: Editorial Glosa, S.L.
- Gomez Restrepo, & et al. (2008). *Psiquiatría clínica*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Gonçalves Câmara, S., Castellá Sarrier, J., & Sandra Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology, 41(2)*.
- González, J. C. (2009). *Conocimientos, Actitudes y Prácticas*. Bogotá: An adolescent student population's knowledge, attitudes and.
- Iglesias Diz, J. (2013). *Pediatría Integral*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-antiguos/publicacion-2013-03/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/#>
- Islam, M. (2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. OMS: Volumen 87: 2009.
- Magallanes, U. d. (2014). *Universidad saludable*. Obtenido de sexualidad: <https://www.umag.cl/universidadsaludable/sexualidad.php>
- Malvido, L. (1991). *Criminalidad Femenina*. Mexico D.F.
- Martha Romero, R. A. (Octubre de 2002). Por que delinquen las mujeres, Perspectivas Teóricas Tradicionales.
- Martín Alfonso, L., & Reyes Díaz, Z. (2003). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Revista Cubana de Salud Pública, 29(2)*.
- Martin, E. S. (2009). La psicología de la delincuencia. *Revista Señaes*.

- Mc Whinney, I. (1981). *Introducción a la Medicina Familiar*. Oxford University.
- Medalie Jack, H. (1987). *Medicina Familiar, Principios y Practicas*. Limusa.
- Mejía, D. (1991). *Salud Familiar para América Latina*. ASCOFAME.
- Mosby, M. G. (2009). *Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud*. España: Elsevier España.
- MSAL. (2014). *Ministerio de Salud*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de El desarrollo de la sexualidad:
http://www.msal.gov.ar/vamosacrecer/index.php?option=com_content&view=category&id=332&layout=blog&Itemid=273
- OMS. (2014). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de Salud de los adolescentes:
http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Osorio, A., & Alvarez Mora, A. (2004). *Introducción a la salud familiar*. Costa Rica: CENDEISSS.
- Osorio, A., & Álvarez, A. (2004). *Introducción a la Salud Laboral*. San José, Costa Rica.: Atención Primaria. Trabajo con familias. Análisis familiar. Salud.
- Parra, J. (29 de Octubre de 2014). *Comision del derecho de la Salud*. Obtenido de <http://www.asambleanacional.gob.ec/noticia/dos-de-cada-10-partos-en-el-ecuador-son-de-adolescentes-segun>:
<http://www.asambleanacional.gob.ec/noticia/dos-de-cada-10-partos-en-el-ecuador-son-de-adolescentes-segun>
- Paz y Miño, C. (13 de 01 de 2013). Ecuador y el aborto (I). *El telégrafo*.
- Pilar Lavielle Sotomayor, F. J. (2013). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Aportaciones Originales*, 41.
- Pineda Pérez, S., & Aliño Santiago, M. (sf). *El concepto de adolescencia*.
- Polaino-Lorente, A., & Martínez Cano, P. (1998). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. Ediciones Rialp.
- Polaino-Lorente, A., & Martínez Cano, P. (1998). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. Madrid: Ediciones Rialp.
- Quiroga, Y. (2012). *Organización Familiar en el niño con Oxigenoterapia*. Universidad Nacional de Cordoba: Argentina.
- Quispe Arapa, L. (2012). *Padres y adolescentes: Dinámica familiar*. España: Editorial Académica Española.
- RAE. (2014). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=adolescencia>

- RAE. (2014). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de Rol: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=rol>
- Redondo Figuero, C., Galdó Muñoz, G., & García Fuentes, M. (2008). *Atención al adolescente*. España: Graficas Calima.
- Reinhard, L. (2014). *HeHow en Español*. Recuperado el 20 de 12 de 2012, de Niveles de adaptabilidad familiar: http://www.ehowenespanol.com/niveles-adaptabilidad-familiar-info_252630/
- Revilla, L. d. (1998). *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doym, 1998.
- Robles, J. (2012). *Conceptos jurídicos de derechos*.
- Rodríguez Cabrera A, S. R. (2008). *La gestión Social como vía para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes*. . Cuba: Julio-Septiembre.
- Rodríguez, M. (2000). *La ONU y su familia*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de Mujer Nueva: <http://www.mujernueva.org/articulos/articulop.shtml?id=31>
- Salud, O. M. (01 de julio de 2009). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Boletín de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
- Salud, O. M. (2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. América Latina y el Caribe.: Boletín OMS.
- Sánchez Díaz, J. (2014). *Enciclopedia virtual*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES PARA POTENCIAR LA EDUCACIÓN SEXUAL DE LOS ESTUDIANTES DE ESTUDIOS SOCIOCULTURALES: http://www.eumed.net/libros-gratis/2011d/1063/funciones_sexualidad.html
- Sánchez López, M. (2003). *Mujer y salud, familia, trabajo y sociedad*. España: Díaz de Santos.
- Santamaría, L. (2012). *Modelo de Olson*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de <http://es.slideshare.net/LauraSantamaria/modelo-deolson>
- Scharfetter, C. (1988). *Introducción a la psicopatología general*. Madrid: Ediciones Morata.
- Szasz, I. (1998). *Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México*. México.
- UNAD. (2014). *Universidad Nacionak Abierta y a Distancia*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de Lección 3.2.4. RESILIENCIA EN LA FAMILIA: http://datateca.unad.edu.co/contenidos/712003/712003_EXE/leccin_324_resiliencia_en_la_familia.html
- Vasquez, S. (2012). *Trastornos de personalidad y conducta Delictiva*. Madrid.

Veracruz, G. d. (26 de Septiembre de 2012). *Día Mundial del Embarazo NO Planificado en Adolescentes*. Obtenido de Gobierno del Estado de Veracruz: <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2012/09/Embarazo-Adolescentes.pdf>

Vinaccia, S., & al, e. (2007). Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por Vih/Sida en Adolescentes Colombianos. *Terapia psicológica*, 25(01).

I. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

“DINÁMICA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ DE LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DÉCIMO GRADO A, B Y C DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE AYORA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO DICIEMBRE 2014-FEBRERO 2015”

Proyecto de investigación previa a la obtención del título de. Psicóloga Clínica

AUTORA: Magaly Rocío Jiménez Pinzón

ASESOR: Dr. Luis Fernando Sarmiento.

Loja – Ecuador

2015

a. TEMA

“DINÁMICA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ DE LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DÉCIMO GRADO A, B Y C DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE AYORA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO DICIEMBRE 2014-FEBRERO 2015”

b. PROBLEMATIZACIÓN

La vulnerabilidad propia de la adolescencia es motivo de preocupación para la familia la sociedad e instituciones encargadas de su formación como son las educativas y las de salud. Debido a la disfuncionalidad familiar y a la carencia afectiva principalmente que son objeto los adolescentes buscan nuevas formas de evasión y cambios especialmente en su conducta, consumo de sustancias, deserción escolar y actividad sexual temprana con consecuencias nefastas, como frustración, pérdida de ideales, violencia intrafamiliar, discriminación, presión social y riesgos de mortalidad en embarazos tempranos.

Factores como desigualdades socioeconómicas, presión del grupo, la curiosidad, el abuso sexual, falta de orientación de los padres, nuevos estilos de vida, factores personales, información sexual inadecuada, insuficiente educación sexual; por lo que la familia juega un papel fundamental en la educación y desarrollo personal de los adolescentes.

La Organización Mundial de la Salud, en julio 2009 en su Boletín “Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo” se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por James E. Rosen. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en

adolescentes como porcentaje oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe (Salud O. M., 2009)

A nivel Latinoamericano en Chile en el año 2013 bajo el artículo de investigación “Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile” los resultados corresponden a 3.210 adolescentes de ambos sexos entre 12 y 19 años. El 90,2% eran mujeres, 96% eran estudiantes. La edad promedio a la entrevista fue de 16,3 años con un promedio de 10,6 años de escolaridad. El promedio de edad de inicio de la actividad sexual fue de 15,4 años. El 24,1% había iniciado actividad sexual antes de los 15 años y 75,9% a los 15 años y más. El análisis multivariado mostró que las variables familiares categóricas asociadas al inicio sexual antes de los 15 años fueron: filiación no matrimonial, no haberse criado con ambos padres y una mala relación con los mismos y no vivir actualmente con ellos y mala comunicación familiar, madre sola u otro responsable a cargo de su cuidado, supervisión sin sanción al quebrantamiento de normas, padre con antecedente de paternidad adolescente, madre con antecedente de maternidad adolescente, madre que trabaja, tamaño de la familia (número de hijos 1 ó 2) y disfunción familiar. El tipo de permiso durante la semana y para los fines de semana, orden de nacimiento y actividad del padre no fue asociado al inicio sexual temprano (Chile, 2013).

En el Ecuador existe la misma preocupación, la Comisión del Derecho de la Salud reunido el 29 de octubre del 2014 bajo la dirección del Dr. Jorge Parra del Fondo de Población de las Naciones Unidas “subrayó que en el Ecuador

2 de cada 10 partos son de adolescentes de 12 a 19 años; 5 de cada 10 adolescentes son padres, según cifras del INEC del año 2010; y 9 de cada 10 adolescentes desearía hablar de sexualidad en sus hogares” (Parra, 2014).

Finalmente podemos decir que tanto a nivel mundial, latinoamericano y nacional son realidades en las que nuestra localidad no están excluidas evidenciándose la misma problemática en los adolescentes.

c. JUSTIFICACIÓN

Al conocer el aporte de formación y protección que implica la familia en el desarrollo de los adolescentes, se ha visto la necesidad de conocer como la dinámica de esta tiene efectos en el inicio de la actividad sexual, reflejada en los casos frecuentes de madres adolescentes atendidas en los hospitales. Todo esto vinculado con el número de familias disfuncionales de donde provienen.

Como estudiante de la Universidad Nacional de Loja Área de la Salud Humana Carrera de Psicología Clínica, y al conocer sobre su aporte con la comunidad Nacional y Local, encuentro la necesidad de que la ciudad cuente con un trabajo investigativo en este ámbito para que exista claridad en los profesionales tanto de Salud Mental como en el ámbito Educativo, ante la realidad de esta problemática.

La importancia de este proyecto será inicialmente con una previa investigación para conocer la realidad de la dinámica familiar en la que se desarrollan los adolescentes. Así mismo se indagará sobre el inicio de la actividad sexual de los estudiantes del colegio Beatriz Cueva de Ayora. Posteriormente se analizará y expondrá los resultados; se sugerirá iniciar programas de psicoterapia encaminados a modificar la conducta familiar y un programa de psicoeducación para adolescentes y sus familias de este sector.

El presente trabajo de investigación será de utilidad para la comunidad educativa, las familias y los adolescentes donde se emprenderá el presente proyecto con la finalidad de prevenir futuros embarazos no deseados, evitar relaciones sexuales prematuras y el daño emocional que implica. Del mismo modo encuentro la factibilidad de realizar el presente trabajo de investigación, al contar con el recurso humano, material bibliográfico y el uso de instrumentos estandarizados que sustentaran la confiabilidad del estudio.

d. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la dinámica familiar y su relación con la actividad sexual precoz de los adolescentes de educación general básica del décimo grado A, B y C del Colegio Beatriz Cueva de Ayora.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la dinámica familiar de los adolescentes de Educación General Básica del décimo grado A, B y C del colegio Beatriz Cueva de Ayora, a través de: Prueba de Evaluaciones de las Relaciones Intrafamiliares e Historia Clínica Psicológica.
- Establecer la actividad sexual de los estudiantes de Educación General Básica del décimo grado A, B y C del colegio Beatriz Cueva de Ayora por medio de una encuesta de conocimiento, actitudes y actividad sexual en adolescentes y la escala de experiencia sexual de Massachusetts.
- Elaborar un plan de Intervención Primaria y Secundaria Familiar dirigido a la prevención de conductas inapropiadas en la familia y a la intervención de las mismas.

e. ESQUEMA DE MARCO TEÓRICO.

5.1 DINÁMICA FAMILIAR

5.1.1. Definiciones de familia

5.1.2. Componentes de la familia

5.1.3. Funciones de la familia

5.1.4. Tipos de familia

5.1.5. Roles de los miembros de la familia.

5.1.5.1. Rol del padre y la madre

5.1.5.2. Roles de los hijos.

5.1.6. Familia funcional - Familia disfuncional.

5.1.6.1. Familia funcional

5.1.6.2. Familia disfuncional

5.1.6.3. Indicadores de funcionalidad y disfuncionalidad dentro de la familia

5.2. Adolescencia.

5.2.1. Definición de adolescencia.

5.2.2. Definición de sexualidad.

5.2.3. Sexualidad humana.

5.2.4. Identidad sexual.

5.2.5. Rol sexual.

5.2.6. Orientación sexual.

- 5.2.7. Actitudes y valores.**
- 5.2.8. Conducta sexual.**
- 5.2.9. Construcción de género.**
- 5.2.10. Las relaciones de género y la sexualidad.**
- 5.2.11. Problemas frecuentes que pueden atravesar los adolescentes:**

8. Sectas y socio adicciones.

9. Depresión y trastornos emocionales.

10. Accidentes de tráfico.

5.3. ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

- 5.3.1. La Sexualidad del adolescente**
- 5.3.2. Conducta sexual del adolescente y factores de riesgo en la actividad sexual precoz.**
- 5.3.3. Embarazo adolescente.**
- 5.3.4. Paternidad adolescente.**

- 5.3.5. Aborto en adolescentes**
- 5.3.6. Los aspectos emocionales y sociales**

f. METODOLOGÍA

El presente trabajo investigativo se realizará desde la perspectiva de tipo Descriptivo-Transversal con enfoque mixto describiendo, midiendo y recopilando información sobre hechos que suceden en un periodo de tiempo determinado y con una población fija.

La ejecución de la investigación se llevara a cabo en el Colegio Beatriz Cueva de Ayora.

Para el mismo trabajo investigativo se utilizaron métodos para la recolección de información como: Historia Clínica Psicológica, encuesta y el reactivo psicológico de Evaluaciones de las Relaciones Intrafamiliares.

MÉTODOS

Es preciso indicar que para la realización del presente proyecto, se tendrá en cuenta distintos métodos, procedimientos y técnicas que la investigación científica proporciona, o sea, las formas o medios que nos permitirán descubrir, sistematizar, enseñar y aplicar nuevos conocimientos.

EL MÉTODO CIENTÍFICO, es el instrumento adecuado que permite llegar al conocimiento de los fenómenos que se producen en la naturaleza y en la sociedad mediante la conjugación de la reflexión comprensiva y el contacto directo con la realidad objetiva, es por ello que en este trabajo investigativo

está basado en el método científico, como el método general del conocimiento.

MÉTODO DEDUCTIVO. Se abordara el estudio de los conocimientos generales hasta llegar a la comprensión en lo particular.

MÉTODO INDUCTIVO.- Este método permitirá, primero conocer la realidad del problema a investigar partiendo desde lo particular hasta llegar a lo general, en algunos casos.

MÉTODO DESCRIPTIVO.- Con este método se logra una descripción, discusión, conclusión y recomendaciones de los resultados así como permiten demostrar los problemas existentes.

MÉTODO ANALÍTICO.- se obtendrá un análisis amplio del problema enfocándolo desde el punto de vista psicológico, fisiológico y pedagógico; y, así analizar sus efectos interpretando la información recabada del campo.

MÉTODO ESTADÍSTICO.- el cual se centrara en tabular los resultados obtenidos a través de los reactivos utilizados, dando paso a la elaboración de cuadros estadísticos y representarlos en organizadores gráficos.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Técnicas e instrumentos

1) Historia Clínica Psicológica: será aplicada a los Estudiantes de Educación General Básica del décimo grado A, B y C del Colegio Beatriz Cueva de Ayora, las historias clínicas tienen la siguiente estructura: datos informativos, psicoanamnesis personal, familiar, historia sexual, laboral y resultados de test psicológicos.

2) Test psicométricos:

PRUEBA DE EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES

(FFSIL) denominada FF-S1L y propuesta por Pérez, De la Cuesta, Louro, Bayarre, arrojan resultados cuantificables, la puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por reactivos y permite clasificar la familia en 4 tipos: Familia funcional (70 a 57 puntos), Familia moderadamente funcional (56 a 43 puntos), Familia disfuncional (42 a 28 puntos) y Familia severamente disfuncional (27 a 14 puntos). Los resultados servirán para indagar la problemática planteada en la investigación.

Se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos). Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento intrafamiliar.

LA ESCALA DE EXPERIENCIA SEXUAL DE MASSACHUSETTS: Consta de 5 ítems que evalúan las siguientes áreas de la respuesta sexual humana: interés, excitación, orgasmo, erección y satisfacción global. Para responder

a los ítems, los pacientes han de utilizar una escala tipo Likert de intensidad con 6 valores: de 1 (mejor funcionamiento que lo normal) a 6 (ausencia total de la fase que se explora).

- 3) Encuesta estructurada:** tiene como finalidad el abordaje de características generales en cuanto a la variable, para esclarecer información recabada.

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y ACTIVIDAD SEXUAL EN ADOLESCENTES.

Elaborada con 18 preguntas, mismas que cuentan con opciones múltiples con finalidad de recopilar datos cuantificables que esclarezcan la información sobre el aspecto sexual de los adolescentes.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Para la presente investigación se tomara en su totalidad a los alumnos comprendidos en la población de la presente investigación de Educación general básica del décimo grado A, B y C del colegio Beatriz Cueva de Ayora, con un total de 100 personas de los cuales se tomara la muestra de 80 adolescentes.

Se tomara a todos los 80 estudiantes del paralelo A, B y C, siendo está una muestra significativa, los cuales serán consideradas como la población evaluada.

SUJETOS SOCIALES A INVESTIGAR	M-F
Estudiantes de educación general básica del décimo grado A, B y C del colegio Beatriz Cueva de Ayora	80
Historias Clínicas	80
Test	80
Encuesta estructurada.	80
TOTAL	80

CRITERIOS DE INCLUSION Y DE EXCLUSION

Criterio De Inclusión:

Estudiantes de educación general básica del décimo grado A, B y C del colegio Beatriz Cueva de Ayora

Criterios De Exclusión:

Estudiantes que pertenezcan a otros paralelos o grados del Colegio Beatriz Cueva de Ayora.

g. CRONOGRAMA

AÑO 2014

ACTIVIDADES	NOVIEMBRE	NOVIEMBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
Elaboración del proyecto	X					
Presentación del proyecto		X				
Elaboración de campo			X	X		
Análisis e interpretación de resultados, y conclusiones y recomendaciones				X		
Presentación de borrador					X	
Sustentación de la pública						X

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO:

RECURSOS

a) HUMANOS

1. Director de tesis.
2. Directora del Colegio Beatriz Cueva de Ayora
3. Alumnos del Colegio Beatriz Cueva de Ayora.
4. Investigadora.

b) INSTITUCIONALES

1. Universidad Nacional de Loja.
2. Área de la Salud Humana.
3. Carrera de Psicología Clínica.
4. Colegio Beatriz Cueva de Ayora.

c) MATERIALES

1. Computadora.
2. Libros.
3. Hojas.
4. Lápiz.
5. Copias.
6. Anillados.
7. Esferográficos.
8. Impresora.
9. Empastados.

PRESUPUESTO

INSUMOS Y MATERIALES	GASTO
Transporte	\$200
Papelería	\$300
Internet	\$100
Otros	\$500
TOTAL	\$1100

FINANCIAMIENTO: El siguiente proyecto de investigación es financiado totalmente por el autor.

<p>secundaria, rendimiento y adaptación a la misma, relaciones con compañeros y profesores; ambiente familiar: interacciones, comportamiento, conflictos en el hogar; relaciones sociales, sentimentales etc.).</p>	
<p>8.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR: Tipo de familia, condiciones socio-económicas, trabajos, patologías, interacciones, etc.</p>	
<p>9.- HISTORIA LABORAL: Inicio laboral, tipos de trabajo, duración, rendimiento, remuneración económica, satisfacción personal, etc.</p>	
<p>10.-HISTORIA SOCIAL: Intereses (religiosos, artísticos, culturales, deportivos, etc.) ¿Qué hace en su tiempo libre? Sintonía social (buena o mala), contactos sociales, (muchos o pocos), deterioro social (sí o no).</p>	
<p>11.- HISTORIA PSICOSEXUAL: Primera relación sexual, valoración de la misma, inicio de conductas masturbatorias, promiscuidad, desviaciones, disfunciones, grado de información, etc.</p>	
<p>12.- PATOLOGÍAS ANTERIORES: Detallar enfermedades importantes o posiblemente relacionadas al problema actual. Averiguar sobre todo: tuberculosis, hemorragias, diabetes, crisis convulsivas o ataques, padecimientos neurológicos y/o psiquiátricos, alergias, sífilis u otras enfermedades venéreas, accidentes cerebro-vasculares, úlceras, traumatismos (especialmente craneales), operaciones.</p>	

13.- EXAMEN DEL ESTADO MENTAL:

a) **Apariencia:** aspecto físico, vestimenta, aseo personal, expresión facial, anomalías físicas.

b) **Forma de relación:** colaboración, reticencia, rechazo, mutismo, negativismo, agresividad, sarcasmo, pegajosidad, colaboración excesiva.

c) **Estado de la conciencia:** hiperlucidez, lucidez, obnubilación, estado crepuscular, onirismo, estupor, coma, despersonalización, desrealización.

d) **Orientación:** temporal, espacial, respecto a sí mismo y a los demás.

e) **Atención:** hiperprosexia, hipoprosexia, disprosexia, aprosexia, pseudoaprosexia.

f) **Memoria:** Hipermnesia, hipomnesia. Amnesia de fijación (anterógrada), amnesia de evocación (retrógrada). Amnesia global o mixta, amnesia parcial o lacunar. Ecmnesia, fabulación, falsificación retrospectiva. (*Especifique: levé, moderado, grave*). Paramnesias: déjà vu, déjà vécu, jamais vu, jamais vécu.

g) **Lenguaje:** voz (alta, normal, baja, monótona, llorosa, teatral, chillidos, gritos). Ritmo del habla (lento, normal, rápido). Tartamudez, balbuceo, mutismo, disartria o dislalia, musitación, neologismos, ecolalia.

h) **Pensamiento:** Curso (retardo, aceleración, fuga de ideas, bloqueos).

Estructura (disgregación, incoherencia, prolijidad o meticulosidad, perseveración, estereotipia).

(*Especifique: leve, moderado, grave*).

Contenido (ideas obsesivas, ideas delirantes de: culpa, celos, hipocondría, ruina o pobreza, negación o nihilismo, minusvalía, grandeza, persecución, autorreferencia, influencia, pérdida de control, fóbicas, etc.).

(*Especifique: leve, moderado, grave*)

h) **Conducta motora:** enlentecimiento psicomotor, excitación motora, inquietud, acatisia, catatonía (agitación catatónica, estupor catatónico, catalepsia, flexibilidad cérea), inhibición motora, estupor

<p>depresivo, estupor confusional, obediencia automática, ecopraxia (ecomimia, ecolalia), tics, manierismos, negativismo, estereotipias.</p>	
<p>h) Afectividad: ansiedad situacional, ansiedad expectante, ansiedad generalizada, tristeza, euforia, irritabilidad, apatía, aplanamiento, ambivalencia, anhedonia, labilidad afectiva, incontinencia afectiva, (<i>especifique: leve, moderado, grave</i>) Sentimientos inadecuados, eutimia.</p>	
<p>i) Sensopercepción: Hiperestesia, hipoestesia, micropsia, macropsia, ilusiones, alucinaciones, pseudoalucinaciones, alucinosis.</p>	
<p>j) Inteligencia: estimación de la inteligencia en base a la entrevista (promedio, elevada, baja).</p>	
<p>k) Juicio: capacidad autocrítica y heterocrítica, proyectos a futuro, conciencia de la enfermedad.</p>	
<p>l) Voluntad: sugestionabilidad, abulia, hiperbulia.</p>	
<p>m) Instintos: Sueño, Apetito y Conservación: dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes, despertar prematuro, insomnio, hipersomnia, parasomnias. Pérdida del apetito, aumento del apetito. Intentos suicidas, conductas autolesivas.</p>	
<p>13.- PSICOANAMNESIS ESPECIAL:</p>	
<p>a) Factor Predisponente: (Hereditario, alguien más en la familia aqueja la misma enfermedad, quien o quienes)</p>	
<p>b) Factor Desencadenante: (Experiencias o traumas del pasado, maltrato o abandono en las primeras etapas de su vida, violaciones, relaciones amorosas no resueltas, curiosidad, presiones ambientales: amigos o familiares, etc.)</p>	
<p>c) Factor Precipitante: (Conflictos personales, sociales o laborales del presente: rasgos de personalidad, peleas con la pareja, infidelidades, grupos negativos de amigos, falta de empleo, insatisfacción laboral,</p>	

falta de dinero, etc.)	
14.- RESULTADO DE TEST: Batería de test aplicada	
15.- DIAGNOSTICO CLINICO:	

<p>16.- CONCLUSIONES: Redacción e inferencia de la información obtenida de la entrevista, la historia clínica, el examen del estado mental, la entrevista familiar, la batería de test, el diagnóstico clínico y el criterio clínico.</p>	
<p>17.- RECOMENDACIONES: Sugerencias para el residente y los profesionales a cargo del caso. Generales: Específicas:</p>	
<p>16.- CONCLUSIONES: Redacción e inferencia de la información obtenida de la entrevista, la historia clínica, el examen del estado mental, la entrevista familiar, la batería de test, el diagnóstico clínico y el criterio clínico.</p>	

Fecha de Culminación:

Realización:

Magaly Roció Jiménez Pinzón.

PRUEBA DE EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES (FF-SIL)

La ausencia de un instrumento cubano para la medición de procesos relacionales familiares motivó el diseño de una prueba que aportara la información válida y confiable para tal propósito. Fueron seleccionados 7 procesos implicados en las relaciones intrafamiliares, que son: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad, acrónimo CRACAPA, que dieron lugar a las 14 afirmaciones que componen la prueba.

La prueba denominada FF-S1L (Pérez, De la Cuesta, Louro, Bayarre) fue validada en una muestra de familias de 2 municipios de Ciudad Habana y obtuvo alta confiabilidad y validez lo cual indica que la mide lo que pretende medir a través de las siguientes dimensiones:

- ✓ **COHESIÓN.** Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- ✓ **ARMONÍA.** Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- ✓ **COMUNICACIÓN.** Los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimiento de forma clara y directa.
- ✓ **ADAPTABILIDAD.** Habilidad para cambiar estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
- ✓ **AFFECTIVIDAD.** Capacidad de los miembros de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- ✓ **ROL.** Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- ✓ **PERMEABILIDAD.** Capacidad de blindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Variables que mide

VARIABLES	ITEM
Cohesión.	1 y 8
Armonía.	2 y 13
Comunicación.	5 y 14
Permeabilidad.	7 y 12
Afectividad.	4 y 14
Roles.	3 y 9
Adaptabilidad.	6 y 10

Modo de aplicación.

El test se responde en forma autoadministrada o no. Solo se marcará una X en el acápito elegido.

Modo de calificación

Se otorgan los puntos de acuerdo a las categorías elegidas

Casi siempre.....	5
Muchas veces.....	4
A veces.....	3
Pocas veces.....	2
Casi nunca.....	1

La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por reactivos y permite clasificar la familia en 4 tipos:

➤ Familia funcional.....	70	a	57
puntos.			
➤ Familia moderadamente funcional.....	56	a	43
puntos.			
➤ Familia disfuncional.....	42	a	28
puntos.			
➤ Familia severamente disfuncional.....	27	a	14
puntos.			

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

Calificación: Se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos). Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento intrafamiliar.

PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1.	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2.	En mi casa predomina la armonía.					
3.	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4.	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5.	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6.	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7.	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8.	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9.	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10.	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11.	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12.	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13.	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14.	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					
<p>Puntaje total:</p> <p>Tipo de familia:</p>						

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y ACTIVIDAD SEXUAL EN ADOLESCENTES

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _____

PARALELO: _____

SEXO: _____

ESTADO CIVIL _____

EDAD _____

PREGUNTAS

1. Alguna vez has tenido relaciones sexuales

Sí _____ No _____

No responde _____

2. ¿A qué edad tuvo tu primera relación sexual con penetración?

Años en edad _____ No recuerda _____

No responde _____

3. ¿Tuvo relaciones sexuales la primera vez por su propio deseo, porque su pareja le convenció, tu pareja te obligo o fuiste forzado (a) por alguien más?

Propio deseo _____ Pareja lo(a) convenció _____

Pareja lo(a) obligo _____ Forzado (a) por alguien más _____

No responde _____

4. ¿Utilizo (o tu pareja utilizo) un condón la primera vez que tuviste relaciones sexuales?

Si _____ No _____

No responde _____

5. ¿Has tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?

Si _____ No _____

No responde _____

6. En los últimos doce meses ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?

No responde _____

7. ¿Has tenido relaciones sexuales por ropa, perfumes, comidas o algún otro regalo?

Si _____ No _____

No responde _____

8. ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales por regalos o estímulos económicos en los últimos treinta días?

_____ No sabe _____

No responde _____

9. En tus relaciones con tus parejas regulares ¿con que frecuencia usaste condón durante los últimos 12 meses?

Siempre _____ Frecuente _____

Ocasionalmente _____ Nunca _____

No sabe _____ No responde _____

10. ¿La última vez que tuviste relaciones sexuales con tu pareja regular, utilizaste condón?.

- Si _____ No _____
 No sabe _____ No responde _____
11. ¿Has recibido alguna información sobre sexualidad por parte de tus padres?
 Si _____ No _____
 No responde _____
12. ¿De qué fuente has recibido información sobre educación sexual?
 Familia _____ Colegio _____
 Amigos _____ Internet _____
 Redes sociales _____ Medios de comunicación _____
 Todas _____
13. En los últimos doce meses atravesó la pérdida de:
 Familiar: padre, madre o hermano(as) _____ Familiar(tíos, primos, sobrinos) _____
 Amigo(a) _____ Conocido(a) _____
 Pareja _____ Ninguno _____

SECCIÓN MUJERES

14. ¿Has estado alguna vez embarazada?
 Sí _____ No _____
15. ¿Cuántos años tenías cuando quedaste embarazada?
 Años _____
16. ¿Cuántos hijos vivos tiene?
 Número de hijos _____ Ninguno _____

SECCIÓN HOMBRES.

17. ¿Alguna mujer con la cual has tenido relaciones sexuales ha quedado embarazada de ti (incluyendo esposa, mujer, novia....)?
 Si _____ No _____
 No sabe _____
18. ¿Qué edad tenías cuando embarazaste a alguien por primera vez?
 Edad _____ No recuerda _____
19. ¿Cuántos hijos nacidos vivos has tenido?
 Número de hijos _____ Ninguno _____
 No sabe _____

Gracias por tu colaboración.

FUNCIONAMIENTO SEXUAL

Los Trastornos Sexuales se basan fundamentalmente, en la experiencia subjetiva de malestar en relación con algún aspecto de la actividad sexual propia. Esta definición se amplía para abarcar también a aquellos comportamientos de carácter sexual que producen malestar a otra persona, como lo es la pedofilia, el exhibicionismo, etc.

CODIFICACION:

CIE10:F52-64-65 Disfunción Sexual.-Trastornos de la Identidad sexual-Trastornos de la Inclinación Sexual-Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.

DSM IV: Trastornos sexuales y de la identidad sexual (302.xx)

REACTIVOS A UTILIZAR:

La Escala de Experiencia Sexual de Massachusetts: Consta de 5 ítems que evalúan las siguientes áreas de la respuesta sexual humana: interés, excitación, orgasmo, erección y satisfacción global. Para responder a los ítems, los pacientes han de utilizar una escala tipo Likert de intensidad con 6 valores: de 1 (mejor funcionamiento que lo normal) a 6 (ausencia total de la fase que se explora).

Cuestionario de funcionamiento sexual del hospital general de Massachusetts (MGH)

Evalúa: El funcionamiento en las distintas fases de la respuesta sexual humana.

N. . de ítems: 5.

Administración: Autoaplicada.

CORRECCION E INTERPRETACION.

Proporciona puntuaciones en cada una de las fases de la respuesta sexual y puntuación de satisfacción global (es decir, cada ítem representa la puntuación en la fase que explora). En cada una de esa puntuación el punto de corte establecido por los autores originales es:

-2: normal.

>2: disfuncional.

Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH)

Por favor, responda a todas las preguntas marcando con un círculo la respuesta correcta o la respuesta que le parece a usted la más adecuada en su caso (considere como “normal” el periodo previo de su vida, cuando estuvo más satisfecho con su funcionamiento sexual).

a) ¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?					
1	2	3	4	5	6
Más de lo normal	Normal	Mínimamente disminuido.	Moderadamente disminuido	Marcadamente disminuido.	Totalmente ausente
b) ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir estimulación o excitación sexual en el último mes?					
1	2	3	4	5	6
Más de lo normal	Normal	Mínimamente disminuido	Moderadamente disminuido	Marcadamente disminuido	Totalmente ausente.
c) ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir el orgasmo en el último mes?					
1	2	3	4	5	6
Más de lo normal	Normal	Mínimamente disminuido	Moderadamente disminuido	Marcadamente disminuido	Totalmente ausente
d) ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el último mes? (Para hombres solamente)					
1	2	3	4	5	6
Más de lo normal	Normal	Mínimamente disminuido	Moderadamente disminuido	Marcadamente disminuido	Totalmente ausente
e) ¿Cómo calificaría su satisfacción sexual global en el último mes?					
1	2	3	4	5	6
Más de lo normal	Normal	Mínimamente disminuido	Moderadamente disminuido	Marcadamente disminuido	Totalmente ausente

Magaly Rocío Jiménez Pinzón con número de cedula de identidad 1900738590, egresada de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja; previa autorización de la Dra. Enriqueta Andrade de Pérez, Mg. Sc. Rectora del Colegio Beatriz Cueva de Ayora, se dirige a su persona con un cordial saludo y a la vez me permito informarle, que se efectuara una investigación científica denominada:

“DINÁMICA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ DE LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DÉCIMO GRADO A1, A2 Y A3 DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE AYORA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO DICIEMBRE 2014-FEBRERO 2015”

Por lo cual, se le solicita, autorice la participación de su hijo(a), en el trabajo antes mencionado que se desarrollará de la siguiente manera:

Su hijo (a) responderá preguntas de Instrumentos Psicológicos como:

- PRUEBA DE EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES (FFSIL)
- ENCUESTA DE CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y ACTIVIDAD SEXUAL EN ADOLESCENTES.
- LA ESCALA DE EXPERIENCIA SEXUAL DE MASSACHUSETTS

El cuestionario será aplicado en el salón y dentro de su horario de clases. Esto tomará aproximadamente una hora.

Beneficios: Si acepta que su hijo (a) participe en el estudio, su hijo(a) estará colaborando con la Institución para mejorar los programas sobre las relaciones interpersonales entre los (as) adolescentes. Además quienes estén dentro de esta investigación participaran de un plan de **“Intervención Primaria y Secundaria Familiar dirigido a la prevención de conductas inapropiadas en la familia y a la intervención de las mismas”**.

Costos y compensación: Si usted y su hijo (a) aceptan participar, no recibirán ningún pago y tampoco se le solicitará pago alguno.

Confidencialidad: La información que su hijo(a) nos proporcione será completamente confidencial y anónima, por lo que no podrá ser identificado por su nombre, dirección u alguna otra información personal. La información recabada no será compartida con los padres ni con el personal del colegio. Los resultados del estudio que sean publicados con intenciones científicas estarán escritos de forma que no sea posible reconocer a su hijo.

Participación voluntaria/Retirada: La participación de su hijo(a) en este estudio es completamente voluntaria y tendrá libertad absoluta de no responder las preguntas que le incomoden e incluso de suspender la entrevista en el momento en que él así lo decida. Si usted o su hijo (a) deciden no participar, esta decisión no afectará de ninguna manera las actividades académicas o las calificaciones de su hijo(a).

CONSENTIMIENTO Y CONFIDENCIALIDAD

En el margen de la Constitución Nacional y de la Ley, Yo

Nombre: Apellido.....

Edad..... C.I.....

Domiciliado en.....Teléfono:.....

Hago constar que he recibido la información sobre la investigación a la cual será expuesto mi hijo(a). Declaro que he leído y comprendido el documento informativo, y que se me han aclarado los aspectos relacionados con el objetivo, los participantes y el procedimiento.

En constancia a lo establecido firmo:

F.....

Loja, Febrero de 2015

Dra. Enriqueta Andrade de Pérez, Mg. Sc.

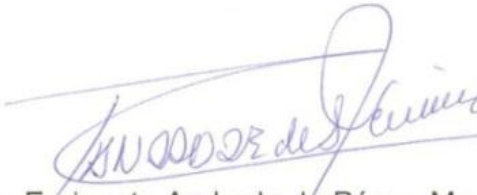

RECTORA DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA.

CERTIFICA:

Haber autorizado la realización del trabajo de campo de la tesis titulada: **“DINÁMICA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ DE LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DÉCIMO GRADO A1, A2 Y A3 DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE AYORA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO DICIEMBRE 2014-FEBRERO 2015”**, de la autoría de la Srta. Magaly Rocío Jiménez Pinzón con cédula de identidad 1900738590, egresada de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Argumentando que el trabajo de campo se realizó dentro de los meses Noviembre y Diciembre del 2014, en un horario comprendido de Lunes a Viernes de 13:30 pm a 15:00: pm; trabajo que desarrollo bajo la dirección de la Dra. Orfa Cueva, durante el desarrollo de la misma demostró responsabilidad y eficiencia.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad, con el presente faculto a la interesada a hacer uso de este certificado como bien tuviere necesario dentro de los fines legales pertinentes.

Dra. Enriqueta Andrade de Pérez, Mg. Sc.
RECTORA DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA.

W. de la...
A. G. Jimenez
A. G. Jimenez
DECE
Loja

Loja, 25 de noviembre del 2014

Dra. Enriqueta Andrade de Pérez.

RECTORA DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA.

Ciudad.-

De mi consideración:

En primera instancia aprovecho el medio para extenderle un saludo cordial y mis mejores deseos de éxitos en las actividades a usted encomendadas, que tan asertivamente desarrolla.

Magaly Rocío Jiménez Pinzón, C.I. 1900738590, egresada de la carrera de Psicología Clínica, a usted muy comedidamente solicito:

Se autorice y se dé el permiso pertinente para realizar mi proyecto de tesis denominando **“DINÁMICA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ DE LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DÉCIMO GRADO A1, A2 Y A3 DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE AYORA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO DICIEMBRE 2014-FEBRERO 2015”**.

Cabe recalcar que los datos recogidos y obtenidos del presente proyecto tendrán estricta confidencialidad y reposarán en las inmediaciones del mismo Centro.

Segura de contar con su favorable atención a la presente, anticipo mis sinceros sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Magaly Rocío Jiménez Pinzón

EGRESADA DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA